

5
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA

**ESTUDIO PILOTO DE UN PROGRAMA DE
INTERVENCION PARA PADRES DE FAMILIA CON
NIÑOS CON SINDROME DOWN.**

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n :

CABALLERO LUNA LEONARDO

PATIÑO OCHOA AMALIA

RODRIGUEZ RAMIREZ RITA EUGENIA



México, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
Introducción	1
Fundamentación Teórica.	
Aspectos Generales del Síndrome Down.	
I. Evolución Histórica del Concepto.	7
II. Etiología	8
III. Características Físicas	19
IV. Características Psicológicas	23
V. Aspectos Familiares.	25
Método	
I. Planteamiento del Problema.	33
II. Sujetos	34
III. Escenario	36
IV. Materiales.	37
V. Variables.	38
VI. Procedimiento.	
Fase I.	39
Fase II.	41
Fase III.	43
Resultados.	45

	Página
Discusión	61
Conclusiones y Alternativas	69
Anexos	
Anexo A. Pretest	74
Anexo B. Inventario Conductual.	86
Anexo C. Contenido del Programa de Interven- ción.	105
Anexo D. Postest	110
Anexo E. Resultados del Inventario Conduc- tual.	118
Referencias	141

INTRODUCCION

Este trabajo de tesis se ubica prioritariamente en la descripción científica de la Psicología Educativa y específicamente en el área programática del Síndrome Down. La cual ha causado gran interés en sus estudios, se ha ahondado sobre su etiología, características (físicas y psicológicas) y sobre el desarrollo de estas personas; y aún cuando estos estudios señalan la importancia de la familia en relación a la persona Down, existen pocas investigaciones sobre este aspecto. Quizá una de las causas de esta situación sea que el interés profesional se ha centrado durante largo tiempo en investigaciones que se han dirigido al sujeto Down; en sus sentimientos problemas y necesidades y por lo mismo no han sabido ver al síndrome Down como un acontecimiento social en el contexto familiar y la comunidad en que ocurre. Dentro de este trabajo de tesis nos hemos fijado tanto en la persona Down como en sus padres y demás familiares.

El hecho es sin embargo que, como intentamos demostrar en este trabajo de tesis, que el significado que tiene la familia en relación al Síndrome Down es trascendental para el desarrollo de estas personas y aún cuando encontramos algunas limitaciones, esperamos haber arrojado al menos alguna luz sobre los problemas que enfrenta la familia.

Generalmente en todas las investigaciones realizadas - se habla o toma en cuenta al sujeto Down como factor importante excluyendo casi en su totalidad a la familia.

Se advierte que los autores de tales informes no han - considerado realmente a la familia como un grupo unitario, - puesto que de otro modo habrían tenido en cuenta a los demás - familiares.

En nuestra cultura se empieza a poner una gran aten- - ción en el Síndrome Down, y la comunidad le presta cada vez - más servicios especializados, aunque todavía limitados; en Mé- xico a través de la creación de nuevas instituciones públicas, centros de información para el deficiente y despachos y/o es- cuelas particulares; aun cuando estos se encuentran limitados- debido al escaso fondo financiero y técnico, como el caso de - CTEUCA y la Confederación Mexicana del Deficiente Mental y al- gunas otras instituciones. En su casa, el tiempo y la aten- - ción suplementarias que el niño requiere pueden agobiar a las familias, especialmente a la madre y a perturbar seriamente - las actividades familiares.

Todos los padres pasan por etapas de desorientación - acerca de como educar a su hijo; ya sea desde el nacimiento o- varios años después. Surgen preguntas como ¿Lo estamos educan

do bien? ¿Qué puedo hacer para ayudarlo? ¿Es malo pegarle o castigarlo?, y un sin número de preguntas y pensamientos que tiene en el transcurso del desarrollo de su hijo. Algunas de estas preguntas (la mayoría) se responden o se solucionan a través de la lógica de la vida cotidiana; pero cuando surgen conductas radicales de agresión, pasividad, falta de capacidad escolar o problemas emocionales en el niño, el padre tiene que acudir a un especialista para superar estos problemas. ¿Qué pasa cuando un hijo de familia presenta el Síndrome Down?

De una de las referencias en las cuales basamos este trabajo de tesis (ver capítulo de marco teórico), es la de López F. y Sylvia G.E. (1980), que señala:

"Que al nacimiento de un niño Down el ambiente se vuelve o se torna depresivo y lleno de tensiones provocando desajustes en el matrimonio e incluso la desintegración familiar; el desconocimiento y la falta de orientación profesional adecuada para afrontar la situación deriva diversos comportamientos; desde un rechazo hasta una sobreprotección impidiendo el desenvolvimiento de la persona Down, dando por resultado una persona dependiente, agresivo e introvertido y antisocial. En cambio la familia que supera esta crisis, bus

cando la información y orientación de manera especial podrá hacer de esta persona un ser adaptable, independiente y socialmente productivo, tanto para la familia como para la sociedad en que vive.

En este trabajo de tesis tratamos de demostrar lo fundamental de la participación y la ayuda de los padres en la educación de las personas Down.

Retomando este punto la investigación realizada abarca el área mas descuidada cuando se trata al Síndrome Down, los padres de familia; de los cuales se espera que eduquen a su hijo de la manera más adecuada integrandolo a la sociedad. Pero ¿Cómo realizaran esta labor si es característico que los padres que atraviesan esta crisis reaccionan ante los acontecimientos a un nivel empírico sin tomar plena conciencia de lo que hacen y sin darse cuenta de como resulta afectada toda la familia?.- Muchos padres ignoran los hechos más elementales del Síndrome y no saben a quien acudir para obtener ayuda, y apoyo cuando lo necesitan. Aún más la familia se encuentra más aislada dentro de la comunidad a causa de la actitud de la gente en general.

Creemos que estos conflictos y algunos otros problemas

que se le presentan a los padres en el manejo de una persona - Down, se debe a que se desconoce la forma más adecuada de intervención en su desarrollo para proporcionarle la estimulación adecuada, seguridad, etc; necesaria para que puedan aprender más fácilmente adaptándose a su medio ya que se ha visto - que los niños con este diagnóstico aunque presentan retardo - mental tendrán un desarrollo que dependerá de la estimulación - que recibe y del afecto con que se les trata, considerando importante que los padres reciban orientaciones, no solo con respecto al diagnóstico médico sino también a aspectos como: El - desarrollo de estos niños y los posibles medios de estimulación de aspectos educativos; esto está respaldado por los estudios realizados por Tizard (1960) en un grupo de niños con este diagnóstico y que fueron atendidos como "familia" en una casa, comparándolos con un grupo de institución tradicional; de mostrando un mejor comportamiento social y emocional, en su independencia personal y en su inteligencia verbal.

El camino que se ha seguido es ofrecerles a los padres la información que se considera óptima en cuanto a Etiología, - Desarrollo y Técnicas de estimulación, que den apoyo para la - relación afectiva del niño con su familia y entre los integrantes de la familia a través de un programa derivado de las necesidades de los padres; el contenido de este programa se obtuvo de una encuesta que se aplico a todos los padres que asis--

tfan a CTEDUCA. De esta encuesta obtuvimos las características generales de la población que podía tomar este programa. - El programa tenía como finalidad que los padres enunciaran en forma escrita u oral la disminución y/o eliminación de conductas inadecuadas como la agresión física, la desesperación, el rechazo, etc. ante su hijo y con ellos permitirles ver que - existen caminos más adecuados para incrementar el desarrollo - de su hijo.

FUNDAMENTACION TEORICA

ASPECTOS GENERALES DEL SINDROME DOWN

I. EVOLUCION HISTORICA DEL CONCEPTO.

Según (1846), describió con el nombre de "Idiocia Furfuracea" o "Cretinismo Furfuraceo", lo que hoy conocemos como Trisomía 21. Veinte años después en 1866 John Langdon Down, en Inglaterra describe este síndrome como una entidad clínica denominada como "Mongolismo". Actualmente se piensa que esta denominación además de inadecuada sólo consagra un error histórico y etiológico, motivo por el cual debe considerarse su desuso.

En 1876 Frazer y Mitchell describen que las personas con Síndrome Down tienden a nacer al final de un gran número de hijos, mientras que en 1909 Suttleworth apunta que podría ser el resultado de la edad de la madre.

