



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESIS DE GRADO  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERÍA**

**TEMA:**

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE POSEEN LAS MADRES SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON SINDROME DE DOWN QUE ACUDEN AL INNFA DE LA CIUDAD DE IBARRA EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE DICIEMBRE A SEPTIEMBRE DEL 2012

**AUTORAS:** ACOSTA CARCELÉN SUSANA GABRIELA  
DE LA CUEVA CARCELÉN MARÍA JOSÉ

**TUTOR:** DR.DARIO SALGADO

**IBARRA-ECUADOR**

**2013**

## *DEDICATORIA*

*A Dios por brindarnos la salud y bienestar, a nuestros padres porque gracias a su comprensión, colaboración y ayuda incondicional, conseguimos atravesar momentos difíciles de nuestra vida estudiantil al igual que momentos de felicidad, para llegar a culminar nuestros estudios y así poder ser útil a la sociedad y a la patria como profesionales de la salud.*

*Y a todos los padres de familia q velan por el bienestar de sus hijos y que a pesar de las adversidades los sacan adelante.*

*Gabriela Acosta*

*María De la Cueva*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Al finalizar la investigación debemos empezar agradeciendo , a Dios por darnos la sabiduría para alcanzar nuestras metas propuestas, a la “UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE” nuestra academia del saber, a nuestro tutor, Dr. Darío Salgado, quien nos permitió trabajar en esta investigación, que nos apasionó e incentivó desde el comienzo, por estar dispuesto a entregarnos sus conocimientos, orientación y opinión. Su disposición y positivismo fueron de gran ayuda para ser realidad nuestro trabajo de investigación.*

*Al Dr. Marco Tafur director del área de rehabilitación del INFJA por darnos la apertura en la institución*

*Al Instituto de la Niñez y la Familia sede Ibarra (INFJA) que nos acogió y colaboró para empezar a conocer y familiarizarnos con las pruebas que a futuro aplicaríamos a los padres de familia que rehabilitan a sus niños con síndrome de Down en esta institución quienes además nos recibieron con los brazos abiertos para llevar a cabo el estudio. A los padres y apoderados, por su comprensión, colaboración, por la confianza depositada en nosotros al habernos permitido levantarles la encuesta*

*Yo, Gabriela Acosta, quiero agradecer a Dios por darme la fuerza y perseverancia en esta investigación, el infinito amor de mi familia que son lo más preciado que tengo en la vida y su incondicional apoyo que me da la fortaleza para seguir luchando por alcanzar mis sueños.*

*Yo, María De la Cueva agradezco a Dios por haberme dado la fuerza y la oportunidad mediante esta experiencia de conocer a personas muy especiales que jamás olvidaré, a mi madre por su apoyo incondicional.*

*Gabriela Acosta*

*María De la Cueva*

## INDICE

TESIS DE GRADO.....	i
<i>DEDICATORIA</i> .....	ii
<i>AGRADECIMIENTOS</i> .....	iii
INDICE .....	iv
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS .....	ix
RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
TEMA .....	3
CAPTTULO I.....	5
1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	5
1.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA .....	7
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.4. JUSTIFICACIÓN .....	9
1.5. OBJETIVOS .....	10
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	10
CAPITULO II .....	11
MARCO TEORICO .....	11
2.1. ANTECEDENTES .....	11
INSTITUTO DE LA NIÑEZ Y LA FAMILIA – INFA.....	11
2.2. FUNDAMENTACION LEGAL.....	13

2.3. FUNDAMENTACION TEORICA .....	14
2.3.1 QUE ES EL SÍNDROME DE DOWN .....	14
2.3.2. HISTORIA DEL SINDROME DE DOWN.....	14
2.3.3. COMO DETECTAR EL SÍNDROME DE DOWN EN EL EMBARAZO .....	15
2.3.4. GENÉTICA DEL SINDROME DE DOWN .....	16
2.3.4.1. Trisomía Libre.....	17
2.3.4.2. Translocación .....	18
2.3.4.3.Mosaicismo .....	18
2.3.5. LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN..	19
2.3.6. LOS PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.....	21
2.3.7. LOS NIÑOS/NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN PRESENTAN RETRASO EN EL ÁREA DEL LENGUAJE, EN ESPECIAL EN LOS ASPECTOS EXPRESIVOS Y COMPRENSIVOS. ....	22
2.3.8. ESPECTATIVA DE VIDA EN PERSONAS CON SD .....	26
2.3.9 CUADRO CLÍNICO .....	26
2.3.10 LA FAMILIA DE LAS PERSONAS CON SD.....	27
2.3.10.1. Los Padres.....	27
2.3.10.2. Los Hermanos .....	30
2.4. Estimulación Temprana.....	32
2.4.1 Importancia De La Estimulación Temprana.....	32
2.4.2 La Estimulación Temprana en niños con Síndrome de Down. ....	33
2.4.3 Qué son los estímulos .....	34
2.4.4 Porque la estimulación temprana lo antes posible .....	35
2.4.5 El Rol De La Familia En La Estimulación Temprana.....	36

2.4.6 Enfoque Integrador De La Estimulación En La Primera Infancia .....	36
2.4.6.1. Necesidades Fisiológicas .....	37
2.4.6.2. Necesidades De Seguridad.....	37
2.4.6.3. Necesidad De Amor .....	37
2.4.6.4. Necesidad De Autoestima .....	37
2.4.6.5. Necesidad De Autorrealización .....	38
2.4.7 Técnica Del Masaje Mariposa .....	38
2.4.8 Materiales Sugeridos Para Abordar La Estimulación Temprana Del Niño ..	42
2.4.8.1. De 0 a 4 meses .....	43
2.4.8.2. De 4 a 8 meses .....	43
2.4.8.3. De 8 a 12 meses .....	44
2.4.8.4. De 1 a 2 años .....	44
2.4.8.5. De 2 a 3 años .....	45
2.4.9 ÁREAS QUE COMPRENDE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA .....	46
2.4.9.1. Área Cognitiva .....	46
2.4.9.2. Área Psicomotriz .....	47
2.4.9.3. Área De Lenguaje:.....	47
2.4.9.4. Área Socio Afectiva: .....	47
2.4.10. Fisioterapia.....	48
2.4.11. Psicoterapia: .....	48
2.4.12. Logopedia:.....	49
2.4.13. Psicomotricidad:.....	49
2.4.14. Motricidad fina y gruesa.....	49

2.4.14.1. La Motricidad Fina .....	49
2.4.14.2. La motricidad gruesa.....	51
2.5. VARIABLES .....	53
2.5.1. Dependientes.....	53
2.5.2. Independientes .....	53
2.5.3. OPERALIZACION DE VARIABLES .....	54
CAPITULO III .....	56
METODOLOGIA.....	56
3.1 TIPO DE ESTUDIO .....	56
3.1.1. Cualitativo:.....	56
3.1.2.Cuantitativa: .....	56
3.2 POBLACIÓN O UNIVERSO .....	57
3.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	57
3.4. ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS.....	58
3.5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	66
CAPITULO IV.....	67
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS .....	67
4.1. Recursos Humanos.....	67
4.2. Recursos Materiales .....	67
4.2.1 Materiales de escritorio .....	67
4.2.2 Materiales de impresión .....	67
4.3. Recursos Técnicos Y Tecnológicos .....	68
4.3.1. Técnicos .....	68

4.3.2. Tecnológicos.....	68
4.4. Recursos económicos .....	69
CAPITULO V.....	69
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES .....	71
GLOSARIO.....	73
BIBLIOGRAFIA.....	77
LINFOGRAFIA .....	77
ANEXOS.....	79
ENCUESTA.....	79
FOTOS.....	82
GUIA SOBRE ESTIMULACION TEMPRANA PARA PADRES DE NIÑOS CON SINDROME DE DOWN.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Nro.1. Según Padres de familia conocen sobre estimulación temprana en niños con SD.....	54
Nro.2. Según padres de familia que lleva a rehabilitación a sus hijos al INFA.....	55
Nro.3. Según quienes pueden aplicar la estimulación temprana.....	56
Nro.4. Según la estimulación temprana abarca las áreas afectivas, cognitiva y psicomotriz.....	57
Nro.5. Según para quienes beneficia la estimulación temprana.....	58
Nro.6. Según padres e hijos se benefician con la estimulación temprana.....	59
Nro.7. Según la importancia de que los padres de familia puedan estimular a sus hijos.....	60
Nro.8. Según la estimulación temprana va desde el nacimiento.....	61

## RESUMEN

En este estudio se correlaciona los conocimientos, actitudes y prácticas que los padres tienen sobre estimulación temprana en los niños con SD que acuden a las diferentes áreas de rehabilitación del INFA (Instituto De La Niñez Y La Familia) sede Ibarra provincia de Imbabura.

En el cual se determina que el síndrome de Down es una enfermedad genética por aberración cromosómica, aunque sigue constituyendo un problema de salud y con gran repercusión social y familiar, mantiene una desinformación por parte de la familia de elementos importantes, y diferentes criterios acerca de las posibilidades y logros en estos niños.

En el Ecuador De las 7457 personas con SD, 3597 (48.24%) son mujeres y 3860 (51.76%) hombres. La tasa de prevalencia en el país es de 0.06 por 100 habitantes, las provincias de Manabí, Sucumbíos y Santo Domingo tienen la mayor prevalencia 0.09 por 100 habitantes mientras que en Carchi, Chimborazo, Imbabura y Pichincha es de 0.03% si bien es cierto no es una tasa alta de incidencia pero hay que destacar que no todo el porcentaje q corresponda a la provincia de Imbabura asiste al INFA o alguna institución donde puedan recibir ayuda de profesionales en el tema. El mayor porcentaje de personas con Síndrome de Down se encuentran en edades por debajo de los 25 años, del total de las personas con SD el 43% no ha recibido atención psicopedagógica. Según datos de la Misión Manuela Espejo, y del 99.06% no tiene vínculo laboral en nuestra sociedad.

**PALABRAS CLAVES:** Conocimientos, Actitudes, Prácticas Estimulación Temprana, Síndrome De Down.

## ABSTRACT

This study correlates the knowledge, attitudes and practices that parents have about early learning in children with DS who go to different areas of rehabilitation of INFA (Institute of Children and Family) Imbabura Ibarra headquarters.

In which it is determined that Down syndrome is a genetic disease by chromosomal aberration, but remains a health problem and with great social and family maintains a disinformation by the family of important elements, and different views about opportunities and achievements in these children.

In Ecuador Of the 7457 people with SD, 3597 (48.24%) were women and 3860 (51.76%) men. The prevalence rate in the country is 0.06 per 100 inhabitants, the provinces of Manabí, Sucumbíos and Santo Domingo have the highest prevalence 0.09 per 100 inhabitants while in Carchi, Chimborazo, Imbabura and Pichincha is 0.03% although no is a high rate of incidence but it is noteworthy that not all the percentage q corresponds to the province of Imbabura INFA or attends an institution where they can get help from professionals in the field. The highest percentage of people with Down syndrome are at ages below 25 years, the total number of people with DS 43% psychology has not received attention. According to the Manuela Espejo Mission, and 99.06% have no labor relationship in our society

**KEYWORDS:** Knowledge, Attitudes, Practices Early Stimulation Syndrome.

**TEMA:**

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE POSEEN LAS MADRES SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON SINDROME DE DOWN QUE ACUDEN AL INNFA DE LA CIUDAD DE IBARRA EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE DICIEMBRE A SEPTIEMBRE DEL 2012



## **CAPTULO I**

### **1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

En los últimos años se ha evidenciado una significativa progresión tanto de naturaleza conceptual como práctica de la estimulación temprana. Este proceso de reflexión y profundización sobre el tema pudiera estar dado por el sin número de programas que se han ido implementando para intervenir, para prevenir minusvalías y aquellos gestados a partir de estudios y prácticas psico-socioculturales, lo que ha permitido aportar nuevos elementos a la definición y al desarrollo práctico de la misma, como son aquellos dirigidos a la familia, a grupos específicos, ejemplo a los niños con Síndrome de Down. En la actualidad, es común que se incluya a la totalidad de la población infantil, se hace énfasis en que para ello se han creado en diferentes países una serie de programas con diferentes enfoques y vías: institucionales, comunitarios o de orientación familiar.

Por citar sólo algunos de esos programas cabe mencionar los “Hogares de Cuidado diario” y los “Multi hogares” que se desarrollan en Venezuela; los “Hogares de Bienestar Familiar” que se aplican en Colombia por el Instituto de Bienestar Familiar; los “Programas no escolarizados de educación inicial y preescolar” que se llevaron a cabo en México, junto a otros como los de “Cuidado Diario” del Patronato Voluntario mexicano; los diversos programas chilenos no convencionales de educación inicial, tales como “Sala Cuna en el Hogar”, “Jardín a Distancia”, “Conozca a su hijo”; el programa ecuatoriano

“Creciendo con nuestros hijos”, que aplica el Instituto Nacional del Niño y la Familia y el Programa “Educa a tu Hijo” que se aplica en la República de Cuba.