En 1933 Penrose demostró que existía realmente una relación entre la edad de la madre y el Síndrome Down, independientemente del número de hijos que ella había tenido.

En 1959 Lejeune y cols. en París demostraron al estu--

diar nueve niños Down, que esta alteración era causada por un cromosoma-numerario acrocéntrico en el grupo G y tentativamente lo catalogaron como el número 21.

Allen y colabs. (1961), proponen el nombre de "Síndrome de Langdon Down" en honor al médico británico, actualmente esta denominación ha sido abreviada por el "Síndrome Down". También se le denomina "Trisomía 21" debido al descubrimiento de Lejeune.

Lumnis y colbs. recientemente han propuesto el término de "Trisomía G", pues dudan de cual sea el cromosoma presente por triplicado, si el del par 21 o el par 22.

Sin embargo en la actualidad se acepta como responsable de este trastorno a la trisomía del par 21.

II. ETIOLOGIA.

A raíz de la descripción hecha por Langdon Down en 1866, el interés por el Síndrome Down, creció. Un gran número de estudiosos canalizaron su energía hacia el descubrimiento del origen de este problema. Así es como a la fecha se cuenta con un gran número de hipótesis para explicar el fenómeno. Hipótesis que van desde la concepción del S.D. como un retroce

so en la escala de la evolución (1), hasta aquellas que aventuran una correlación entre la edad de la madre y la sobrecarga emocional (2); o las que lo atribuyen al aumento de industrialización en el medio (1).

Actualmente se sabe que la causa de este síndrome es un cromosoma extra. Este cromosoma que se encuentra triplicado pertenece al grupo G, par número 21 de la clasificación de Denyer y es el responsable de las características físicas y mentales del Síndrome. (Figs. 1 y 2).

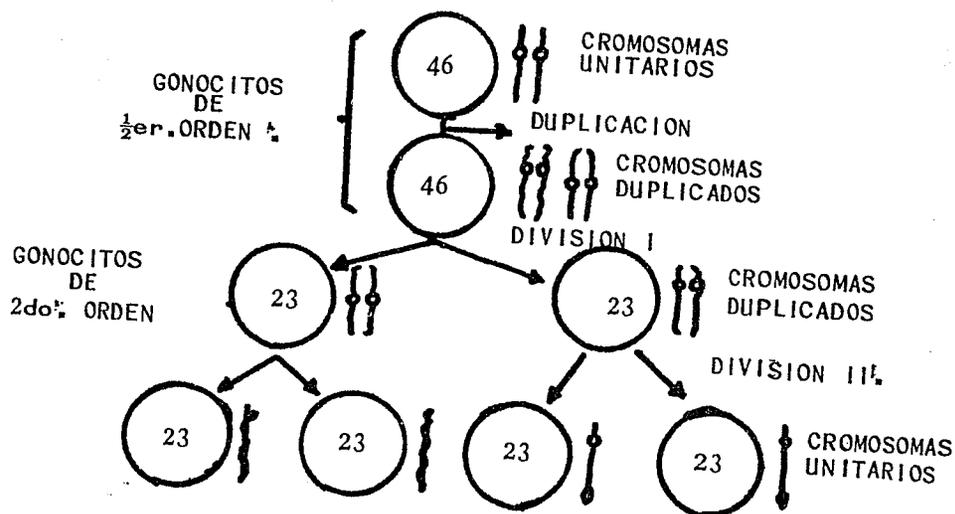


Fig. 1. Meiosis Normal Tomado de Carnevale, S. (12)

Cuando esta trisomía es clasificada mediante el cariotipo encontramos tres formas de no-disyunción:

- a) Trisomía 21 o regular (Fig. 3)
- b) Mosaicismo (Fig. 4)
- c) Translocación (Fig. 5)

En el caso de la Trisomía 21, mediante la no-disyunción en la ovogénesis, se dan tres tipos de gameto, uno normal, uno con dos cromosomas 21 y uno sin cromosoma, que se aborta. Al ser fecundados el gameto que tiene un par, produce un cigoto con 47 cromosomas que es el causante del cuadro clínico del Síndrome Down.

El porcentaje de Trisomía regular es de 93 cada 100 casos.

La no-disyunción puede ocurrir durante la mitosis después de la formación de un cigoto normal con sus 46 cromosomas y así, se dan en un solo individuo células normales y células trisómicas que se siguen reproduciendo. Este fenómeno da lugar a un mosaico en donde la cantidad de células normales explica, en algunos sujetos el fenotipo diferente del cuadro clínico del niño con síndrome Down por trisomía regular. Esta alteración se da en 2 de cada 100 casos: y se sugiere observar-

retrospectivamente la exposición de la madre a radiaciones ionizantes, enfermedades infecciosas, etc. como posible causantes de esta alteración en los cromosomas.

Cuando un brazo largo de un cromosoma acrocéntrico, - por lo general del grupo D o G, se funde con el brazo de otro acrocéntrico se da una translocación que produce cuatro tipos diferentes de gametos; a) uno normal si recibe los dos cromosomas normales, b) Si recibe el cromosoma translocado, su fecundación producirá un individuo portador de una translocación balanceada y fenotípicamente normal, c) cuando el gameto solo contiene el homólogo 21 será una monosomía que culmine en aborto, y d) cuando el gameto contiene el homólogo 21 y el cromosoma translocado, provoca un niño Down con cariotipo normal de los padres ya que este accidente ocurre durante la meiosis. - La trisomía por translocación ocurre en 3 de cada 100 casos.

CARIOTIPO DE UNA NIÑA NORMAL

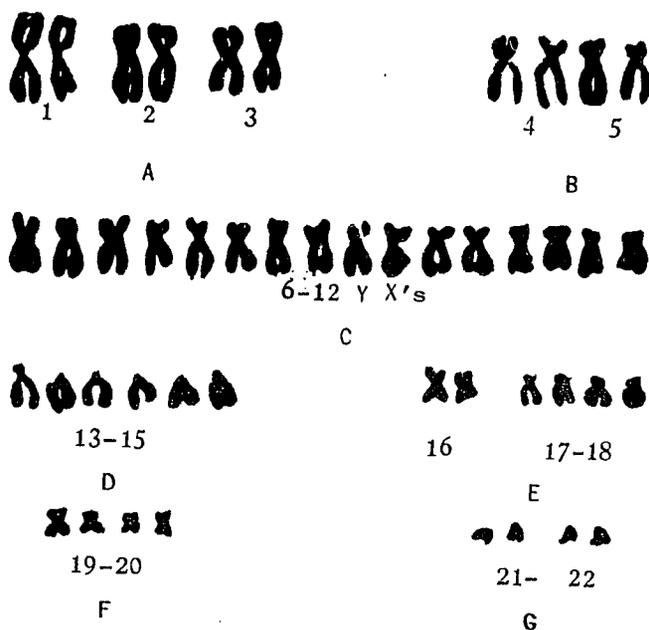


Fig.2. Cariotipo de una niña normal. Se fotografían los cromosomas de una célula justamente antes de su división. Se ordenan según su forma y tamaño y se agrupan por letras. Los heterocromosomas o cromosomas sexuales están en el extremo derecho del grupo C. Por tratarse de una niña son dos cromosomas X. Se cuentan 46 cromosomas y se observa que el par 21 está en el grupo G. (Tomado de Smith y Wilson, (3)).

CARIOTIPO DE NIÑA
SINDROME DE DOWN

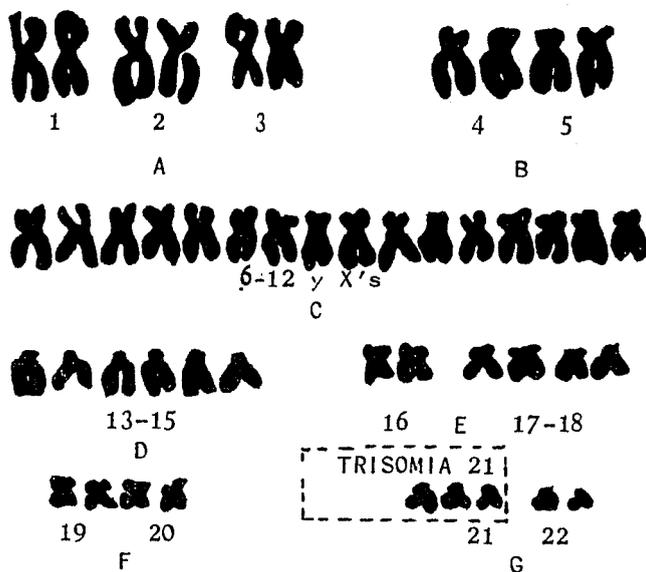


Fig. 3. Cariotipo de una niña con Síndrome de Down , en donde es perfectamente notorio el hecho de que en el par 21 del grupo G existen 3 cromosomas y no 2 - como es lo normal . El lector minucioso contará 47 - cromosomas incluyendo los dos X , puesto de que se - trata de una niña . (Tomado de Smith y Wilson , (3) .

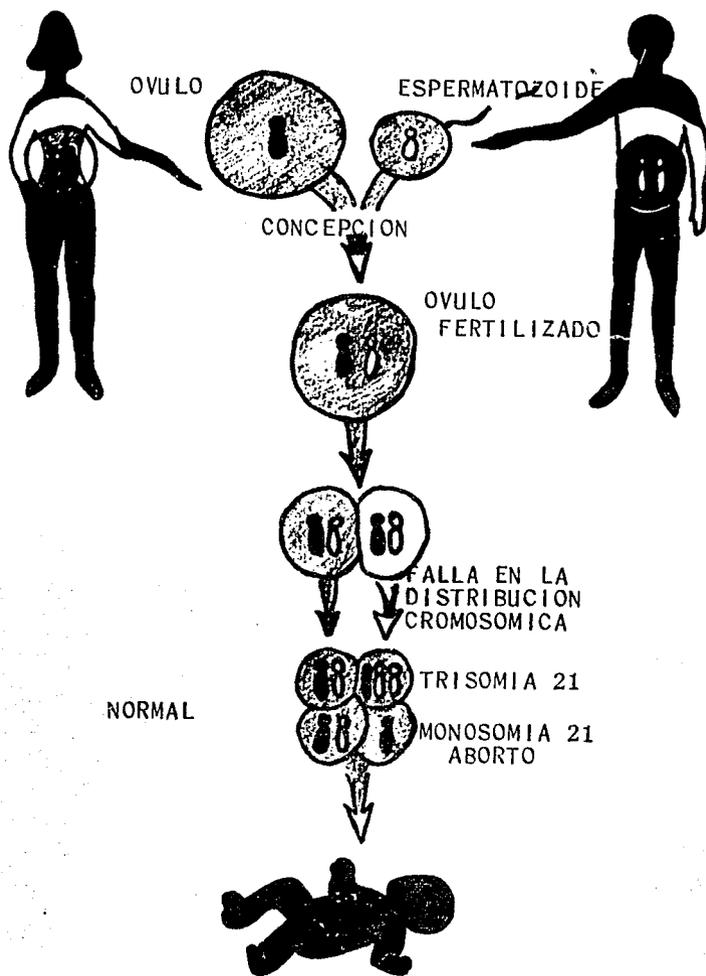


Fig. 4. Se aprecia la no-disyunción que conduce al nacimiento de un bebé Mosaico. (Tomado de Smith y Wilson , (3)).

CARIOTIPO DE UN NIÑO CON SINDROME DE DOWN

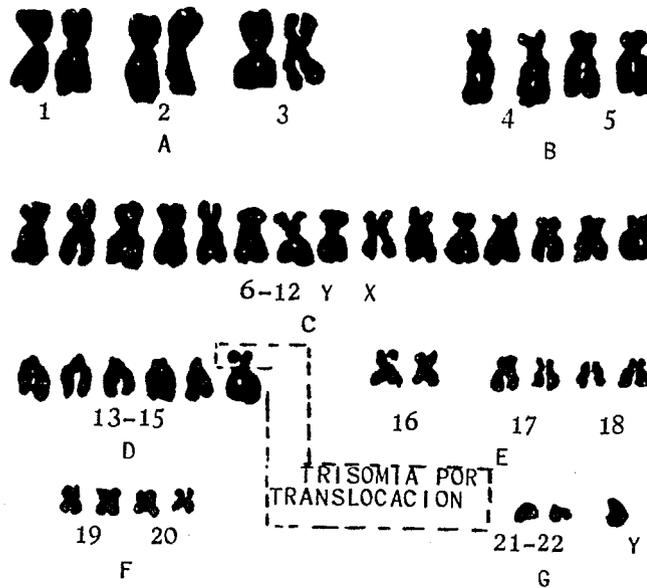


Fig. 5. Cariotipo de un niño con Síndrome de Down debido a la translocación del brazo largo de uno de los cromosomas del par 15 en el grupo D. En este caso hay 46 cromosomas y ese solo brazo es el responsable del cuadro clínico del Síndrome. Aquí se aprecian un cromosoma X y un Y puesto que se trata de un niño. (Tomador de Smith y Wilson (3).

Edad de la Madre

Como un factor muy importante tomado en cuenta en la etiología del Síndrome Down, esta la edad de la madre. En 1895 Shuttlerworth observa por lo menos la mitad de los pacientes eran los nacidos en los últimos lugares de las familias numerosas, él lo atribuye a un producto de "agotamiento" o sea la edad de la madre tenía influencia desfavorable sobre los hijos.

Debido a las observaciones de Shuttlerworth, otros autores se interesaron por el efecto de la edad materna relacionada con el Síndrome Down, coincidiendo en la importante influencia que ejerce sobre la aparición de niños con Síndrome Down, que se observa con mayor frecuencia entre los hijos y abortos prematuros de madres que conciben entre los 30 y los 45 años de edad.

A continuación se muestra el cuadro No. 2 en el cual se muestra una investigación realizada en niños recién nacidos, hijos de madres de diversas edades, efectuadas en Columbia Británica y Japón.

Como vemos la tabla muestra la distribución por edad de las madres para todos los niños nacidos vivos. Las ligeras

diferencias entre las diversas series se deben quizá a cifras pequeñas o material de comparación inadecuado.

El Comité de Salud Pública del Círculo Down, realizó una recopilación acerca del riesgo de prole con Síndrome Down, según la edad de la madre. (Cuadro 1)

EDAD DE LA MADRE	RIESGOS APROXIMADOS
Menos de 29 años	1 / 3000
De 30 a 34 años	1 / 600
De 35 a 39 años	1 / 280
De 40 a 44 años	1 / 170
De 45 a 49 años	1 / 40
Media en madres de todas las edades	1 / 665

Cuadro No. 1. Riesgo de prole de S.D. según la edad de la madre. Datos colectivos por el Comité de Salud Pública del Círculo Down.

La proporción de niños recién nacidos con Síndrome -
 Down de diversas edades, con relación a la edad de la madre -
 fue calculada en Dinamarca por Oster (1956) y en Inglaterra -
 por Carter y Mc. Carthy (1951).

EDAD DE LA MADRE	DINAMARCA	INGLATERRA
15 - 19 años	0.06	0.00
20 - 21 años	0.07	0.03
25 - 29 años	0.07	0.03
30 - 34 años	0.11	0.17
35 - 39 años	0.36	0.35
40 - 44 años	1.03	1.42
45 - 49 años	1.78	2.63

Cuadro No. 2. Porcentaje de Síndrome Down entre
 los nacidos en relación con la edad de la madre.

III. CARACTERISTICAS FISICAS

. Tono muscular; tiene bajo tono muscular (hipotonía).

. El craneo no presenta ningún rasgo particular. Conforme pasa el tiempo se va haciendo notoria una braquicefalia.

. La nariz es pequeña. Estos pacientes presentan infecciones respiratorias frecuentes, el niño es más susceptible a estos trastornos en las porciones altas del aparato respiratorio. Carecen con frecuencia del tabique nasal.

. El cuello es ancho y corto, parece que con los hombros formará una "túnica ranglan". Apariencia que se acentúa con el aplaneamiento del occipucio. Dutton (1959) usando lo que el llamo "cociente del esqueleto" para un grupo de niños Down, encontró que la estatura es marcadamente reducida, pero el desarrollo del esqueleto es normal (1).

Pozsony (1964) reporta, en un estudio que realizo entre las dos semanas y los 15 años, que el desarrollo es tan lento que parece estancado hasta los 8 años, de ahí en adelante parece normal.