La estimulación temprana de niños con necesidades educativas especiales en Cuba se aborda en la actualidad como una prioridad desde los ámbitos de Salud, Educación y los Servicios Sociales.

Desde estas áreas se detectan y se tratan las situaciones especiales a través de diferentes mecanismos, fórmulas de apoyo y estimulación incluyendo a las familias; con el fin de favorecer la mayor comprensión de las alteraciones o deficiencias que presentan sus hijos y satisfacer sus necesidades lo más tempranamente posible.

La estimulación temprana es importante por tener un sustento científico para su aplicación en el proceso de desarrollo en las diferentes etapas en niñas y niños de 0 a 5 años, es acogida como parte de la formación profesional a educadores parvularios, que con conocimientos relacionados con la realidad ponen de manifiesto sus capacidades.

También debemos indicar que la estimulación temprana facilita desarrollar las habilidades y destrezas de todos los movimientos y reacciones naturales, para potenciar de manera organizada y progresiva en cada una de las etapas de desarrollo de niños y niñas.

Un reto del siglo XXI

“En los últimos años la comunidad internacional ha encauzado sus esfuerzos a convocar a cada uno de los países al desarrollo de programas de todo tipo encaminados a la protección de la niñez, a lograr mejorar la calidad de vida de la misma, así como a trabajar para que alcance niveles cada vez más altos de desarrollo. Se impone entonces la necesidad de iniciar la

estimulación de los niños desde el mismo momento del nacimiento. El hombre es un ser social y alcanza su desarrollo en las relaciones sociales que establece en ese medio a través de la actividad que desarrolla en comunicación con los demás. La problemática teórico - conceptual sobre la atención a los niños y niñas menores de 5 años ha tomado fuerza en el mundo, contando en estos momentos con una diversidad de enfoques que van desde la identificación del sujeto, de las propuestas de atención, pasando por las propias conceptualizaciones de precoz, temprana, oportuna hasta llegar a las concepciones que las sustentan o sobre las que subyacen.

## **1.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA**

La estimulación temprana es el conjunto de acciones dirigidas a promover las capacidades físicas, mentales y sociales del niño, a prevenir el retardo psicomotor, las alteraciones motoras, los déficit sensoriales, las discapacidades intelectuales, los trastornos del lenguaje y, sobre todo, a lograr la inserción de estos niños en su medio, sustituyendo la carga de una vida inútil por la alegría de una existencia útil y transformando los sentimientos de agresividad, indiferencia o rechazo en solidaridad, colaboración y esperanza.

Según estas teorías la estimulación temprana es vital y trascendental ya que ayuda al desarrollo integral de los niños, a potenciar los órganos de los sentidos, a aprovechar los vínculos familiares que facilitan transmitir experiencias afectivas y emocionales que serán decisivas en el desarrollo de las capacidades físicas y mentales, las mismas que les permitirá insertarse en una sociedad libre y participativa, lejos de sentimientos de agresividad e indiferencias.

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los Conocimientos Actitudes Y Practicas que Poseen Las Madres Sobre Estimulación Temprana En Niños menores de 2 años Con Síndrome De Down Que Acuden Al INFA De La Ciudad De Ibarra En La Provincia De Imbabura En El Periodo Comprendido De Diciembre A Septiembre Del 2012?

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo está relacionado con el conocimiento actitudes y prácticas que poseen las madres sobre estimulación temprana en niños con Síndrome de Down es por eso que el ser humano al nacer y durante los primeros meses de vida, está influenciado y depende de la atención, cuidados y bienestar que le proporcionan las personas que lo rodean llamasen estos familiares o tutores. En estos primeros tiempos se desarrollan su personalidad y estimulan sus sentidos por tanto en esta etapa se deben aprovechar los períodos sensitivos a través de la llamada "Estimulación Temprana".

Entendiendo por Estimulación Temprana el conjunto de actividades motores, sensitivas, cognitivas, juegos, canciones, etc., encaminadas a mejorar su desarrollo integral partiendo y respetando las características propias del párvulo.

En el mundo actual la competitividad es muy alta, los avances tecnológicos nos impulsan a ser eficientes y precisos en nuestros trabajos, por tanto; ya sea como padres o maestros tenemos la responsabilidad de explotar todo lo bueno que los niños puedan brindar, de allí que sea necesario el presentar un manual impreso con ejercicios y técnicas actualizadas que permitan alcanzar este fin.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar si las madres de familia poseen conocimientos actitudes y practicas sobre estimulación temprana en los niños/as menores de 2 años con síndrome de Down que acuden al INFA de la ciudad de Ibarra en la provincia de Imbabura en el periodo comprendido entre Diciembre a Septiembre del 2012

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer actividades de refuerzo en los hogares para estimular el área motriz y potenciar las habilidades y destrezas de los niños/as menores de 2 años con síndrome de Down
- Proponer acciones que permita fortalecer el área cognoscitiva de los niños/as menores de 2 años con síndrome de Down.
- Determinar los diferentes factores que favorecen el conocimiento en madres de hijos con síndrome de Down.
- Identificar cuan preparadas están las madres frente a todas las actividades que requieren los niños con síndrome de Down

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES**

El presente trabajo de investigación es de real importancia ya que no se ha realizado trabajo de similar característica en el INNFA (INSTITUTO NACIONAL DE LA NIÑEZ Y LA FAMILIA) de la ciudad de Ibarra el mismo que tiene la finalidad implementar un manual impreso de actividades y ejercicios de estimulación temprana encaminadas a mejorar el desarrollo integral de nuestros niños/as menores de 2 años con síndrome de down partiendo y respetando las características propias del párvulo o familiar que se encuentran a su cuidado.

#### **INSTITUTO DE LA NIÑEZ Y LA FAMILIA – INFA**

El INFA es un organismo público, unitario y desconcentrado, cuya misión es proponer, apoyar y ejecutar soluciones innovadoras a los problemas de niños, adolescentes y familias ecuatorianas, en especial los grupos vulnerables y excluidos de derechos, con la participación de ellos y la corresponsabilidad del estado, gobiernos seccionales, sociedad civil y comunidad.

La gestión del INFA se caracteriza por:

- Trabaja con métodos participativos sobre la base de un enfoque de universalidad de derechos e integralidad;
- Brindar servicios de calidad que respondan a las demandas de la sociedad, en especial de los grupos más vulnerables y excluidos de derechos;
- Coordinar con aliados la formulación de políticas de desarrollo para la niñez, adolescencia y las familias ecuatorianas;
- Ser parte del Sistema Nacional descentralizado de Protección integral;
- Liderar y promover la conformación de redes sociales;
- Ampliar cobertura con otros actores desde la demanda local y con equidad territorial;
- Gestionar recursos nacionales y extranjeros;
- Sistematizar sus procesos y apoyar iniciativas;
- Compartir sus modelos y metodologías de atención integral validados; y,
- Rendir y exigir cuentas.

## **2.2. FUNDAMENTACION LEGAL**

En enero de 2007, el Presidente de la República designó a la Ministra de Inclusión Económica y Social como Presidenta del Instituto de la Niñez y la Familia, INFA. Con ello inició un amplio proceso de reforma institucional del sector infancia y adolescencia planteada desde 3 vértices:

- Cambio organizacional general (mecanismos de gestión y diseño institucional) del ex Ministerio de Bienestar Social (MBS), hoy Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), mismo que abarcó a los ex programas: Operación Rescate Infantil (ORI), Fondo de Desarrollo Infantil (FODI), Instituto de la Niñez y la Familia (INFA) y Dirección de Atención Integral a Niños y Adolescentes (AINA).
- Articulación programática del INFA privado a las prioridades y requerimientos estratégicos de política pública.
- Elaboración de la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia, instrumento clave de política pública y de orientación de las acciones fundamentales del Estado en materia de infancia y adolescencia con miras a ser cumplida hasta el 2010.

En el ámbito de infancia y adolescencia, la reforma institucional se planteo para superar problemas estructurales, resultado de más de 60 años de gestión que generaron intervenciones dispersas, crecimiento desmedido de la burocracia, desperdicio de recursos, instituciones desarticuladas entre sí con una carga de ineficiencia social e incapaz de dar respuestas efectivas a la demanda social de servicios y con pocas responsabilidades frente a la ciudadanía.

En este contexto, el Gobierno del Presidente Rafael Correa decidió profundizar los cambios iniciados en 2007 y poner en marcha las acciones

para construir un nuevo instituto público de la niñez y adolescencia, INFA público. Es así que, a partir de julio del 2008, se integran los programas ORI, FODI, AINA e INFA.

## **2.3. FUNDAMENTACION TEORICA**

### **2.3.1 QUE ES EL SÍNDROME DE DOWN**

Es un trastorno genético causado por la copia extra del cromosoma 21 o una parte del mismo en vez de los dos habituales, caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible, “es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita y debe su nombre a John Langdon Haydon Down que fue el primero en describir esta alteración genética en 1866”, y no se conocen con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años.

Las personas con Síndrome de Down tienen más probabilidad a la de la población general de padecer algunas patologías; de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más, al igual que presentan retraso mental; en la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado mejorar las capacidades intelectuales de estas personas

### **2.3.2. HISTORIA DEL SINDROME DE DOWN**

El dato arqueológico más antiguo del que se tiene noticia sobre el Síndrome de

Down es el hallazgo de un cráneo sajón del siglo VII, en el que se describieron anomalías estructurales compatibles con un varón, también existen referencias a ciertas esculturas de la cultura olmeca que podrían representar a personas afectadas, “la pintura al temple sobre madera “La Virgen y el Niño” de Andrea Mantegna parece representar un niño con rasgos que evocan los de la trisomía, así como el cuadro de Sir Joshua Reynolds “Lady Cockburn y sus hijos”, en el que aparece uno de los hijos con rasgos faciales típicos del síndrome”.

El primer informe documentado se atribuye a Étienne Esquirol, denominándose en sus inicios “cretinismo” o “idiocia furfurácea”. P. Martin Duncan describe textualmente a una niña de cabeza pequeña, redondeada, con ojos achinados, que dejaba colgar la lengua y apenas pronunciaba unas pocas palabras, en ese año el médico inglés John Langdon Down trabajaba como director del Asilo para Retrasados Mentales de Earlswood en Surrey, realizando un exhaustivo estudio a muchos de sus pacientes, con esos datos publicó en el London Hospital Reports un artículo titulado:

“Observaciones en un grupo étnico de retrasados mentales” donde describía.

Pormenorizadamente las características físicas de un grupo de pacientes que presentaban muchas similitudes.

### **2.3.3. COMO DETECTAR EL SÍNDROME DE DOWN EN EL EMBARAZO**

Se suele detectar al nacer, pero la presencia del síndrome de Down puede detectarse durante el embarazo mediante:

- Análisis de sangre, que predice la probabilidad de que el bebé tenga síndrome de Down. Este análisis NO detecta todos los casos de síndrome de Down, y cuando indica riesgo no es infalible (sólo 1 de cada 44 predicciones).
- Amniocentesis: es la forma más precisa de determinar si hay un cromosoma adicional. Consiste en extraer una muestra de líquido amniótico con una jeringuilla, a través de la pared abdominal de la madre. Después, se analiza si las células fetales que se depositan en el líquido presentan trisomía 21. Puede hacerse a partir de las 15 semanas de embarazo y reviste un mínimo riesgo de aborto (1%).
- Ecografía prenatal es un procedimiento absolutamente seguro para el feto y la madre. Se observan signos como anomalías cardíacas, un área inusual en la parte posterior del cuello (pliegue en la nuca), etc.

#### **2.3.4. GENÉTICA DEL SÍNDROME DE DOWN**

Las células del ser humano poseen cada una en su núcleo 23 pares de cromosomas. Cada progenitor aporta a su descendencia la mitad de la información genética, en forma de un cromosoma de cada par. 22 de esos pares se denominan autosomas y el último corresponde a los cromosomas sexuales (X o Y).

Tradicionalmente los pares de cromosomas se describen y nombran en función de su tamaño, del par 1 al 22 (de mayor a menor), más el par de cromosomas sexuales antes mencionado. El cromosoma 21 es el más pequeño, en realidad, por lo que debería ocupar el lugar 22, pero un error en la convención de Denver del año 1960, que asignó el síndrome de Down al par 21 ha perdurado hasta nuestros días, manteniéndose por razones prácticas esta nomenclatura.