. Su talla corporal es marcadamente reducida. Lo mismo -

que el tronco el cual comparado con las extremidades es muy -
pequeño.

. Los ojos son oblicuos hacia fuera y hacia arriba. La -
mayoría de los informes mencionan un pliegue epicántico de la -
piel, que es un pliegue descendente desde el párpado superior -
hasta el puente nasal cubriendo parcialmente la mácula lagri--
mal.

. El oído externo puede ser pequeño y se implantan por -
debajo de lo normal.

. La boca. Aunque la lengua es de tamaño normal, la bo-
ca es más pequeña y el paladar corto, siendo por esta razón y
por la hipotonía generalizada que la lengua tiende a emerger -
a menudo y tal vez como resultado de un excesivo contacto con
el aire se reseca y se agrieta, por cuyo motivo ha sido denomi-
nada lengua escrotal. Los labios están resacos y fisurados, y
en niños mayores y en adultos el labio inferior puede conver-
tirse en grande y colgante.

. Los dientes son más pequeños y en algunas ocasiones es-
tán anormalmente implantados. Algunas veces faltan una o más -
piezas dentarias. Parecen particularmente resistentes a la ca-
ries dental, ya que su patrón de emergencia es anormal.

. Las manos. A menudo son pequeñas y anchas con los dedos relativamente cortos. La hipotonía es especialmente notable en la mano, en la que se aprecia una particular sensación de flojedad. Presentan las palmas la línea transversal mal llamada "línea simiana" o "pliegue de los cuatro dedos", que se extiende desde el borde radical al borde cubital de la palma de la mano. Los dedos son cortos y gruesos, carecen de una falange en el dedo meñique y este puede ser arqueado y corto.

. Los pies son cortos y anchos con un arco insignificante.

. La piel, puede tener una apariencia manchada y volverse un tanto seca a medida que el niño crece.

. El pelo tiende a ser escaso y lacio.

. Los genitales masculinos a menudo son anormales ya que pueden existir testículos que no han descendido y un pene muy delgado. La pubertad llega muy retrasada y en los varones parece que la regla es el hipogonadismo con la consecuente esterilidad. Los genitales femeninos muestran gran desarrollo de los labios mayores pero los menores son insignificantes. La pubertad y la menarquía aparecen en la mayoría de los casos con mucho retraso y generalmente hay dismenorrea con pronta aparición de la menopausia.

Malformaciones.

Aproximadamente un 15% de los niños con Síndrome Down, tienen algunos problemas físicos que son responsables de todas las alteraciones en el desarrollo. Los efectos del desequilibrio genético pueden ser más severas en un niño que en otro. - Algunas de las alteraciones que más comunmente se presentan - son;

. Susceptibilidad a las infecciones. Especialmente los niños más pequeños son los que a menudo tiene una resistencia disminuida a las infecciones en el pulmón (neumonía) o en el intestino (gastroenteritis).

. Aparato respiratorio, la mucosa nasal es muy delgada y presenta con frecuencia descargas de moco. El sistema respiratorio en general es muy susceptible de sufrir infecciones. El foco principal son los senos nasales que se desarrollan subnormalmente. Estas infecciones no han llegado a constituirse en la causa más frecuente de deceso, sobre todo en los niños más pequeños.

. Aparato digestivo, se caracteriza por problemas de tránsito a nivel duodenal. Se reporta que casi una tercera parte de los casos operados con estenosis duodenal son niños con Síndrome Down.

. Sistema circulatorio. El nivel de hemoglobina se encuentra por debajo de lo normal. Sufren padecimientos leucemicos, con frecuencia tres veces mayor que la población normal.

. Problemas visuales. Son relativamente comunes y de severidad variable. Los más comunes son simples errores en la refracción como la miopía, que se corrige con anteojos. Después de algunos años pueden observarse opacidades del cristalino (cataratas), pero rara vez se encuentran desde el momento del nacimiento. A menudo hay tendencia al estrabismo por la falta de desarrollo de la coordinación ocular. El estrabismo se corrige espontáneamente a medida que pasa el tiempo, aun cuando esto último ocurre con poca frecuencia.

. La epilepsia se presenta con ellos con una frecuencia tres veces mayor que en la población general (1).

IV. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS.

Se ha observado que los bebés con Síndrome Down reaccionan antes a las señales auditivas y táctiles que a cualquier otro tipo de estimulación. Esta reacción consiste en esbozar una sonrisa, mientras que en los niños normales la respuesta es una risa francamente abierta (5).

Berkson (6) encontró que los tiempos de reacción son mayores en grupos de personas Down que en grupos con otros tipos de deficiencias. Hermelin y O'Connor (7) encontraron que la ejecución de tareas que solo implican percepción.

Utilizando la escala de Desarrollo Infantil de Bayley-Carr (32) encontró que en los dos primeros años de vida obtienen puntajes más bajos en la escala motora que en la mental. A los 3 - 4 años los puntajes se vierten.

Bilovski y Shara (8) concluyen su estudio afirmando que los niños Down ejecutan mejor las tareas auditivo-motoras que tareas auditivo-vocales. Estos datos se relacionan con una serie de estudios realizados para mejorar la comprensión de los problemas del lenguaje del niño con Síndrome Down.

En cuanto a los procesos sensoriales, los niños Down son hipersensibles a los extremos de calor y frío, quizá debido a una pobre circulación o a un sistema regulador de temperatura defectuoso. Se ha reportado que fallan en lo referente a discriminaciones cinestésicas, estereognósticas y táctiles. El olfato se ha estudiado poco debido al catarro crónico que padecen.

Respecto a su personalidad, se describe a las perso--

nas Down como receptivas, llenas de afecto, obstinadas, imitativas, adaptables, extrovertidas, juguetonas y afables.

Bink y Grunling (9), afirman que las personas Down son especialmente sociables y maduras, más afectuosas y comunicativas que otras personas retardadas.

López Faudoa (10) opina que el niño Dow expresa e impone sus preferencias de manera muy definida. Haciendo que se les califique como obstinados.

Y. ASPECTOS FAMILIARES.

Se ha visto que para los padres de niños con Síndrome Down se presentan dos alternativas; cuidar al niño en su casa o institucionalizarlo. Oster y Vaner Tempel (4), en un estudio que duro 21 años muestran estadísticas.

En 1949 un 47% de los niños Down estaban institucionalizados en 1959 el porcentaje era de 58 y en 1971 se habían incrementado hasta el 63%. Las principales razones aducidas para la institucionalización eran: muerte de alguno de los padres, molestia o incapacidad de los hermanos para tenerlo consigo y consejo del médico.

Algunos de los papas cuyo niño estaba institucionalizado sentían que no habían alcanzado ningún logro, mientras que los que tenían al niño consigo, rara vez pensaban así; antes bien ellos consideraban que su decisión era la más acertada.

Los autores encuentran que, de las 372 familias que componían, la muestra el divorcio se dio en 25 parejas; 20 de las cuales habían institucionalizado al niño. Ellos opinan que esto se debe a un sentimiento de soledad que provoca el pequeño estando en casa.

Contrariando estos resultados, Gath (11), encontró que en su muestra de 30 familias 9 de las del grupo experimental, es decir que tenían un niño Down, se presenta una severa ruptura en la relación matrimonial; mientras que en el grupo control esto no pasó. En el aspecto de hermanos, Oster y Yander Templ, en el ya citado estudio aparece el hermano Down como obstáculo para establecer contactos sociales y reduce su campo de actividades.

López Faudoa (10), califica la actitud de los padres como sigue: Rechazo como manifestación de impotencia, y sobreprotección porque ese hijo es un castigo mágico-religioso por alguna falta.

Aún cuando se conoce una serie de informaciones y da--

tos, como los que hemos presentado, acerca de la familia y la persona Down, debemos de tomar en cuenta que todavfa no es completa y carecemos de ella.

También es necesario señalar que el entrenamiento a padres es una de las áreas de mayor reto en la investigación aplicada actual, esto es, el investigador encuentra una serie de dificultades al intentar manipular y controlar una diversidad de variables que interactúan y que influyen en las conductas de los padres e hijos en un ambiente natural.

Muchos padres han participado en una variedad de programas; eliminando conductas de interacción social específica entre las que figuran: negativismo (Russo 1964), conductas de oposición (Whaler 1968), conducta agresiva (O'leary K.D., O'leary S y Becker W.C. 1967) (G.R. Patterson G.J.B. Reide 1973), etc.