El cromosoma 21 contiene aproximadamente el 1% de la información genética de un individuo en algo más de 400 genes, aunque hoy en día sólo se conoce con precisión la función de unos pocos.

El síndrome de Down puede manifestarse en tres tipos principales de estructura cromosómica:

#### **2.3.4.1. Trisomía Libre**

El síndrome de Down se produce por la aparición de un cromosoma más en el par 21 original (tres cromosomas: “trisomía” del par 21) en las células del organismo. La nomenclatura científica para ese exceso cromosómico es 47, XX,+21 o 47, XY,+21; según se trate de una mujer o de un varón, respectivamente. La mayor parte de las personas con este síndrome (95%), deben el exceso cromosómico a un error durante la primera división meiótica (aquella por la que los gametos, óvulos o espermatozoides, pierden la mitad de sus cromosomas) llamándose a esta variante, “trisomía libre” o regular. El error se debe en este caso a una disyunción incompleta del material genético de uno de los progenitores. (En la formación habitual de los gametos el par de cromosomas se separa, de modo que cada progenitor sólo transmite la información de uno de los cromosomas de cada par. Cuando no se produce la disyunción se transmiten ambos cromosomas). No se conocen con exactitud las causas que originan la disyunción errónea. Como en otros procesos similares se han propuesto hipótesis multifactoriales (exposición ambiental, envejecimiento celular...) sin que se haya conseguido establecer ninguna relación directa entre ningún agente causante y la aparición de la trisomía. El único factor que presenta una asociación estadística estable con el síndrome es la edad materna, lo que parece apoyar las teorías que hacen hincapié en el deterioro del material genético con el paso del tiempo.

En aproximadamente un 15% de los casos el cromosoma extra es transmitido por el espermatozoide y en el 85% restante por el óvulo.

#### **2.3.4.2. Translocación**

Después de la trisomía libre, la causa más frecuente de aparición del exceso de material genético es la Translocación. En esta variante el cromosoma 21 extra (o un fragmento del mismo) se encuentra “pegado” a otro cromosoma (frecuentemente a uno de los dos cromosomas del par 14), por lo cual el recuento genético arroja una cifra de 46 cromosomas en cada célula. En este caso no existe un problema con la disyunción cromosómica, pero uno de ellos porta un fragmento “extra” con los genes del cromosoma “translocado”. A efectos de información genética sigue tratándose de una trisomía 21 ya que se duplica la dotación genética de ese cromosoma.

La frecuencia de esta variante es aproximadamente de un 3%- de todos los SD y su importancia estriba en la necesidad de hacer un estudio genético a los progenitores para comprobar si uno de ellos era portador sin saberlo de la translocación, o si ésta se produjo por primera vez en el embrión. (Existen portadores “sanos” de translocaciones, en los que se recuentan 45 cromosomas, estando uno de ellos translocado, o pegado, a otro).

#### **2.3.4.3. Mosaicismo**

La forma menos frecuente de trisomía 21 es la denominada “mosaico” (en torno al 2% de los casos). Esta mutación se produce tras la concepción, por lo que la trisomía no está presente en todas las células del individuo con SD, sino sólo en aquellas cuya estirpe procede de la primera célula mutada. El porcentaje de células afectadas puede abarcar desde unas pocas a casi todas, según el momento en que se haya producido la segregación anómala de los cromosomas homólogos.

Se desconoce la causa del síndrome de Down, qué es lo que provoca esta alteración cromosómica. En la mayoría de los casos se produce espontáneamente, sin que exista un problema en ninguno de los progenitores. No obstante, existe una relación entre la edad de la madre y las probabilidades de tener un hijo con síndrome de Down, riesgo que aumenta con la edad: a los 20 años 1/1500-2000 niños nacidos vivos; a los 45 años 1/45 niños nacidos vivos. Además, existe un mínimo porcentaje de factor hereditario: esto ocurre cuando uno de los padres, siendo sano, es portador pasivo de un cromosoma extra que traspasa a su hijo. No depende de la raza o nivel sociocultural de las familias: cualquiera puede tener un hijo con síndrome de Down.

### **2.3.5. LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN**

**Labios:** a menudo tiene la boca abierta y la protusión habitual en la lengua hace que los labios estén bañados por la saliva y más tarde pueden tornarse secos y fisurados.

**Boca** se mantiene abierta porque tiene la nasofaringe estrecha y la amígdalas muy, grandes.

**Lengua:** tiene surcos profundos e irregulares, a partir de los dos años tiene su aspecto característico con papilas linguales muy desarrolladas.- Debido a la falta de tono muscular tiene tendencia a salirse fuera de la boca.-

**Dientes:** la dentición de leche es algo más tardía que en el niño normal; suele ser irregular e incompleta, la forma de los dientes es a veces anómala y tiene alteraciones en el esmalte.-

**Voz:** la mucosa es engrosada y fibrótica; la laringe parece estar situada más allá de lo habitual; la voz es gutural y su articulación difícil.-

**Nariz:** suele ser ancha y rectangular; el dorso se presenta aplanado debido a una escasa formación de los huesos nasales.-

**Ojos:** presentan un pliegue de la piel en la esquina interna de los ojos (llamado epicanto)

**Orejas:** tienen una configuración extraña, están poco desarrolladas, a veces son pequeñas y su borde superior se encuentra con frecuencia plegado, los conductos auditivos son estrechos.-

**Cuello:** suele ser corto y ancho.-

**Estatura y desarrollo óseo:** sigue un ritmo normal hasta la pubertad y posteriormente la estatura permanece detenida a unos centímetros por debajo de la normalidad.- Su pecho tiene una forma peculiar: el esternón puede sobresalir o presentar una depresión, en el niño con dilatación de corazón, el pecho puede aparecer más lleno en ese lugar.

**Cráneo:** es pequeño, su parte posterior está ligeramente achatada, las zonas blandas del cráneo son más amplias y tardan más en cerrarse.- En la línea media, donde confluyen los huesos hay frecuentemente una zona blanda adicional, algunos presentan áreas e que falta el cabello.

**Extremidades:** tiene por lo general un aspecto normal, sus brazos y piernas son cortos en relación con el resto del cuerpo: su crecimiento general está atrofiado.

**Manos:** en las palmas de las manos muestran un único pliegue transversal, con dedos cortos que se curvan hacia adentro.-

**Pies:** las plantas de los pies presentan un pliegue desde el talón hasta los dos primeros dedos, la separación entre el primer y el segundo dedo es superior a lo normal.

**Piel:** generalmente se seca y se agrieta con facilidad.

### **2.3.6. LOS PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN**

- Las cardiopatías se presentan en el 40% de los casos. Tras el nacimiento se les practica una ecocardiografía y se les somete a controles periódicos. En algunas ocasiones estas alteraciones requieren de una intervención quirúrgica durante el primer año de vida; en otras, el problema mejora con el paso del tiempo.
- Pueden existir trastornos y malformaciones del aparato digestivo y obstrucciones intestinales, que requieren una operación poco después de nacer.
- El sistema inmunológico suele ser deficiente, lo que provoca infecciones diversas, con facilidad para contraer enfermedades de tipo respiratorio.
- Baja tonicidad muscular.

- Hipotiroidismo.
- Pérdida auditiva conductiva.
- Trastornos visuales: defectos de refracción, agudeza visual, percepción profunda, estrabismo, cataratas.
- Tendencia a sufrir sobrepeso.
- Leucemia durante los 5 primeros años, en porcentaje mayor que lo habitual.
- Demencia tipo Alzheimer a partir de los 40 años en algunos casos.

**2.3.7. LOS NIÑOS/NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN PRESENTAN RETRASO EN EL ÁREA DEL LENGUAJE, EN ESPECIAL EN LOS ASPECTOS EXPRESIVOS Y COMPRESIVOS.**

- Retraso de las primeras adquisiciones psicomotrices.
- Comunicación gestual y mímica limitadas.
- Balbuceo limitado.
- Vocabulario reducido.
- Pobreza semántica.

- Vocabulario automático.
- Verborrea
- Los órganos de la fonación y respiración deficiente.
- Motilidad bucofacial deficiente.
- Desarrollo fonológico atemporal, incompleto y con errores articulatorios.
- Discriminación fonemática deficiente.
- Dislalias, disfemias, farfuleo, taquilalia.
- Alteraciones importantes en adquisición y uso de morfemas
- gramaticales; concordancia, género, número, flexiones verbales.
- Estructuración progresiva de la frase es más lenta y sus producciones verbales incompletas e incorrectas.
- Abundan las construcciones sintácticas simples y frases cortas.

- Dificultades en la construcción gramatical especialmente en estructuras morfosintácticas.
- Creatividad lingüística escasa.
- Evoca palabras por analogía de imagen y no por razonamiento lógico.
- Aspectos pragmáticos del lenguaje condicionados por el ambiente lingüístico que rodee al niño.
- Dominio del lenguaje escrito más fácil que el lenguaje hablado.
- En su lenguaje expresivo, muestra escasas demandas concretas, iniciativas, consultas, etc. aunque tenga la capacidad de mantener un nivel de conversación.
- Dificultades para responder a respuestas verbales.
- Dificultades para integrar la información.
- Dificultades para expresarse oralmente.

### **Características cognitivas.**

- Retraso en la adquisición de las diversas etapas de desarrollo.

- Retraso en la adquisición del concepto de permanencia del objeto.
- La actividad exploratoria y manipulativa presentan semejanzas con niños/as de su misma edad mental.
- Los procesos de conceptualización, transferencia y generalización están en desventaja.
- Dificultad para comprender algunas consignas, crear estrategias, resolver problemas, integrar varias instrucciones continuas.
- El juego, se presenta muy a menudo, en forma repetitiva y son propensos a ejecutar estereotipias.
- Dificultades en las etapas finales del juego simbólico.
- Buen desarrollo de la percepción y memoria visual.
- Buen desarrollo de la percepción y memoria visual.
- Requieren de una atención directa e individual.
- Alteraciones en la percepción auditiva: no captan bien todos los sonidos, procesan con dificultad la información auditiva y responde inadecuadamente a las órdenes que se da.

- Tienen poca memoria auditiva secuencial.
- Dificultades de equilibrio, tono, etc.

### **2.3.8. ESPECTATIVA DE VIDA EN PERSONAS CON SD**

La expectativa de vida de las personas con síndrome de Down oscila entre los 45-55 años, pero algunos llegan incluso a los 60 o 70. Puesto que estas personas van a vivir tantos años, es esencial que les proporcionemos las oportunidades educativas, sociales y laborales que aseguren que el día de mañana serán personas independientes y útiles, capaces de integrarse en la sociedad y en el mundo laboral. Para ello deberemos poner a su alcance los recursos oportunos para responder a sus necesidades individuales y específicas

### **2.3.9 CUADRO CLÍNICO**

“El Síndrome de Down es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita, representa el 25% de todos los casos de retraso mental se trata de un síndrome genético más que de una enfermedad según el modelo clásico que fue diseñado para medirlo y aunque sí se asocia con frecuencia a algunas patologías; como rasgos comunes se pueden mencionar una hipotonía muscular generalizada, un grado variable de retraso mental y retardo en el crecimiento. En cuanto al fenotipo han sido descritos más de 100 rasgos peculiares pudiendo presentarse en un individuo un número muy variable de ellos, de hecho ninguno se considera constante aunque la evaluación conjunta de los que aparecen suele ser suficiente para el diagnóstico, algunos de los rasgos más importantes son un perfil plano, raíz nasal deprimida, pliegue palmar único y separación entre el primer y segundo dedo del pie.

### **2.3.10 LA FAMILIA DE LAS PERSONAS CON SD**

En el seno de la familia se proporcionan las primeras oportunidades de aprendizaje y crecimiento gracias al cariño, amor, sensación de seguridad y atención que se dan en él. Por eso la familia de la persona con síndrome de Down tiene una influencia fundamental, esencial y decisiva en su desarrollo.

#### **2.3.10.1. Los Padres**

El nacimiento de un bebé con Síndrome Down es una situación que provoca un gran impacto emocional en los padres (shock o bloqueo emocional), seguido de una fase de incredulidad. Los padres no quieren aceptar la inesperada noticia, y suelen recurrir a la negación de esta realidad como mecanismo de defensa. Van asumiendo la realidad y surge entre ellos los sentimientos de culpabilidad (acusaciones mutuas y propias de lo ocurrido), frustración y miedo (al qué dirán, a cómo cuidar al niño...).

Se debaten al mismo tiempo entre la tristeza y la alegría. Al fin y al cabo están viviendo un período de duelo en el que necesitarán el máximo apoyo de familiares, amigos, profesionales y asociaciones (además de la ayuda mutua que se deben prestar el uno al otro) para llegar a la comprensión y asimilación de la discapacidad.

El proceso de aceptación de un hijo con síndrome de Down va a depender de la capacidad personal y de la cohesión familiar para enfrentar situaciones críticas; "llegará a medida en que se vayan reconociendo las fortalezas y encantos que trae implícitos el nuevo bebé más allá del Síndrome con que ha nacido. (Patricia Durant Caballero). Resulta muy positivo para la aceptación la expresión de emociones y sentimientos de todo tipo que embargan a los padres.

Los padres necesitan orientación para saber qué expectativas pueden tener sobre sus hijos con síndrome de Down. Es fácil consentirlos y malcriarlos, pero deben esperar un comportamiento adecuado a su edad. Esto será más sencillo si se establecen rutinas desde la infancia en la alimentación, sueño y otras actividades cotidianas porque con ello:

- Aumentamos su sensación de seguridad
- Establecemos unas normas conductuales
- No satisfacemos siempre sus peticiones y deseos.

También es beneficioso exponerles a modelos correctos de comportamiento aumentando y variando sus experiencias sociales. Los padres deben intentar cubrir las necesidades de sus hijos con síndrome de Down e integrarlos en la sociedad.

- Para ello es importante que sus hijos:
- No asuman un "trono" dentro de la familia
- No estén consentidos ni malcriados
- Tengan momentos de juego, y no siempre de terapias y ejercicios
- Perciban un trato lo más similar posible al que reciben sus hermanos en la familia
- Puedan acceder a las mismas oportunidades educativas que el resto de niños.

Estén integrados en la escuela ordinaria: evitar la segregación o separación del grupo-clase, introduciendo las actividades especiales específicas en el entorno menos restrictivo posible.

Puedan tener múltiples y variadas relaciones sociales, tanto con adultos como con niños.

Se integren en la vida diaria, utilizando los servicios de la comunidad y desarrollando su tiempo de ocio con actividades sociales.

En ocasiones, los padres viven demasiado dedicados al hijo con síndrome de Down, sin prestar la debida atención a las necesidades de los demás hijos. La llegada a una familia de un hijo con síndrome de Down rompe no solo las ideas y costumbres de los padres, sino también las de los hermanos (por todo el tiempo que pasarán juntos). Por eso, los padres deben tomar una serie de precauciones para facilitar la aceptación de sus otros hijos a la situación provocada por el hermano con síndrome de Down:

- Conocer a cada hijo con sus peculiaridades y diferencias: quererlos y aceptarlos
- No consentir a los hijos en exceso: ni a los que tienen síndrome de Down ni a los que no lo tienen.
- No sobre responsabilizar a los hijos que no tienen discapacidad.
- No proyectar sus ilusiones y expectativas en los hijos sin discapacidad: aprender que no son perfectos.
- Agradecer a los hijos las ayudas prestadas
- Permitir la expresión libre de todos los miembros de la familia.

- Crear tiempos y espacios exclusivos ("momentos") para los hijos sin discapacidad: escucharlos.
- Respetar los momentos en que sus hijos quieren estar solos o realizar actividades sociales sin sus hermanos
- Dejar que los hermanos arreglen sus propias diferencias sin intervenir, a no ser que sea necesario.
- Procurar que la dinámica familiar sea lo más normal posible.

#### **2.3.10.2. Los Hermanos**

La persona con síndrome de Down necesitan mucha atención y cuidado. Los principales afectados de esta "atención absorbida" son los hermanos de las personas con síndrome de Down, que pueden estar menos atendidos por sus padres. Además, los padres suelen esperar demasiado de ellos y mantener altas expectativas sobre sus logros y capacidades.

Los hermanos tienen problemas, como todos los seres humanos que van creciendo: necesitan tiempo y ayuda para solucionarlos.

Los hermanos de una persona con síndrome de Down experimentan múltiples emociones hacia su hermano: celos, miedo, soledad, vergüenza, resentimiento, odio, agresividad hacia sus padres, presión, exceso de responsabilidad y ayuda, etc.

Cada hermano tiene una manera distinta de enfrentar y entender las cosas: a unos les resulta más fácil que a otros. Los hermanos de una persona con síndrome de Down tienen necesidad de sentirse respetados en su individualidad, ser comprendidos. Para aceptar las consecuencias de tener un hermano con síndrome de Down, necesitarán recibir una información, orientación y asesoramiento profesional adecuado. La calidad de relación entre los hermanos depende de la calidad de relación de los padres con todos sus hijos: su actitud, su comunicación, su capacidad de afrontar diversidad de situaciones, etc.

A lo largo de toda la vida los hermanos se influyen mutuamente. Esta relación provoca continuas situaciones que sirven de entrenamiento y anticipo de lo que después será la vida real. Así, la relación entre hermanos es una escuela aprendizaje social, comportamental y vital. La relación que se establece entre los hermanos cuando uno de ellos padece el síndrome de Down no es ni mejor ni peor: es diferente. Suele resultar más sencilla en la infancia y adultez, y se complica en la adolescencia y vejez (cuando necesitan cuidados y los padres faltan).

La mayoría de los hermanos de las personas con síndrome de Down tienen mayor conciencia y sensibilidad hacia los demás; suelen ser más empáticos y comprensivos con el dolor y las limitaciones humanas; y más conscientes de sus capacidades y posibilidades. Pero los padres no deben olvidar que sus hijos sin discapacidad también tienen necesidades y carencias que deben atender y resolver. Debemos saber cuándo están teniendo problemas de aceptación de su hermano con síndrome de Down. Este tipo de actitudes y comportamientos pueden no detectarse a simple vista, pero bastará observar su vida escolar, social, personal para ver reflejadas estas dificultades y tratarlas lo antes posible.

Las "herramientas" que mejor funcionan para solucionar las dificultades familiares son el cariño, la alegría, la comprensión y escucha, la sensación de seguridad, la naturalidad y la comunicación.

## **2.4. Estimulación Temprana**

La estimulación temprana es una actividad basada principalmente en las neurociencias, en la pedagogía y en la psicología cognitiva, que favorece el desarrollo integral del niño. La estimulación temprana es el conjunto de acciones dirigidas a promover las capacidades físicas, mentales y sociales del niño, a prevenir el retardo psicomotor, las alteraciones motoras, los déficit sensoriales, las discapacidades intelectuales, los trastornos del lenguaje y, sobre todo, a lograr la inserción de estos niños en su medio, sustituyendo la carga de una vida inútil por la alegría de una existencia útil y transformando los sentimientos de agresividad, indiferencia o rechazo en solidaridad, colaboración y esperanza. En el caso de los niños con Síndrome de Down el objetivo es disminuir con la ayuda de técnicas y ejercicios específicos el retraso madurativo asociado a esta discapacidad aprovechando la plasticidad neuronal de los primeros años de vida. Para tener garantizado el éxito se debe conseguir una total complementación familiar, ya que son el principal apoyo y medio de estimulación del niño y su vínculo más importante con el mundo que le rodea.

### **2.4.1 Importancia De La Estimulación Temprana**

La estimulación temprana es importante por tener un sustento científico para su aplicación en el proceso de desarrollo en las diferentes etapas en niñas y niños de 0 a 5 años, es acogida como parte de la formación profesional a educadores parvularios, que con conocimientos

relacionados con la realidad ponen de manifiesto sus capacidades. También debemos indicar que la estimulación temprana facilita desarrollar las habilidades y destrezas de todos los movimientos y reacciones naturales, para potenciar de manera organizada y progresiva en cada una de las etapas de desarrollo de niños y niñas.

#### **2.4.2 La Estimulación Temprana en niños con Síndrome de Down.**

La participación de los niños pequeños con Síndrome de Down en programas de estimulación temprana en los que se dedica una parte importante al desarrollo de sus capacidades, de un modo sistemático, ordenado y eficaz, les ayuda a desarrollar las capacidades de atender, percibir, comprender y saber. Los primeros programas de estimulación temprana dedicaron un gran esfuerzo al desarrollo de la motricidad; lo cual es importante y necesario, aunque insuficiente. Todavía hoy es frecuente que las familias digan que van a llevar al niño a "hacerle los ejercicios", refiriéndose sólo al área motora y no dando suficiente importancia a otras áreas del programa.

Desde hace unos años van incorporándose las llamadas actividades pre académicas en los programas de estimulación temprana para niños menores de cinco años.

La aplicación de las teorías de Piaget ha servido para desarrollar programas de carácter cognitivo que incluyen objetivos en relación con la capacidad de imitación, de resolución de problemas, de adquisición del concepto de permanencia del objeto, de interacción personal, de actuación sobre las cosas, de conocimiento de las propiedades de los objetos y de desarrollo de las capacidades perceptivas, cognitivas, lingüísticas, sociales y culturales.

Todo cuanto el niño hace o deja de hacer durante su primer año de vida influye en su futuro desarrollo intelectual.

Conforme el niño madura es preciso que participe activamente en nuevas experiencias que le ayuden a establecer las bases fundamentales de los aprendizajes básicos. En base a nuestras propias observaciones se considera importante insistir en que todo cuanto se haga desde edades tempranas por ayudarles a mejorar su capacidad de atención, observación y percepción debe ocupar un lugar de privilegio. En tal sentido se realiza nuestra propuesta con el fin de potenciar y fortalecer un entorno socio familiar desarrollador, a punto de partida de la capacitación y orientación a padres y familias en general de los niños con Síndrome de Down. La atención temprana exige una actitud activa por parte de los padres y profesionales que rodean al niño con síndrome de Down: se trata de prevenir posibles problemas e intervenir en los que ya los son, no de esperar de brazos cruzados a que el tiempo los solucione. Pero es necesario concienciarse de que el niño con síndrome de Down debe ser, por encima de todo, un niño (no un paciente o enfermo); por lo tanto no es adecuado someter al niño a continuas terapias y ejercicios sin descanso

### **2.4.3 Qué son los estímulos**

Consideramos como tales, en un sentido amplio, todos aquellos impactos sobre el ser humano, que producen en él una reacción, es decir, una influencia sobre alguna función. Los estímulos son entonces de toda índole, tanto externos como internos, tanto físicos como afectivos.

#### **2.4.4 Porque la estimulación temprana lo antes posible**

Existen múltiples razones para justificar porque afirmamos que los niños con trastornos neuro-motores específicamente de origen central pueden obtener mejores resultados en la rehabilitación, cuanto antes empiecen a realizarlas.

Hablamos en primer término de las ventajas, que para casos de este tipo, proporciona la muy mencionada plasticidad neuronal. Es en los dieciocho primeros meses de vida cuando el niño se desarrolla y aprende más velozmente y el cerebro, producto de esta plasticidad neuronal, reconoce y se adapta más fácilmente a determinadas conductas ya sean normales o no.

De esto se deduce que es en esta etapa donde tenemos que proveerle al niño patrones normales de movimiento con el objetivo de que el cerebro, aun inmaduro, los capte con mayor facilidad y de esta forma también evitamos que se formen patrones motrices anormales que en el futuro solo entorpecen y demoran la rehabilitación.

Como segunda razón podemos mencionar la importancia que tienen las experiencias sensorio motrices para el desarrollo cognitivo en general. Los niños con capacidades físicas limitadas presentan trastornos perceptuales que dificultan en gran medida, el normal desarrollo de los procesos cognitivos interfiriendo además en el proceso educativo.

Todo esto puede evitarse si en este periodo le proporcionamos al niño la debida información perceptual que le permita captar los estímulos y utilizarlos funcionalmente en dependencia de sus necesidades.

Otro motivo fundamental que suma importancia a la estimulación precoz, es la presencia en el recién nacido con daño cerebral de reflejos anormales de movimiento que dificultan en gran medida las reacciones posturales normales tales como la posición de la cabeza en el espacio (cara vertical, boca horizontal) así como la alineación de la cabeza con el tronco y del tronco con las extremidades.

Estas posturas anormales de movimiento provocan tonos musculares también anormales que varían del hipertono al hipotono. Con frecuencia estas posturas no son muy intensas en el niño pequeño por consiguiente es en esta etapa donde se pueden obtener cambios de tono y posturas para facilitar el movimiento y desarrollo del niño lo más cercano a la norma posible.

#### **2.4.5 El Rol De La Familia En La Estimulación Temprana**

Existe un consenso en aceptar que la estimulación a niños y niñas que se encuentran en la edad de 0 a 5 años, debe contar con la familia en el rol protagónico, ésta puede hacer aportes insustituibles al desarrollo del niño, donde el matiz fundamental está dado por las relaciones afectivas que se establecen entre ésta y el niño; esta valiosa influencia de la familia se expande y enriquece cuando recibe una orientación especial en beneficio del desarrollo de los niños y niñas menores de cinco años por parte de profesionales.