Berkowitz y Graziano (1972) han elaborado una revisión de treinta y cuatro artículos sobre entrenamiento a padres en el período comprendido entre 1959 y 1971; los temas variaban desde ligeros problemas de conducta hasta casos psicóticos, incluyendo retardo. La edad de los niños variaba entre los 15 meses hasta los 14 años. En casi todos los artículos las madres fueron las entrenadas y el entrenamiento consistió prin

principalmente en un adecuado manejo de contingencias. Los programas en casa se dirigieron a la reducción de conducta mal adaptada agresiva e hiperactiva. Se utilizaron una variedad de métodos de entrenamiento y de equipo en forma combinada. Los padres fueron entrenados de manera individual o de grupo a través de lecturas supervisadas, programación de materiales, grupos de discusión, modelamiento y asesoría directa. El equipo utilizado consistió en vide-cintas, señales con la mano sonido y luces.

Los programas de entrenamiento a padres se podría clasificar de diversas maneras, dependiendo del número de variables a utilizar, de observar la conducta del padre ante el niño o bien de evaluar o no la estrategia de intervención en forma objetiva de la metodología utilizada etc.

Boyd, Stauber y Bluma (1977), han realizado una clasificación acerca de los programas de entrenamiento basándose en la metodología utilizada; los han agrupado en cuatro categorías:

- . Didácticos.
- . Didácticos con intervención directa.
- . De intervención análoga.
- . De intervención directa.

Dentro de este trabajo de tesis utilizamos el tipo de programa Didáctico; en donde la instrucción se lleva a cabo en situaciones de clase estructuradas y se dirige a un grupo de padres con el objeto de que adquieran un conocimiento apropiado sobre los procedimientos de manejo y tratamiento del niño.

El objetivo principal de este tipo de entrenamiento ha sido por lo general, ejecutar cambios en la conducta verbal de los padres y en ocasiones ver si estos cambios se generalizan a otras situaciones.

Algunos ejemplos encontrados dentro de la bibliografía especializada en la investigación aplicada acerca de los programas de entrenamiento a padres son los siguientes:

Haryey, Sepler y Myer (1978) quienes utilizaron un entrenamiento basado en lecturas para la enseñanza de la modificación de conducta, encontrando que el entrenamiento fue efectivo para mejorar la habilidad verbal de los padres pero sin que se encontrará por esto una mejoría en la habilidad para la aplicación de los principios enseñados.

Koegel Glahan y Niemin (1978), quienes entrenaron a padres por medio de modelamiento, reforzamiento e instrucciones, con el objeto de que éstos entrenaran a sus hijos en la adqui

sición de nuevas conductas, observando que en un grupo, una breve demostración del manejo de los principios producía una generalización inmediata sobre objetivos específicos de enseñanza. En el otro grupo se observó que utilizando material programado, video-cintas y aprendizaje observacional para la enseñanza de los principios de la conducta, se logra que los padres sean capaces de entrenar nuevas conductas en sus hijos.

Otra investigación interesante y de gran relación con el presente trabajo fue el realizado por Hanson (1977) de la Universidad de Oregon, en la cual se compararon dos grupos de niños con Síndrome Down en un grupo los padres fueron entrenados (utilizando un paquete de variables) para llevar a cabo la utilización del programa, en el otro grupo de niños con S.D. los padres no participaron en el entrenamiento en forma directa.

Los datos obtenidos a lo largo de 65 meses indicaron que, los objetivos desarrollados alcanzados por el primer grupo se acercaron a la escala de desarrollo de los "niños normales", a diferencia del segundo grupo que permaneció sin ningún entrenamiento, y se alejó en gran medida, de la medida obtenida por los niños normales.

Kazdin menciona algunos puntos que es necesario tomar-

en cuenta para tener mayores posibilidades de éxito en la generalización y mantenimiento de las conductas establecidas en un determinado programa; entre las que menciona, están; la utilización de reforzadores que ocurren en el medio natural del sujeto (Whaler 1969), entrenamiento a personas que constituyen el ambiente social del sujeto, eliminación gradual o desvanecimiento de las contingencias (Pearson y Col. 1974), entrenamiento al sujeto en las diferentes condiciones ambientales (Lovaas, Roegel, Simons y Long 1973), etc.

El reconocimiento de la parte importante que tienen los padres en el desarrollo conductual (o de la personalidad) del niño, los diversos organismos que trabajan con los problemas conductuales del niño, han utilizado con frecuencia técnicas cuya meta es modificar las relaciones entre los padres e hijos.

Patterson, Mc Neal, Hawkins y Phelps (1967) presentan la hipótesis de que al modificador de conducta debe concentrar sus esfuerzos en alterar el ambiente social en el que vive el niño, en vez de concentrarlo en el desvalido.

Bofger (1960) indica que el modelo de adiestramiento para madres, debe enfatizar a la madre como profesora y abogar por la creencia de que los padres constituyen la fuerza más po

derosa en la determinación de la competencia última de sus descendientes.

Tomando en cuenta las experiencias de todas estas investigaciones señaladas en este trabajo de tesis y en algunas otras; algunos de los investigadores mexicanos han realizado trabajos alrededor de la familia (fundamentalmente los padres) y las personas Down.

Como es el caso de Sahagun R. Virginia quien realiza un programa de entrenamiento a padres dentro de la institución, teniendo como objetivo general que las madres utilizarían adecuadamente un programa de desarrollo y las técnicas conductuales proporcionadas para el logro de los objetivos del programa de desarrollo de su hijo. Y cuyos datos arrojados demuestran la necesidad de que existan programas de entrenamiento para los padres que les permitan ayudar en una forma más adecuada al desarrollo de su hijo.

METODO

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Creemos que los problemas a los que se enfrentan los padres de niños con Síndrome Down, se debe a que ellos desconocen la forma más adecuada de intervenir en su desarrollo, para proporcionarle la estimulación, seguridad, etc.; para que pueda aprender más fácilmente adaptándose a su medio ambiente, ya que se ha visto que los niños con este diagnóstico, aunque presentan retardo mental, tendrán un desarrollo que dependerá de la estimulación que reciben y del afecto con que se les trate, considerando importante que los padres reciban orientaciones, no solo del diagnóstico médico, sino también del aspecto-educativo.

Considerando que sería óptimo ofrecerles a los padres un programa que de apoyo para la relación afectiva del niño con su familia que permita la identificación con él; y ante nuestra imposibilidad de captar y evaluar al niño, desde recién nacido, se propone un programa para dar a conocer a los padres las características (físicas como psicológicas) de la persona Down; así como contenidos que demuestren los problemas a los que se enfrentan los padres con niños Down y las técnicas conductuales que les permitan ayudar a su hijo en una forma más adecuada.

Partiendo de este hecho se propuso la siguiente -
hipótesis:

"Las pautas de comportamiento de los padres incrementan o no el desarrollo del niño con Síndrome Down."

Planteándose los siguientes objetivos:

. Elaborar y aplicar un programa de intervención para -
padres de familia que considere los siguientes aspectos: Carac-
terísticas físicas y psicológicas del S.D.; Etiología del S.D.;
Técnicas de modificación de conducta; Integración familiar.

. Capacitar a los padres en el manejo de su hijo Down, -
lo que permitirá ayudarlos de una forma más completa.

. Destacar los conocimientos de los padres sobre el Sí-
ndrome Down y las características de desarrollo de los niños -
que la padecen.

II. SUJETOS.

. 31 padres de familia. Cabe mencionar que se contaba -
con una población original de 50 padres, para esta investiga-
ción de los cuales hubo una mortandad experimental de 19 de -
ellos antes de aplicar la variable independiente, debido a di-

versas razones: horario, día, etc., en que se efectuaría el programa de intervención.

La población original fue seleccionada a través de un requisito:

. Que su hijo(a) perteneciera al Centro de Terapia Educativa A.C.