#### **2.4.6 Enfoque Integrador De La Estimulación En La Primera Infancia**

La estimulación durante la primera infancia debe adoptar un enfoque integrador de los aportes relevantes de diferentes ciencias y disciplinas este enfoque debe complementar las necesidades del niño a estimular.

#### **2.4.6.1. Necesidades Fisiológicas**

Cada pequeño tiene la posibilidad de alcanzar un sano y óptimo desarrollo fisiológico en la medida en que se encuentre adecuadamente alimentado, hidratado, abrigado, higienizado, etc.

#### **2.4.6.2. Necesidades De Seguridad**

Todos los niños necesitan mantener una relación íntima, sensible y cariñosa con las personas adultas que cuiden de ellos. El sentimiento de protección surge a partir de esta relación los hará sentirse más seguros y resguardados de posibles peligros.

#### **2.4.6.3. Necesidad De Amor**

Los pequeños deben sentirse que son amados por sí mismos y no por los que serán en este punto, los padres juegan un rol sumamente importante. La satisfacción de esta necesidad posibilita en los niños la vivencia de un estado de contención afectiva que afianza su confianza en sí mismo.

#### **2.4.6.4. Necesidad De Autoestima**

Sentirse valorado ayuda a valorarse y a creerse merecedor de la atención que puedan provenir de los otros así un niño que ha podido cubrir su necesidad de ser amado puede construir una fuerte imagen de sí mismo ella resultará fundamental a la hora de abordar cualquier tipo de aprendizaje, pues el sujeto se experimentará como un ser con potencialidades y posibilidades de encarar lo nuevo.

#### **2.4.6.5. Necesidad De Autorrealización**

Cuando la necesidades anteriores se encuentran debidamente cubiertas es posible que el niño se dedique a explorar, descubrir, y volver a inventar la realidad entonces se dispondrá a desplegar sus máximas potencialidades y disfrutar de sus logros.

Esto le permitirá experimentar un profundo sentimiento de poder que surge del éxito alcanzado en sus propias realizaciones. En cambio si está dedicado a tratar de sentirse amado o a reafirmar su autoestima, la autorrealización personal se verá interferida.

#### **2.4.7 Técnica Del Masaje Mariposa**

Esta técnica se lleva a cabo a partir de cuatro maniobras básicas que se combinaran para efectuar el masaje de las diferentes partes del cuerpo el bebe en cada sesión de masaje se puede realizar el circuito completo o seleccionar las regiones de acuerdo con la tolerancia y el disfrute que evidencie el niño.

##### **La caricia**

- Rozar con suavidad la piel del bebe con los dedos ligeramente separados
- Recorrer la piel con movimientos continuos que vayan desde el centro hacia afuera de arriba hacia abajo
- Mover las manos como si estas fueran a las de mariposas que envuelven al pequeño
- Repetir la maniobra tres veces

### **La relajación muscular**

- Apoyar la mano blandamente con los dedos juntos sobre la zona en la que se realiza el masaje
- Luego tomar con delicadeza esa parte del cuerpo y menearla suavemente de un lado hacia otro como si fuese un flan
- Repetir la maniobra tres veces

### **Los círculos**

- Apoyar ligeramente la punta del dedo índice sobre la piel del niño y describir pequeños círculos sin presionar demasiado
- Desplazar el dedo unos centímetros y reiterar el movimiento el dedo no debe desplazarse al trazar los círculos sino que debe amasar levemente la piel y la musculatura subcutánea . la secuencia es de arriba hacia abajo y del centro hacia afuera
- Repetir la maniobra tres veces

### **Vuelo de mariposas**

- Realizar tres pasadas largas , ligeras y fluidas tanto al inicio como al final de la sesión de masaje
- Efectuar las pasadas desde la cima de la cabeza hasta los pies, como estirándolos mas allá de sus dimensiones asemejar este movimiento al roce de una mariposa por el cuerpo.

### **Masaje de la cabeza y del rostro**

- Hacer la maniobra de la caricia desde la cima de la cabeza hacia las orejas
- Luego iniciar el masaje de la cara este puede omitirse si el bebe muestra desagrado comenzar con tres pasadas de caricia por la frente y desde el entrecejo hasta las aleta de la nariz desde allí dirigirse por los pómulos hasta las orejas. recorrer con la yemas el contorno de las orejas y el contorno de la boca después hacer la maniobra de círculos en la frente en las mejillas y en las mandíbulas

### **Masaje de la nuca y de los hombros**

- Pasar los dedos por debajo de la nuca del bebe sin levantarlo de la cabeza
- Hacer una caricia suave desde el occipucio (finalización del craneo) hacia abajo y desde el centro de la nuca hacia los hombros
- Luego hacer tres pasadas acariciando los hombros los brazos y las manos.

### **Masaje de los brazos**

- Tomar un dedo de los dos brazos y sosteniéndolo por la mano, efectuar la maniobra de relajación muscular. Proceder del mismo modo con el antebrazo repetir el procedimiento con el otro brazo
- Tomar una mano y acariciar alrededor de la muñeca , recorrer con detenimiento el dorso , la palma y cada falange de los dedos describir la maniobra de círculos de círculos en el dorso y en la palma de la mano repetir de la secuencia con la otra mano

- Realizar tres veces la maniobra de vuelo de mariposa desde los hombros hacia la punta de los dedos como intentando estirar la dimensión de la mano

### **Masaje del pecho**

- Iniciar acariciando el cuello bajando luego por las líneas de la costilla, desde el centro hasta el costado
- Al llegar al diafragma más o menos a la altura de la última costilla, realizar la maniobra de los círculos desde el centro hacia afuera

### **Masaje de vientre**

- Dibujar un círculo grande sobre el vientre alrededor del ombligo en el sentido de las agujas del reloj ampliar paulatinamente el círculo
- Luego dirigirse por la línea media hasta bajo del vientre se encontrará una línea horizontal que coincide con el nacimiento de la pelvis recorrerla con la maniobra de la caricia y luego con círculos desde el centro hacia los lados.

### **Masaje de la pelvis, piernas y pies**

- Comenzar con la maniobra de vuelo de mariposa desde la pelvis hasta los pies como intentando estirar la dimensión de los mismos
- Tomando el pie emplear la maniobra de relajación muscular sobre el muslo y la pierna repetir con el otro miembro
- Luego acariciar el tobillo, el talón, el empeine y la planta tirar suavemente de cada uno de los dedos del pie luego describir pequeños círculos haciendo el mismo recorrido repetir la maniobra en el otro pie

- Finalizar con la maniobra de vuelo e mariposa desde la pelvis hasta los pies como intentando estirar la dimensión de los mismo

### **Masaje de espalda**

- Colocar al bebe boca abajo y comenzar el masaje con la maniobra de vuelo de mariposa desde la cabeza hasta los pies
- Luego realizar caricias en los omoplatos desde arriba hacia abajo y desde el centro hacia afuera seguir con la maniobra de relajación muscular de la zona
- A continuación acariciar siguiendo las líneas de las costillas respetando las direcciones habituales
- Palpar con los dedos los cordones de los músculos que están en ambos lados de la columna vertebral luego comenzar a describir pequeñas círculos desde la nuca hasta las nalgas
- Apoyar las manos en las nalgas juntando los pulgares de forma tal que la disposición de las manos parezca una mariposa y presionar suavemente, acariciar las nalgas y luego realizar en ellas maniobras de relajación muscular.
- Realizar una pasada larga por el dorso de las piernas y relajar los músculos, finalizar con la maniobra de vuelo de mariposa, desde la cabeza hasta los pies como intentando estirar las dimensiones de los mismos.

### **2.4.8 Materiales Sugeridos Para Abordar La Estimulacion Temprana Del Niño**

Estos materiales pueden integrarse dentro de una caja especial que llamaremos caja de estimulación los cuales serán empleados especialmente en los momentos en que se decida estimular al pequeño , separar estos

elementos del resto de sus juguetes ayuda a que el niño asocie a su uso a un momento especial de intercambio estimulador.

#### **2.4.8.1. De 0 a 4 meses**

- Juguetes blandos de colores fuertes
- Muñecos de goma que produzca sonidos suaves
- Sonajeros
- Espirales plástico de colores
- Móviles de colores con figuras de gran contraste
- Cuneros musicales
- Figuras y carteles con imágenes bien definidas
- Cajitas musicales
- Casetes o discos compactos con música variada

#### **2.4.8.2. De 4 a 8 meses**

- Muñecos de peluche
- Cubos de goma o material plástico
- Pelotas blandas de las que emiten sonidos suaves al moverlas
- Aros para morder
- Molinetes
- Maracas , tamborcitos , campanitas, sonajeros
- Juguetes de diversas texturas

- Móviles de colores con figuras de gran contraste
- Cuneros musicales
- Libros para bebés hechos con goma cartón grueso y telas

#### **2.4.8.3. De 8 a 12 meses**

- Cubos grandes de diferentes colores y tamaño
- Taza, cajas, bolsas y otros contenedores irrompibles
- Envases plásticos que se abran las diferentes formas
- Globos de colores de diferentes formas y tamaños
- Muñecas y títeres grandes
- Autos y otros vehículos de juguete, flexibles y sin partes que puedan soltarse
- Juguetes que se puedan apretar
- Juguetes que floten en el agua
- Teléfonos de juguetes
- Cajitas musicales y música en general
- Libros de cartón con imágenes grandes y coloridas
- Espejos irrompibles de diferentes tamaños colocados en diferentes sitios

#### **2.4.8.4. De 1 a 2 años**

- Cubos y boques de diferentes formas, colores, tamaños de plástico o de madera

- Pelotas de variados tamaños y materiales pero más grandes que la boca del bebe
- Juguetes para empujar o arrastrar
- Andadores sin pedales para deslizarse por el espacio
- Juguetes para cavar (pala , baldes, rastrillo)
- Tazas , cajas, tubos de cartón , envases plásticos , revistas viejas
- Juguetes que flotan para emplear en el agua
- Muñecos, animales de peluche y títeres de todos los tamaños
- Autos, camiones, trenes y otros vehículos sin piezas desmontables
- Disfraces y sombreros
- Juguetes plásticos que sirvan para imitar situaciones de la vida cotidiana
- Rompecabezas simples de dos o tres piezas
- Revistas con imágenes de bebes y álbumes de fotografías
- Libros de cuentos simples con imágenes grandes y coloridas
- Libros con ventanas
- Cajitas musicales

#### **2.4.8.5. De 2 a 3 años**

- Cubos y bloques de diferentes formas colores y tamaños de plástico o de maderas
- Pelotas de variado tamaño y materiales

- Carretilla, carrito de compras o cochecitos para trasladar de la muñecas
- Juguetes de plástico que sirvan para imitar situaciones cotidianas
- Papeles grandes , crayones, lápices, de colores
- Autos, camiones, trenes y otros vehículos sin piezas desmontables
- Animales para jugar a la granja
- Disfraces, mascararas, sombreros.
- Triciclo
- Pinceles grandes acuarelas y temperas
- Plastilina y diferentes tipos de masas para modelar

#### **2.4.9 ÁREAS QUE COMPRENDE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

Para favorecer el óptimo desarrollo del niño, las actividades de estimulación se enfocan en cuatro áreas: área cognitiva, psicomotriz, lenguaje y socio-afectiva.

**2.4.9.1. Área Cognitiva:** Le permitirá al niño comprender, relacionar, adaptarse a nuevas situaciones, haciendo uso del pensamiento y la interacción directa con los objetos y el mundo que lo rodea. Para desarrollar esta área, el niño necesita de experiencias, así podrá desarrollar sus niveles de pensamiento, su capacidad de razonar, poner atención, seguir instrucciones y reaccionar de forma rápida ante diversas situaciones que se le presenten.

**2.4.9.2. Área Psicomotriz:** Esta área está relacionada con la habilidad para moverse y desplazarse, permitiendo al niño tomar contacto con el mundo. También comprende la coordinación entre lo que ve y lo que toca, lo que lo hace capaz de tomar los objetos con los dedos, pintar, dibujar, hacer nudos, etc. Para desarrollar esta área, es necesario dejar al niño tocar, manipular e incluso llevarse a la boca lo que ve, permitir que explore pero sin dejar de establecer límites frente a posibles riesgos y peligros.

**2.4.9.3. Área De Lenguaje:** Está referida a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse con su entorno y abarca tres aspectos: La capacidad comprensiva, la capacidad expresiva y la capacidad gestual. La capacidad comprensiva se desarrolla desde el nacimiento, ya que el niño podrá entender ciertas palabras mucho antes de que pueda pronunciar un vocablo con sentido; por esta razón es importante hablarle constantemente, de manera articulada relacionándolo con cada actividad que realice o para designar un objeto que manipule, de esta manera el niño reconocerá los sonidos o palabras que escuche asociándolos con la realidad percibida y dándoles un significado para luego imitarlos.

**2.4.9.4. Área Socio Afectiva:** Esta área incluye todas las experiencias afectivas y el proceso de la socialización del niño, que le permitirá sentirse querido y seguro, capaz de relacionarse con otros niños (as) de acuerdo a normas comunes. Para el adecuado desarrollo de esta área, es primordial la participación de los padres o cuidadores como primeros generadores de vínculos afectivos, es importante brindarles seguridad, cuidado, atención y amor, además de servir de referencia o ejemplo pues aprenderán cómo comportarse frente a otros, cómo relacionarse, en conclusión, cómo ser persona en una sociedad determinada. Los valores de la familia, el afecto y las reglas de la sociedad le permitirán al niño, poco a poco, dominar su

propia conducta, expresar sus sentimientos y ser una persona independiente y autónoma.

Los programas de atención temprana deben intentar desarrollar el mayor número de capacidades básicas lo mejor posible. Estas capacidades influirán, decisivamente, en la adquisición de otras habilidades. La atención, la percepción, la comprensión, la motricidad gruesa y fina son la base para aprendizajes posteriores, donde se incluyen los aprendizajes académicos. Además, estos programas deben potenciar la motivación y autoestima del niño, independientemente de los resultados obtenidos.

Los programas de atención temprana dirigidos a los bebés y niños con síndrome de Down comenzaron desarrollando exclusivamente aspectos del área de la motricidad. Pero actualmente se han añadido aspectos del área cognitiva, perceptiva y del lenguaje:

#### **2.4.10. Fisioterapia:**

Los niños con síndrome de Down tienen una musculatura más flácida de lo normal que les genera dificultades para desplazarse autónomamente y coordinar sus movimientos por ende dificulta su independencia.

#### **2.4.11. Psicoterapia:**

Es necesario ayudarles a explorar el mundo que les rodea puesto que no son curiosos por naturaleza. Además, serán necesarios apoyos en el desarrollo de la atención, percepción, discriminación, etc.

#### **2.4.12. Logopedia:**

El lenguaje necesita mucha intervención, sobre todo en lo que concierne al área expresiva, puesto que estos niños muestran buena capacidad de comprensión.

#### **2.4.13. Psicomotricidad:**

El término "psicomotricidad" está basado en una visión global de la persona, pues integra las acciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices, expresa por tanto la capacidad de ser y de actuar en un contexto psicosocial amplio. La psicomotricidad por lo tanto, se presenta como una herramienta útil orientada al desarrollo integral del niño con discapacidad; aunque esté presente en las clases de educación del movimiento, no se limita a ella, siendo necesaria en todas las áreas de aprendizaje de la educación especial.

#### **2.4.14. Motricidad fina y gruesa**

##### **2.4.14.1. La Motricidad Fina**

La motricidad fina comprende todas aquellas actividades del niño que necesitan de una precisión y un elevado nivel de coordinación. Esta motricidad se refiere a los movimientos realizados por una o varias partes del cuerpo, que no tienen una amplitud sino que son movimientos de más concreción. Se cree que la motricidad fina se inicia hacia el año y medio, cuando el niño, sin ningún aprendizaje y quizás movido por su instinto, empieza a poner objetos uno encima de otro, a hacer borrones con lápices, cambiar las cosas de sitio, etc....

## **Desarrollo de la Motricidad Fina**

El desarrollo de la motricidad fina juega un papel central en el aumento de la inteligencia, debido a que se experimenta y aprende sobre su entorno. Las habilidades de motricidad fina se desarrollan en un orden progresivo, aunque se pueden dar grandes progresos y estancamientos o retrocesos sin consecuencias para el desarrollo normal del niño.

**0 a 12 meses:** No hay control sobre las manos aunque al final del año ya se nota el progreso. Si se toca su palma, cerrará su puño muy apretado, pero esto es una acción de reflejo inconsciente llamado "reflejo Darwinista", y desaparece en un plazo de dos a tres meses. Así mismo, el infante agarrará un objeto puesto en su mano, pero sin ningún conocimiento de lo que está haciendo. La coordinación ojo-mano comienza a desarrollarse entre los 2 y 4 meses, comenzando así un periodo de práctica llamado ensayo y error al ver los objetos y tratar de tomarlos. A los cuatro o cinco meses, la mayoría de los infantes pueden tomar un objeto que esté dentro de su alcance, mirando solamente el objeto y no sus manos. Llamado "máximo nivel de alcance", este logro se considera un importante cimiento en el desarrollo de la motricidad fina. En el segundo semestre de esta etapa, comienzan a explorar y probar objetos antes de tomarlos. Uno de los logros motrices finos más significativos es el tomar cosas usando los dedos como tenazas (pellizcado), lo cual aparece típicamente entre las edades de 12 y 15 meses.

**1 a 3 años:** Su desarrollo y curiosidad empujan al niño a manipular objetos cada vez de manera más compleja, incluyendo la posibilidad de empujar palancas, girar las páginas de un libro, marcar números del teléfono, etc... Los dibujos que realizan son garabatos, pero empezarán a realizar figuras más o menos circulares que les servirán de patrón para otros dibujos más complejos. Jugarán con cubos y piezas que podrán poner una encima de otra hasta un cierto nivel.

**3 a 5 años (etapa pre-escolar):** los retos en esta etapa, tales como el manejo de los cubiertos o atarse los zapatos, representan un salto evolutivo motor importante. Cuando los niños tienen 3 años, el control del lápiz puede ser grande y dibujan círculos sin que sean garabatos, animándose a dibujar figuras humanas o animales, aunque los trazos son muy simples. A los 4 años, se usan las tijeras, se copian formas geométricas y letras, se usan con criterio la plastilina y se pueden abrochar botones grandes. Algunos niños, usando la letra de palo, escriben su nombre y el de familiares o amigos cercanos.

**5 años (etapa escolar):** A partir de aquí, la mayoría de niños consolidan y avanzan claramente más allá del desarrollo logrado en la etapa pre-escolar, en sus habilidades motoras finas, perfeccionando lo adquirido. Pueden cortar, pegar y trazar formas con criterio. Pueden abrochar botones más pequeños y tener control absoluto sobre aquellas tareas rutinarias, tanto en el ámbito escolar como en el familiar.

#### **2.4.14.2. La motricidad gruesa**

Es la parte de la motricidad referente a los movimientos de los músculos que afectan a la locomoción o del desarrollo postural como andar, correr, saltar, etc., es decir, todo lo que tenga que ver con el desarrollo del niño que afectan a grupos de músculos sin tener en cuenta el detalle o la precisión que requiere la motricidad fina. A continuación detallaremos el desarrollo de la motricidad gruesa en las diferentes fases de crecimiento.

#### **Fases de la motricidad gruesa.**

En el desarrollo motor, según la edad, se observan cinco fases:

**0 a 6 meses:** Dependencia completa de la actividad refleja, en especial la succión. Hacia los tres o cuatro meses se inician los movimientos voluntarios debido a estímulos externos.

**6 meses a 1 año:** Se caracteriza por la organización de las nuevas posibilidades del movimiento. Se observa una movilidad más grande que se integra con la elaboración del espacio y del tiempo. Esta organización sigue estrechamente ligada con la del tono muscular y la maduración propia del proceso de crecimiento, la cual se enriquece continuamente debido al feedback propio del desarrollo cognitivo. Cerca del año, algunos niños caminan con ayuda.

**1 a 2 años:** alrededor del año y medio el niño anda solo y puede subir escalones con ayuda. Su curiosidad le hace tocar todo y se puede sentar en una silla, agacharse, etc., A los 2 años el niño corre y puede saltar con los dos pies juntos. Se pone en cuclillas, sube y baja las escaleras sintiendo el apoyo de la pared.

**3 a 4 años:** se consolida lo adquirido hasta el momento, se corre sin problemas, se suben y bajan escaleras sin ayuda ni apoyos, pueden ir de puntillas andando sobre las mismas sin problemas. Al llegar a los 4 años se puede ir solo con un pie, el movimiento motor a lo largo del año se irá perfeccionando hasta poder saltar, mover, subir y bajar por todas partes.

**5 a 7 años:** El equilibrio entra en la fase determinante, donde se adquiere total autonomía en este sentido a lo largo de este período. En esta fase, se automatizan los conocimientos adquiridos hasta el momento, que serán la base de los nuevos conocimientos tanto internos como socio-afectivos. Las posibilidades que se abren al niño delante de las siguientes fases de crecimiento (adolescencia, pubertad) hasta llegar al desarrollo completo vendrán marcadas ineludiblemente por lo adquirido y consolidado en estas etapas

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. Dependientes**

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE POSEEN LAS MADRES SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON SINDROME DE DOWN QUE ACUDEN AL INNFA DE LA CIUDAD DE IBARRA EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO COMPENDIDO DE DICIEMBRE A SEPTIEMBRE DEL 2012.

### **2.5.2. Independientes**

- Edad
- Sexo

### 2.5.3. OPERALIZACION DE VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLES y CONCEPTO	TIPOS	ESCALA
<p><b>Estimulación Temprana:</b> Grupo de técnicas para el desarrollo de las capacidades y habilidades de los niños en la primera infancia.</p>	Cualitativa, ordinal, politomicas	<p>Área cognitiva Área psicomotriz Área de lenguaje Área socio afectivo</p>
<p><b>Síndrome de Down:</b> anomalía en la que un exceso del material genético provoca alteraciones en el aspecto y desarrollo del niño, cursando frecuentemente con deficiencia mental</p>	Cualitativo, ordinal, politomicas	<p>Trisomía libre Translocación Mosaicismo</p>
<p><b>La Actitud</b> es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas</p>	Cualitativo, ordinal	<p>Bien Regular Mal</p>
<p><b>Practicar</b> Realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas</p>	Cualitativo, ordinal	<p>Buena Regular Mala</p>
<p><b>Madre</b> Es aquel ser vivo de sexo femenino que ha tenido</p>	Cuantitativa, discreta	<p>Si lleva a la rehabilitación</p>

descendencia directa		No lleva a la rehabilitación Ella realiza la rehabilitación
----------------------	--	--

### INDEPENDIENTES

VARIABLE Y CONCEPTO	TIPOS	ESCALA
<p><b>Sexo:</b> En biología, el sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades</p>	Cualitativa, nominal	Masculino Femenino
<p><b>Edad:</b> Es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.</p>	Cuantitativa , continua	0 a 6 meses 6 meses a 1 año 1 a 2 años

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

Es un método cuanti-cualitativo por el que se va emplear a las, madres de familia, de niños/as menores de 2 años con síndrome de Down con síndrome de Down que acuden la INNFA

##### **3.1.1. Cualitativo:**

Es aquella donde se estudiara la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. Con la investigación cualitativa nos basaremos en la toma de muestras pequeñas que tendrá como objetivo la descripción de las cualidades de los padres de familia que tienen niños con SD.

No trataremos de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino que trataremos de descubrir y entender el conjunto de actitudes que tienen los padres que acuden con sus niños con SD al INFA.

##### **3.1.2.Cuantitativa:**

Con esta metodología de investigación buscamos cuantificar los datos e información y aplicar una forma de análisis estadístico. Porque es un tipo de investigación que utiliza métodos totalmente estructurados o formales, ya que realizamos un cuestionario a través de preguntas abiertas , cerradas y concretas dirigidas a los padres de familia q acuden al centro de

rehabilitación INFA para así entender los conocimientos de cada una los mismos que serán anónimos.

El conjunto de preguntas se realizara a un número de individuos determinado que conforma la población a partir de la cual se recolectara la información que posteriormente será analizada

### **3.2 POBLACIÓN O UNIVERSO**

La población estará constituida por, 30 madres de familia de los niños menores de 2 años con síndrome de Down que acuden al INFA (Instituto de la Niñez y Familia).