En cuanto a las características (edad, ocupación, etc) de la población original, no se pueden especificar con exactitud, debido a las siguientes razones; el Pretest fue contestado de manera anónima y no contenía preguntas de este tipo de datos. Por tal motivo se especifican de forma general a excepción del sexo; participaron inicialmente 49 madres y un padre. La edad fluctuaba entre los 20 y los 58 años, aún cuando predominaban las jóvenes; respecto al estado civil, había casadas, solteras, viudas, divorciadas y en unión libre; respecto a la escolaridad del 24% de la población no sabía leer y escribir, 1% tenía nivel superior y un 75% tenía estudios a nivel primario y secundario; el 80% se dedican a las actividades del hogar; el nivel socioeconómico predomina al nivel bajo y solo 3% tenía un nivel medio alto y alto.

. 31 niños, hijos de los padres de familia participantes en este trabajo de tesis. Al igual que la población original-

de padres, esta fue de 50 niños, pero debido a la mortandad experimental de los padres estos se toman como los mencionados. Las características de los 50 que inicialmente se tomaron como participantes son:

- . 27 varones y 23 mujeres.
- . Se encontraban participando en el 3er y 4to nivel de la clasificación de CTEDUCA.

III. ESCENARIO.

Se llevo a cabo en diferentes instalaciones del Centro de Terapia Educativa A.C. (CTEDUCA). Ubicado en Av. Coyoacán frente al número 1450, D.F.

1. Las sesiones de la aplicación del Pretest y Posttest, se efectuaron en la sala de espera que contaba de seis bancas. Su iluminación no era adecuada. Además había mucho ruido por su ubicación.
2. Las sesiones de la aplicación del inventario conductual se efectuarán en el salón de enfermería, el cual constaba de un escritorio, tres sillas, una cuna, una mesa de exploración, una báscula, un botiquín y tres archiveros.

3. Las sesiones de la aplicación del programa de intervención se efectuarón en el salón de cantos y juegos. La iluminación era inadecuada, existían cuatro lámparas pequeñas, las cuales solo alumbraban una parte del salón. Se disponía de seis bancas, tres sillas infantiles, un piano y un juguetero. En cada banca se sentaban cinco padres.

IV. MATERIALES.

Para el estudio se requirió el uso del siguiente material:

- . Hojas de Rotafolio.
- . Rotafolio.
- . Acetatos.
- . Retroproyector.
- . Notas técnicas.
- . Pretest (cuestionario).
- . Postest (cuestionario).
- . Inventarios conductuales.
- . Hojas de ejercicios.
- . Plumas, plumones y lápices.

V. VARIABLES.

DEPENDIENTES

. Establecimiento y/o incremento de pautas de comportamiento de aceptación y colaboración de los padres en el desarrollo de su hijo Down.

. Establecimiento y/o incremento de conocimientos acerca de los posibles medios de estimulación para mejorar el desarrollo de su hijo Down.

. Mejoramiento de pautas de comportamiento en los niños Down.

INDEPENDIENTE

. Programa de intervención dirigido a los padres de familia.

VI. PROCEDIMIENTO.

El trabajo de investigación se realizó en el transcurso de 10 meses. Utilizando un diseño cuasiexperimental Pre-Pos test aplicado a una población de 31 padres de familia.

La investigación se desarrollo en tres fases:

FASE I. APLICACION DEL PRETEST.

1.- Aplicación del Pretest. Se le aplico a la población original (50 padres) y fue contestado de manera anónima.- El pretest se aplico individualmente a los padres analfabetos y en pequeños grupos (cinco personas) a los que sabían leer y escribir. Esta actividad se llevo a cabo en 24 sesiones. Explicandose las dudas cuando surgieron en los participantes.

El objetivo de la aplicación del pretest, consistió en detectar que tanto sabían los padres sobre la etiología del S.D., que técnicas utilizaban para ayudar al desarrollo de su hijo, así como conocer en que tipo de actividades sociales participaban con su hijo y así poder derivar el nivel para programar el contenido del curso dirigido a los padres.

. El cuestionario contaba con 37 preguntas de opción y abiertas. Dentro de las primeras existían varias opciones, de las cuales los padres podían seleccionar una o varias a la vez, lo que nos da para cada opción un 100% ideal de posibles respuestas. En las preguntas abiertas los padres podían enmarcar sus respuestas en varias formas, al estructurar el reporte de este Pretest tuvimos que separar en parámetros las res--

puestas, de tal manera, que la respuesta podía caer en uno o más parámetros; lo cual hace que cada parámetro también este tabulado sobre 100%, al igual que en las preguntas de opción.- Esto mismo ocurre en el Potest mencionado posteriormente.

2. Aplicación del Inventario Conductual. El inventario conductual constaba de 270 reactivos, divididos en cuatro áreas; 129 correspondientes a Conducta Motora (gruesa y fina), 29 a Lenguaje, 49 a Conducta Social y 83 a Cuidado Personal (Consultar Anexo B).

Se aplico a los hijos de la población original de forma individual; en cada aplicación del inventario se ocupaba aproximadamente de 2 a 3 horas según el caso del niño, ya que había algunos casos de niños que eran muy hiperactivos o demasiado pasivos. Esta actividad a cabo en 32 sesiones paralelas a la aplicación del Pretest.

El objetivo de la aplicación del inventario conductual en los hijos de los padres era el de poder correlacionar los datos arrojados con el Pretest y así poder tener mayor información para poder aceptar o rechazar nuestra hipótesis de investigación.

FASE II. APLICACION DEL PROGRAMA DE INTERVENCION.

Para efectos de la realización de esta fase se citó a la población original de padres que iban a intervenir; para informales en que consistiría el curso y establecer el calendario. Los padres determinaron que los días Lunes y Miércoles serían las sesiones, así como el horario de las 16:30 a las 18:30 hrs. De la población original de 50 padres, 19 aclararon que no les sería posible asistir debido a problemas de horario y días que se llevaría a cabo las sesiones; por tal motivo a estos padres en lo sucesivo se les considero como grupo comparativo (así mismo a los niños se les dividió en grupo experimental y comparativo); cambiando así el diseño a utilizar de un pre-postest en un solo grupo, a un pre-postest en un grupo experimental y un comparativo.

Esta fase se llevo a cabo en 22 sesiones, con una población de 31 sujetos.

La primera sesión consistió en la presentación de los conferencistas, objetivos y contenidos que abarcarían el programa de intervención (variable, independiente).

Este programa se desarrollo en la siguiente manera:

No. SESIONES	TEMA
2.	Etiología del Síndrome Down.
4	Características y Desarrollo del Síndrome Down.
5	Técnicas de Modificación de conducta.
9	La integración familiar, implicando los aspectos; social, cognitivo y afectivo permitiendo la aceptación y colaboración en el desarrollo de su hijo Down.

El contenido de los temas se encuentra especificado en el anexo C.

La última sesión del programa consistió en una retroalimentación de todo lo expuesto en las sesiones anteriores.

Cada sesión del programa era dirigida por dos conferencistas: a) uno exponía la conferencia o información y dirigía al grupo y b) el otro lo auxiliaba, contestando las dudas de los participantes y/o resumía lo que se había expuesto, tratando de centrar a los participantes al tema. Además existía un observador, el cuál llevaba un registro de las participaciones del grupo y tomaba notas generales de cómo se desarrollaba la-

sesión, utilizando el formato del cuadro No. 3. Definimos como participación, la expresión verbal de cualquiera de los participantes ya sea ecoica; aclarando alguna duda o dando un ejemplo de lo expuesto.

SESION: _____ TEMA: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TERMINACION: _____

OBSERVADOR: _____ CONFERENCISTAS _____

No. DE PADRES QUE ASISTIERON _____

No. DE PARTICIPACIONES _____

_____ TOTAL _____

COMENTARIOS:

Cuadro No. 3. Muestra de la hoja de registro utilizada en las sesiones del programa.

FASE III. APLICACION DEL POSTEST.

Esta fase se llevó a cabo en 20 sesiones. Se realizaron dos actividades.

1.- Aplicación del Postest.- Se les aplicó a los 31 padres de familia que participaron en el Programa de intervención. Se aplicó en forma individual, ayudando a los padres que eran analfabetas. Esta aplicación se llevó a cabo en 15 sesiones. El cuestionario constaba de 22 preguntas, de las cuales 6 de ellas tenían la finalidad de una encuesta que nos permitió relacionar algunos otros aspectos sociales de los participantes relacionados con los temas expuestos en el Programa de Intervención en relación con la institución. (Consultar Anexo D).