### **3.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS**

Se usó la técnica de revisión bibliográfica y lincográfica los que nos permitió realizar un estudio del trabajo realizado por las autoras. Se acudió también al uso de técnicas específicas para la recopilación de la información, como la encuesta estructurada con preguntas abiertas y cerradas que se utilizó para recolectar información de los padres de familia q acuden con los niños menores de 2 años con SD al centro de rehabilitación INFA

### 3.4. ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

TABLA Y GRAFICO Nro. 1

#### SEGÚN PADRES DE FAMILIA CONOCEN SOBRE ESTIMULACION TEMPRANA EN LOS NIÑOS CON SD Q ACUDEN AL INFA DE DICIEMBRE A SEPTIEMBRE DEL 2012

Conoce acerca de la estimulación temprana	Frecuencia	Porcentaje
SI	28	93.33
NO	2	6.66
TOTAL	30	100%



**AUTORAS:** Acosta Gabriela, De La Cueva María José

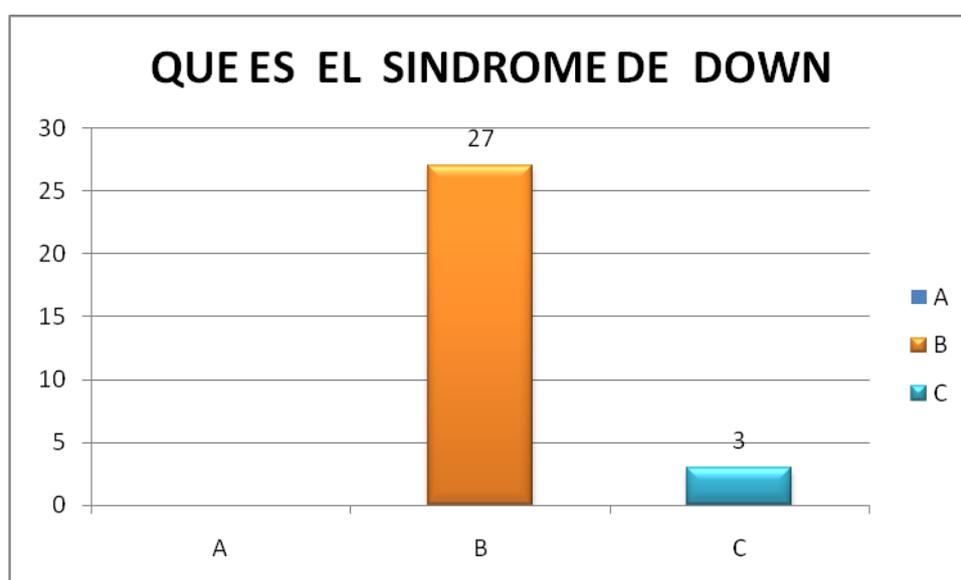
**FUENTE:** Encuestas

**Análisis:** Se puede observar que el 93.33% que corresponde a 28 personas entrevistadas conoce acerca de lo que es la estimulación temprana y apenas el 6.66% que corresponde a 2 personas desconocen de la misma lo cual nos indica q los padres de familia q acuden al área de rehabilitación del INFA están informados de lo que le realizan a su niño con Síndrome de Down.

## TABLA Y GRAFICO Nro. 2

### SEGÚN PADRES DE FAMILIA QUE LLEVAN A REHABILITACION A SUS HIJOS AL INFA CONOCEN QUE ES EL SD DICIEMBRE A SEPTIEMBRE DEL 2012

conoce lo que es el síndrome de Down	frecuencia	porcentaje
SI	27	90
NO	3	10
TOTAL	30	100%



**AUTORAS:** Acosta Gabriela, De La Cueva María José

**FUENTE.** Encuestas

#### **ANALISIS:**

Como podemos observar que de las 30 personas entrevistadas 27 de las mismas conocen acerca del síndrome de Down y apenas 3 desconocen de la misma

### TABLA Y GRAFICO Nro. 3

#### SEGÚN QUIENES PUEDEN APLICAR LA ESTIMULACION TEMPRANA DEDICIEMBRE A SEPTIEMBRE DEL 2012

La estimulación temprana la pueden aplicar	frecuencia	porcentaje
<b>PADRES Y MAESTROS</b>	28	93.33
<b>PSICOLOGOS</b>	0	
<b>DOCTORES</b>	1	3.33
<b>PADRES</b>	1	3.33
<b>TOTAL</b>	30	100%



**AUTORAS:** Acosta Gabriela, De La Cueva María José

**FUENTE.** Encuestas

**ANALISIS:** Se puede observar que la estimulación temprana la pueden aplicar padres y maestros como lo opinaron 28 de 30 personas entrevistadas, sabiendo q los padres tienen mayor responsabilidad en poner en práctica la estimulación temprana en casa para lograr un desarrollo óptimo e integral en el niño con síndrome de Down.

**TABLA Y GRAFICO Nro. 4**

**SEGÚN LA ESTIMULACION TEMPRANA ABARCA LAS AREAS AFECTIVA, COGNITIVA Y PSICOMOTRIZ DICIEMBRE A SEPTIEMBRE DEL 2012**

La estimulación temprana abarca las áreas afectiva, cognitiva, psicomotriz	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	29	96.66
<b>NO</b>	1	3.33
<b>TOTAL</b>	30	100%



**AUTORAS:** Acosta Gabriela, De La Cueva María José

**FUENTE.** Encuestas

**ANALISIS:**

Para que la estimulación sea integral se deben abarcar tres áreas: afectiva, cognitiva y psicomotriz como opinaron 29 de 30 personas entrevistadas y 1 opinó que se debe hacer más énfasis en el área psicomotriz debido que la tonicidad muscular es muy importante desarrollarla en niños Síndrome de Down

**TABLA Y GRAFICO Nro. 5**

**SEGÚN PARA QUIENES BENEFICIA LA ESTIMULACION TEMPRANA  
DICIEMBRE A SEPTIEMBRE DEL 2012**

La estimulación temprana tiene beneficios para	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LA FAMILIA	5	17%
NIÑO CON SINDROME DE DOWN	20	67%
MAESTROS	1	3%
TODAS LAS ANTERIORES	4	13%
TOTAL	30	100%



**AUTORAS:** Acosta Gabriela, De La Cueva María José

**FUENTE.** Encuestas

**ANALISIS:**

Se reconoce que la estimulación temprana tiene beneficios para la familia, maestra y especialmente en los niños con Síndrome de Down como opinaron el 67% de las personas entrevistadas, logrando el desarrollo oportuno de las capacidades de estos niños.

**TABLA Y GRAFICO Nro. 6**

**SEGUN PADRES E HIJOS SE BENEFICIAN CON LA ESTIMULACION TEMPRANA DICIEMBRE A SEPTIEMBRE DEL 2012**

La estimulación temprana beneficia la estimulación padres e hijos	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	30	100%
NO	0	0
TOTAL	30	100%



**AUTORAS:** Acosta Gabriela, De La Cueva María José

**FUENTE.** Encuestas

**ANALISIS:**

Las 30 personas siendo el 100% de entrevistados opinan que la estimulación temprana estimula la relación padre-hijo logrando de esta forma desarrollar el área socio afectiva propiciando así a que el niño tenga un desarrollo integral en nuestra sociedad.

**TABLA Y GRAFICO Nro. 7**

**SEGÚN LA IMPORTANCIA DE QUE LOS PADRES DE FAMILIA PUEDAN ESTIMULAR A SUS HIJOS DICIEMBRE A SEPTIEMBRE DEL 2012**

<b>ES IMPORTANTE INFORMAR A LOS PADRES SOBRE LA FORMA DE ESTIMULAR A SUS HIJOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
<b>NO</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>



**AUTORAS:** Acosta Gabriela, De La Cueva María José

**FUENTE.** Encuestas

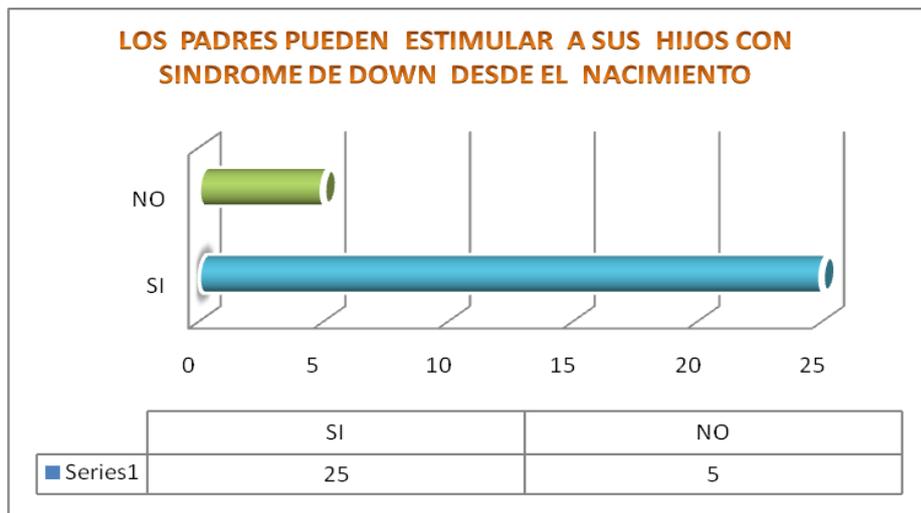
**ANALISIS:**

Las 30 personas entrevistadas que es el 100% están totalmente de acuerdo que debe haber personal o profesionales que las capacite acerca de la gran importancia que tiene la estimulación temprana principalmente ya que los niños conviven más con sus padres y es ahí donde ellos pueden ayudar a desarrollar capacidades en sus hijos.

**TABLA Y GRAFICO Nro. 8**

**SEGUN LA ESTIMULACION TEMPRANA VA DESDE EL NACIMIENTO DEL NIÑO CON SD DICIEMBRE A SEPTIEMBRE DEL 2012**

SE PUEDE ESTIMULAR A LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN DESDE EL NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	83.33%
NO	5	16.66%
TOTAL	30	100%



**AUTORAS:** Acosta Gabriela, De La Cueva María José

**FUENTE.** Encuestas

**ANALISIS:**

Como podemos observar el 83.33% de los padres de familia entrevistados nos dicen q la estimulación temprana la hicieron y la deben a hacer a partir del nacimiento del niño sin embargo 16.66% no saben desde cuando iniciar la estimulación en sus hijos.

### **3.5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Los resultados que se han tomado ha sido mediante la encuesta el cual fue un instrumento que proporcionó información sobre la importancia de que los niños con Síndrome de Down; reciban una estimulación temprana, oportuna y de calidad sea esta realizada por los padres de familia, tutores, maestros y profesional especializado su aplicación fue a 30 padres de familia que acuden con sus niños al centro de rehabilitación(Instituto De La Niñez Y La Familia) INFA, la misma que abarca las áreas afectiva, cognitiva y psicomotriz del niño dicha información han sido codificados, tabulados y analizados mediante tablas estadísticas, gráficos y análisis en cada una de las preguntas.

## **CAPITULO IV**

### **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

#### **4.1. Recursos Humanos**

- Las madres de familia que llevan a sus hijos menores de 2 años con síndrome de Down al INFA
- Personal de salud que trabaja en el INFA
- Parvularios maestros del INFA
- Investigadoras: Gabriela Acosta  
María De la Cueva
- Tutor de Tesis: Dr. Darío Salgado

#### **4.2. Recursos Materiales**

##### **4.2.1 Materiales de escritorio**

- 1 caja Lapiceros
- 1 caja Lápices
- 3 Tintas de impresoras (2 de color negro 1 de colores)

##### **4.2.2 Materiales de impresión**

- 3 Paquetes de papel bond (1000 hojas)

### **4.3. Recursos Técnicos Y Tecnológicos**

#### **4.3.1. Técnicos**

- Programa epi info versión actual

#### **4.3.2. Tecnológicos**

- 1 computadora de escritorio
- 1 computadora portátil
- 1 impresora
- 1 cámara fotográfica
- 2 USB

#### 4.4. Recursos económicos

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR</b>
Lapiceros (esferos)	1 caja	\$ 10.00
Lápices	1 caja	\$ 10.00
Tinta de impresiones	3 fcos	\$100.00
Papel bond	3 paquetes	\$60.00
Movilización	Varios	\$100.00
Viáticos	Varios	\$100.00
Internet	Varios	\$200.00
Impresiones	Varios	\$200.00
Anillado	Varios	\$100.00
Imprevistos	-----	88
Sub Total	1	880
Total	1	968

## CONCLUSIONES

- La estimulación temprana en niños Síndrome de Down tiene implicaciones positivas en su desarrollo intelectual, motor y psicosocial.
- Los niños que han sido estimulados previamente por sus padres tienen un mejor nivel de desarrollo de las diferentes áreas que los niños que no han sido estimulados.
- El Manual de Estimulación Temprana para niños con Síndrome de Down de 0 a 2 años promueve ejercicios favoreciendo la maduración de sus habilidades y destrezas
- La estimulación de las áreas afectiva, cognitiva y psicomotriz logra el desarrollo integral en niños con Síndrome de Down.

Los padres que ejercen estimulación a su hijo con Síndrome de Down favorecen a la relación padre-hijo.