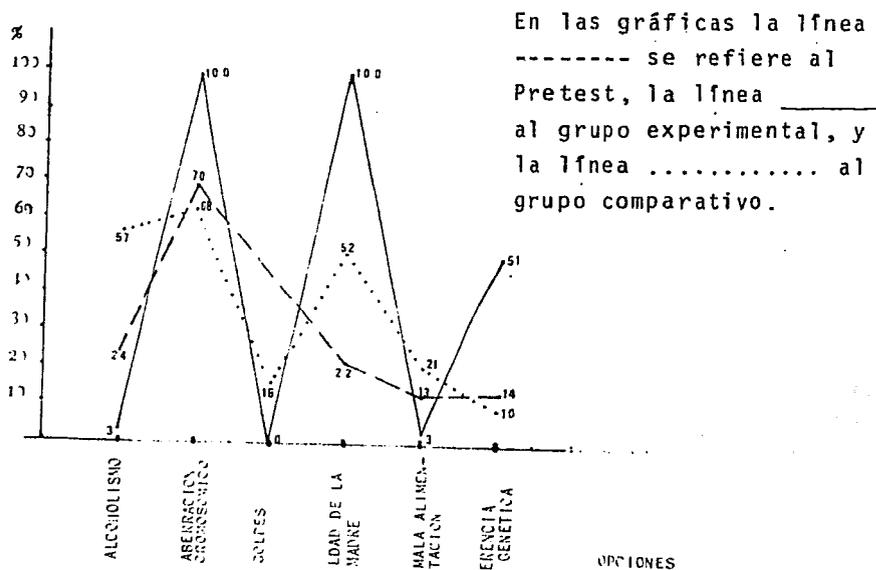
2.- Aplicación del Inventario Conductual. Se aplicó por segunda vez el inventario a los niños. Llevándose aproximadamente 2 o 3 horas por cada caso. Esto se llevó a cabo en 20 sesiones.

Tanto la aplicación del Postest como del Inventario Conductual (segunda aplicación) se realizaron en el grupo experimental y el grupo comparativo. Con el objeto de que al correlacionar los datos arrojados nos proporcionarán más bases de los cambios ocurridos por el manejo del programa de intervención en el grupo experimental.

RESULTADOS

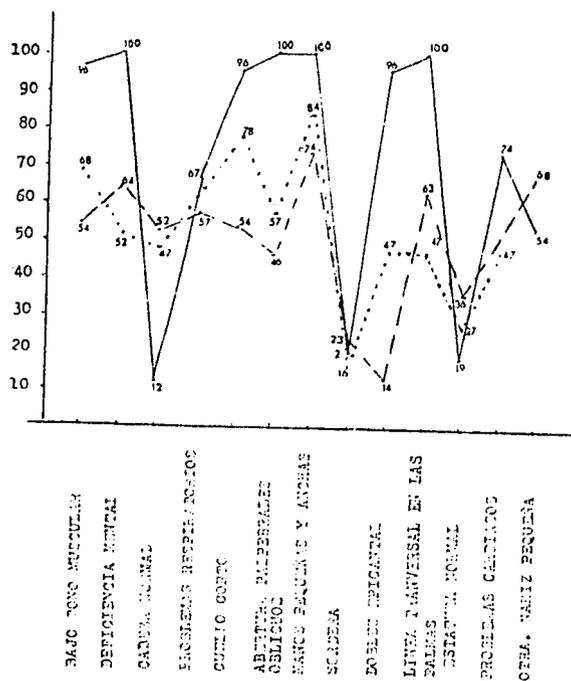
A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron en este trabajo de tesis.

Con respecto a la Etiología del Síndrome Down observamos deficiencias de información acerca de las posibles causas que originan al Síndrome Down; en los ítems de edad de la madre y herencia genética el puntaje es bajo, la opción de alcoholismo se encuentra elevada en el Pretest. En las dos primeras opciones se incrementan notablemente en los resultados del Postest y disminuye la del alcoholismo en el grupo experimental; mientras que en el grupo comparativo se encuentra casi el mismo nivel. Esto puede apreciarse claramente en la Gráfica 1.



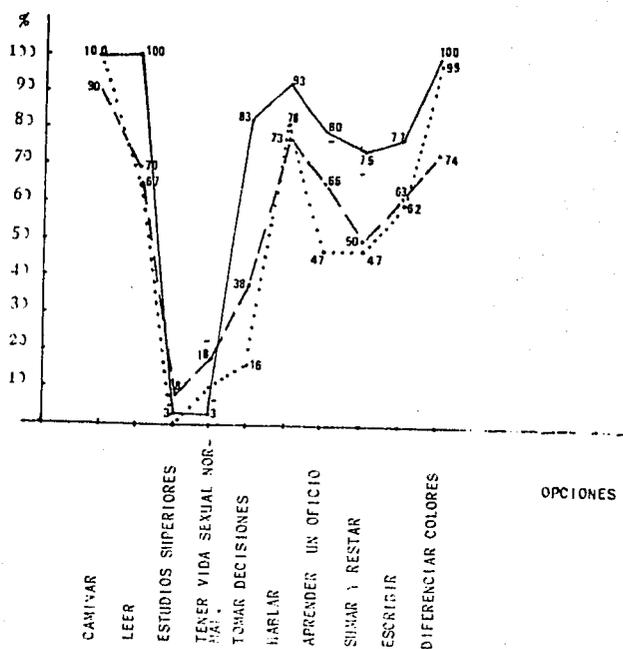
Gráfica 1. Que representa los datos arrojados a la pregunta ¿Cuáles son las posibles causas del S.D.?

En el reactivo de ¿Cuáles son las características que poseen las personas con S.D.? Observamos como hubo incremento en el Postest, grupo experimental, en las respuestas correctas y disminuye o se mantiene en las incorrectas. Además dentro del grupo experimental señalan otra opción correcta (nariz pequeña) que no se encontraba dentro del reactivo. La Gráfica-2 nos representa más objetivamente estos datos.



Gráfica 2. Datos arrojados de la pregunta ¿Características que presentan comunmente en las personas con Síndrome Down.

En cuanto al reactivo ¿Qué alcances puede tener una persona Down? los puntajes se mantuvieron al mismo nivel en el grupo comparativo y se incrementaron en el grupo experimental, en relación al Pretest, aun cuando no existe mucha diferencia como lo podemos observar en la Gráfica 3.



Gráfica 3. Datos arrojados a la pregunta ¿Qué alcances puede tener una persona Down?.

En reactivo ¿Qué considera Ud. necesario para que se den los alcances mencionados en las persona Down?; los padres contestaron en el Pretest en un 90% llevarlo a una institución y 10% de una aceptación familiar; en contraposición al grupo experimental (Posttest) que señalaron en un 100% que los padres consideran necesario una estimulación y comprensión del niño, además 62% señalan una aceptación familiar e integración social así como educativa.

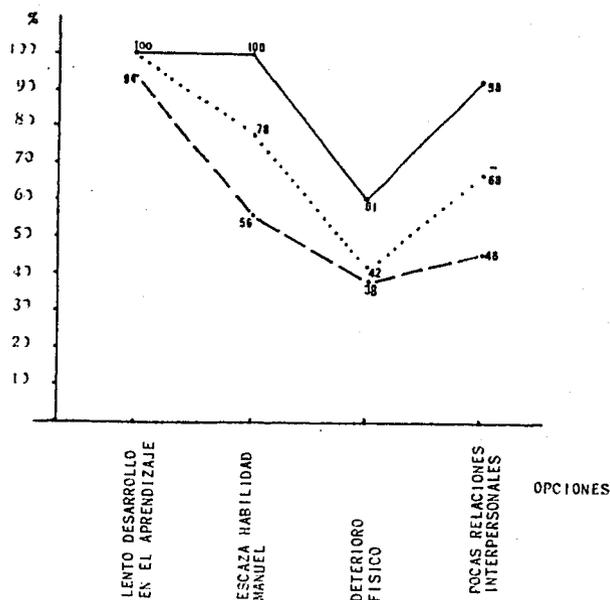
Como observamos existe un cambio importante en este aspecto y si comparamos estos mismos datos con los arrojados en el grupo comparativo, que señalan en un 47% llevarlo a una institución; en un 10% que lo trate un especialista y en un 5% ayudarlo, darle terapia y una estimulación constante; es más notable el cambio existente en el grupo experimental.