## **RECOMENDACIONES**

### **INFA**

- Poner en práctica el Manual de Estimulación Temprana para niños con Síndrome de Down de 0 a 2 años, adecuándose a las necesidades y logros de cada niño.
- Realizar de forma periódica un análisis interno en las cuales se registre el progreso de los niños, con el fin de determinar y reforzar si es necesario las áreas estimuladas.
- Capacitar y actualizar al personal docente con el Manual de Estimulación para niños con Síndrome de Down identificando los ejercicios y procedimientos nuevos para desarrollar al máximo las diferentes áreas de los niños

### **PADRES DE FAMILIA**

- Estimular en los niños en las diferentes áreas: afectiva, cognitiva y psicomotriz utilizando el Manual de Estimulación Temprana para niños Síndrome de Down adaptado a cada caso.
- Al niño con Síndrome de Down se le debe estimular en cualquier momento que crea oportuno, fomentando la independencia en el niño de manera que al lograr los ejercicios propuestos este pueda realizarlos por su cuenta.
- Concientizar a la comunidad acerca de la importancia de la estimulación temprana, para un mejor desarrollo en los niños con Síndrome de Down
- .Para ser efectiva, la estimulación debe ser justa y precisa; no exigir en exceso a los niños ni intentar imponer una actividad cuando ellos no están dispuestos
- Reforzar los avances de los niños; intentar que repitan lo nuevo que han aprendido, y celebrar con abrazos y besos cada uno de sus logros

- Vestir siempre a los niños con ropa cómoda, de manera que puedan moverse libremente al realizar sus ejercicios.
- Nunca demostrar impaciencia cuando traten de realizar algo que no les resulta.
- El juego es una de las herramientas más eficaces para estimular las distintas áreas de desarrollo; a medida que el niño vaya interactuando con sus padres será más fácil captar las actividades que les divierten y los objetos que les atraen.

## **PROFESIONALES**

- Crear la implementación del Manual de Estimulación Temprana para niños con Síndrome de Down en las diferentes instalaciones del INFA a las cuales acuden los niños y niñas ya mencionados
- Generar interés en padres de niños con Síndrome de Down sobre la estimulación temprana y forma de aplicarla en sus hijos mediante charlas educativas.

Difundir los beneficios del Manual de Estimulación Temprana en niños con Síndrome de Down para generar interés en toda la comunidad la cual acoge esta institución.

## GLOSARIO

**Área Cognitiva:** El área cognitiva se refiere a las habilidades y capacidades de tipo conceptual.

**ADN:** es el material que contiene los genes y es considerado el pilar fundamental del cuerpo humano.

**Anomalías cromosómicas:** son defectos genéticos que generalmente se producen por desordenes y desbalances en los cromosomas del bebe.

**Actitud:** Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas.

**Afectivo:** En psicología se usa el término afectividad para designar la susceptibilidad que el ser humano experimenta ante determinadas alteraciones que se producen en el mundo real o en su propio yo con una o varias personas.

**Balbuceo:** es la pronunciación vacilante o entrecortada al hablar o al leer algún texto.

**Cognitivo:** Se encargan del estudio de la cognición, es decir, los procesos mentales implicados en el conocimiento.

**Conocimientos:** El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

**Cromosomas:** Son segmentos largos de ADN que se encuentran en el centro (núcleo) de las células.

**Dislalias:** son alteraciones en la articulación de algún o algunos fonemas bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos del habla o por la sustitución de estos por otros, de forma impropia, en personas que no muestran patologías del sistema nervioso central, ni en los órganos fonarticulatorios a nivel anatómico

**Disfemias:** es un trastorno de la comunicación (no un trastorno del lenguaje) que se caracteriza por interrupciones involuntarias del habla que se acompañan de tensión muscular en cara y cuello, miedo y estrés.

**Discapacidad psíquica:** Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta "trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes".

**Estimulación Temprana:** Es un grupo de técnicas para el desarrollo de las capacidades y habilidades de los niños en la primera infancia.

**Estímulo:** es una señal externa o interna capaz de provocar una reacción en una célula u organismo.

**Farfalleo:** Trastorno caracterizado por un ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, pero sin repeticiones o indecisiones, de una gravedad que da lugar a un deterioro en la comprensión del habla

**Genética:** Es el campo de la biología que busca comprender la herencia biológica que se transmite de generación en generación

**Hipotiroidismo:** Es un tipo de tirotoxicosis caracterizado por un trastorno metabólico en el que el exceso de función de la glándula tiroides conlleva una hipersecreción de hormonas tiroideas (tiroxina (T4) libre o de triyodotironina (T3) libre, o ambas) y niveles plasmáticos anormalmente elevados de dichas hormonas

**INFA:** Instituto De La Niñez Y La Familia

**Motricidad fina:** La motricidad fina hace referencia a movimientos voluntarios mucho más precisos, que implican pequeños grupos de músculos y que requieren una mayor coordinación. Se refiere a las prensiones o agarres que facilita actividades de precisión. Todo debidamente organizado y sincronizado previamente

**Motricidad gruesa:** La motricidad gruesa tiende en si a realizar movimientos drásticos e inestructurales, es decir, que se realiza con movimientos mediocres en sentido más primitivo del neurodesarrollo se involucran grupos musculares más grandes que implican mayor aplicación de fuerza, mayor velocidad y distancia de movimiento. Ejemplo, correr, saltar, empujar, arrojar ,etc

**Patologías:** La patología es la rama de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en los humanos.

**Plasticidad neuronal:** también denominada neuroplasticidad, plasticidad neural o plasticidad sináptica, es la propiedad que emerge de la naturaleza y funcionamiento de las neuronas cuando éstas establecen comunicación, y que modula la percepción de los estímulos con el medio, tanto los que entran como los que sale.

**Psicomotricidad:** es una disciplina que, basándose en una concepción integral del sujeto, se ocupa de la interacción que se establece entre el conocimiento, la emoción, el movimiento y de su mayor validez para el desarrollo de la persona, de su corporeidad, así como de su capacidad para expresarse y relacionarse en el mundo que lo envuelve.

**Práctica:** Ejercicio o prueba que se hace bajo la dirección de un profesor para conseguir habilidad o experiencia en una profesión o trabajo.

**Retraso mental:** significa que el funcionamiento intelectual es menor de lo normal con limitaciones del funcionamiento adaptativo.

**SD:** Síndrome De Down

**Síndrome de Down:** (SD) es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales (trisomía del par 21), caracterizado por la presencia de un grado variable de discapacidad cognitiva y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible

**Sistema endocrino:** llamado sistema de glándulas de secreción interna es el conjunto de órganos que segregan un tipo de sustancias llamadas hormonas, que son liberadas al torrente sanguíneo y regulan algunas de las funciones del cuerpo. Es un sistema de señales similar al del sistema nervioso, pero en este caso, en lugar de utilizar impulsos eléctricos a distancia, funciona exclusivamente por medio de sustancias (señales químicas)

**Taquilalia:** trastorno cuyas características consiste en hablar muy deprisa. Es una aceleración en la emisión de las palabras

**Técnica:** Procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos, que tienen como objetivo obtener un resultado determinado

**Trastorno genético:** es una condición patológica causada por una alteración del genoma. Esta puede ser hereditaria o no, si el gen alterado está presente en los gametos (óvulos y espermatozoides) será hereditaria (pasará de generación en generación), por el contrario si sólo afecta a las células somáticas, no será heredada

**Verborrea:** tendencia de quien habla demasiado o de quien para expresar poco utiliza muchas palabras

## **BIBLIOGRAFIA**

- ✓ Colectivo de Autores. Educación Preescolar Programas. MINED. Editora Pueblo y Educación .2008
- ✓ CULTURAL S.A., Estimulación Temprana, 2005: Inteligencia Emocional y Cognitiva, Tomo No. 1, Madrid España.2
- ✓ Martínez T.2006. Algunas reflexiones acerca de la integración y la formación de los docentes; en Educación Especial e Integración Escolar y Social en Cuba (I) Ediciones: Aljibe
- ✓ Peña N de la. Algunos índices de desarrollo alcanzados por los niños que asisten al Círculo Infantil Zunzún. Ponencia. Congreso Internacional "Pedagogía 90". Cuba. 2005
- ✓ Fidler DJ, Hepburn S, Rogers S. Early learning and adaptive behaviour in toddlers with Down syndrome: evidence for an emerging behavioral phenotype? Human Development and Family Studies, Colorado State University, USA. Downs Syndr Res Pract. 2006;9(3):37-44.
- ✓ CULTURAL S.A., Estimulación Temprana, 2005: Inteligencia Emocional y Cognitiva, Tomo No. 3, Madrid España.

## **LINCOGRAFIA**

- ✓ <http://www.asnimo.com/sindrome.html> ASNIMO (Asociación Síndrome de Down de Baleares)
- ✓ <http://www.monografias.com/trabajos7/down/down.shtml>  
[http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id\\_articulo=173](http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=173)



## ANEXOS

### ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MADRES DE FAMILIA QUE ACUDEN CON NIÑOS CON SINDROME DE DOWN AL INNFA ASOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE ELLAS POSEEN SOBRE LA ESTIMULACION TEMPRANA.

Buenos días somos internas Rotativa de Enfermería (IRE) de la Universidad Tecnica Del Norte estamos realizando el trabajo de investigacion cuyo tema es **CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS QUE POSEEN LAS MADRES SOBRE ESTIMULACION TEMPRANA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON SINDROME DE DOWN**. La recopilacion de esta infoirmación va a permitir proponer acciones de fortalecimiento en el área cognoscitiva de los niños.

#### 1. CONOCE USTED QUE ES LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

SI

NO

#### 2. EL SIMDROME DE DOWN ES:

- Es un conjunto de meios tecnicos y actividades con base cientifica y aplicada.
- Es uan anomalia en la que un eexceso de material genetico provaca alteraciones en el desarro del niño.
- Es una enmfermedad que tiene cura

#### 3. LA SETIMULACION TEMPRANA EN NIÑOS CON SINDROEM DE DOWN DE DEBEN APLICAR:

- a) Padres y Maestros
- b) Psicólogos
- c) Doctores
- d) Padres

4. LA ESTIMULACION TEMPRANA DEBE ABARCAR EL ÁREA:

- a) Afectiva
- b) Cognitiva
- c) Psicomotriz
- d) Todas las anteriores

5. LA ESTIMULACION TEMPRANA TIENE BENEFICIOS PARA:

- a) Maestros
- b) Familia
- c) Niños con síndrome de down
- d) Todas las anteriores

6. LA ESTIMULACION TEMPRANA BENEFICIA LA ESTIMULACION DE PADRES E HIJOS.

SI

NO

7. ES IMPORTANTE INFORMAR A LOS PADRES SOBRE LA FORMA DE ESTIMULAR A SUS HIJOS CON SINDROME DE DOWN

SI

NO

Porque.....  
.....  
.....

8. CUANDO SE DIO CUENTA QUE SU NIÑO TIENE SINDROME DE DOWN.....  
.....

.....  
.....  
9. LOS PADRES PUEDEN ESTIMULAR A DU HIJO CON  
SINDROME DE DOWN DESDES EL NACIMIENTO.

SI

NO

GRACIAS POR SU COLABORACION

## FOTOS

### Instalaciones del INFA



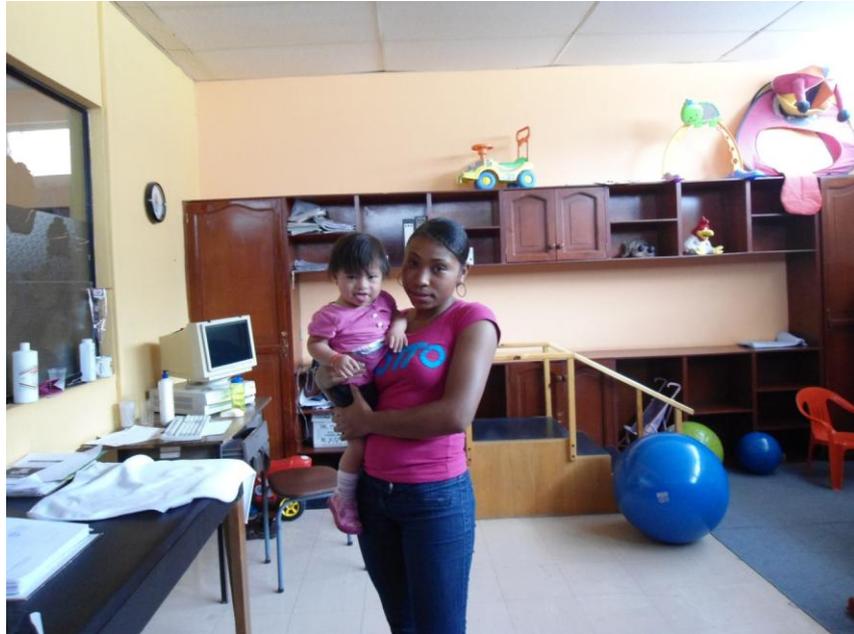
## Levantamiento de la encuesta







## Socialización con los niños con SD



## Area de rehabilitación



## La madre y su hija