En el reactivo; ¿Limitaciones que considera que puede tener una persona Down?, observamos como las respuestas más correctas se dan en el grupo experimental, una cuando en el grupo comparativo existe un incremento en relación al Pretest, esto lo podemos observar claramente en la Gráfica 4.

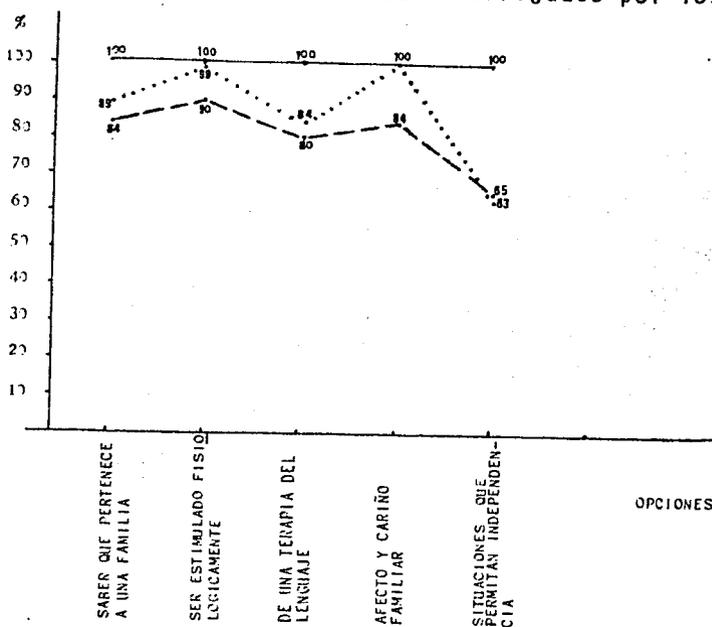
A la pregunta ¿Qué factores considera Ud. necesarios para superar las limitaciones de la persona Down? los padres mencionaron:

	Pretest	Postest
	G. Exp.	G. Com.
Disponer de gente que le ayude	14 %	
Se le olvida facilmente	2 %	
Integración familiar/social	100 %	
Existir comprensión	20 %	
Llevarlo a un instituto		52 %
Ayudarlo en lo que se pueda		21 %
Llevarlo a un especialista		5 %
Ser aceptado		5 %

Como podemos observar las respuestas más adecuadas en cuanto a la integración familiar/social se presentaron en el grupo experimental (Potest). Estos datos se corroboran en la Gráfica 5, en donde El 100% de los padres del grupo experimental señalan todas las opciones, mientras que el Pretest y grupo comparativo los tantos por cientos son menores.

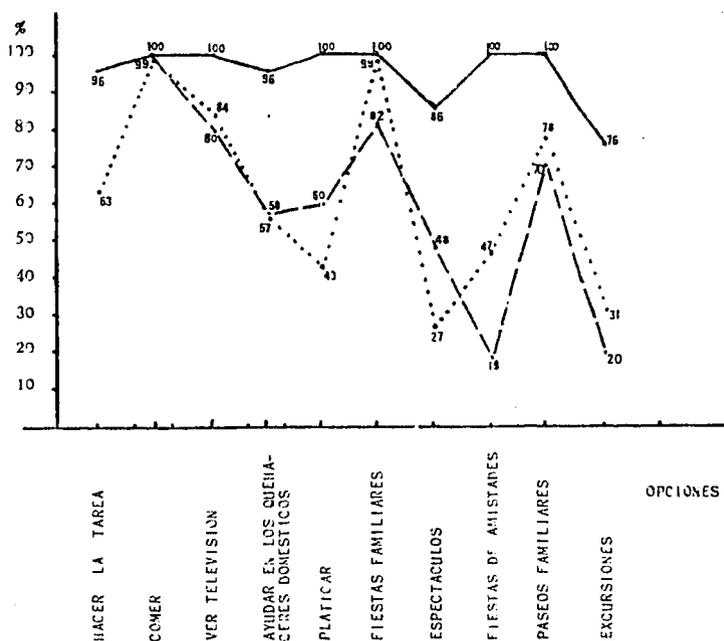


Gráfica 4. ¿Limitaciones que considera Ud. que puede tener una persona con Síndrome Down?. Datos arrojados por los padres.



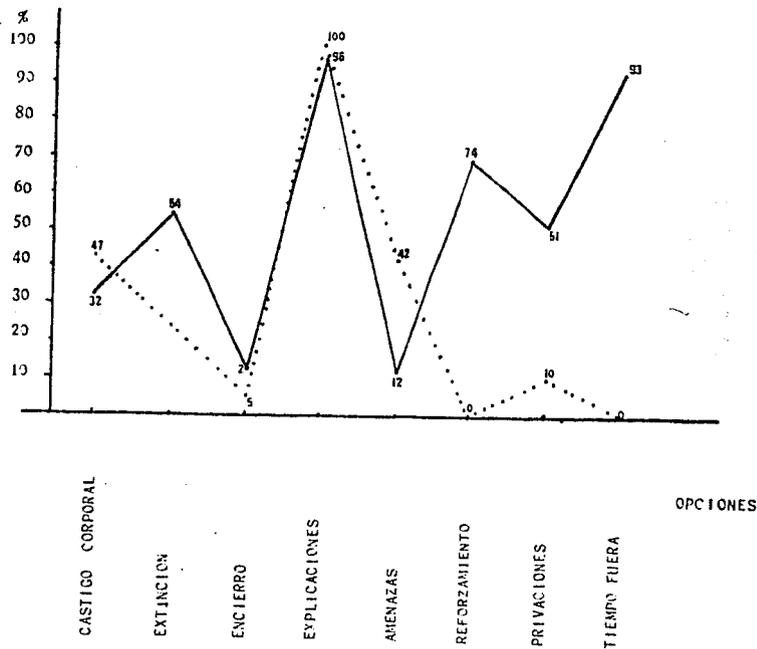
Gráfica 5. ¿ Aspectos que la persona Down requiere ?

En la pregunta ¿Qué actividades debe realizar el niño-Down junto con la familia?. La respuesta del grupo experimental demuestra una mayor integración del niño con la familia, - como lo observamos en la Gráfica 6.



Gráfica 6. Datos arrojados en la pregunta ¿Qué actividades realiza la persona Down con la familia?.

Como observamos en la Gráfica 7 los padres del grupo experimental mencionan el reforzamiento y la imitación y el tiempo fuera como medio de enseñanza de nuevas conductas, mientras que el grupo comparativo no tiene idea de estas y se basa fundamentalmente de llevarlo a la escuela y dedicarle tiempo.



Gráfica 7. Resultados de la pregunta ¿Actitudes que toman los padres ante la emisión de conductas indeseables en los niños Down.

En situaciones en las que los padres se sienten incomodos por la presentación de conductas inadecuadas en sus hijos, respondieron:

	Pretest	Postest
	G. Exp.	G. Com
Explicarle que no debe hacer lo que hace.	100 %	
Utilización de tiempo fuera y reforzamiento.	63 %	
Castigo.	36 %	
No se siente incomodos.	33 %	
Comprensión y no hacer nada.		30 %
Desesperación.		38 %
Sacarlo de ahí y llevarlo a otro lado.		21 %
Llamarle la atención.		10 %
Lo principal es que no se sienta mal.		5 %

Como podemos observar los padres del grupo experimental mencionan la utilización de técnicas de modificación de-

conducta en contraposición al grupo comparativo que no las menciona en ninguna respuesta.

En la pregunta; ¿A la fecha, que tanto le permitirá a su hijo desenvolverse en una vida normal y de qué manera? - Los padres señalaron:

	Pretest		Posttest	
		G. Exp.		G. Com.
Una vida cotidiana.	70 %	10 %		63 %
Ayudarle y darle todo, pues avanza poco.	30 %	30 %		21 %
Estimularlo y enseñarle poco a poco.			73 %	
Mantenerse por sí solo.			73 %	
Dependerá siempre de la familia.			20 %	
Enseñándole.				21 %
No se va a poder mantener por sí solo.				16 %
Adaptarse al medio social a que pertenece.				5 %
Protegiéndolo.				5 %

En los resultados del inventario conductual; en el área de Conducta Motora, hubo un incremento en 25 ítems en la segunda aplicación, tanto en el grupo experimental como en el grupo comparativo en relación a la primera aplicación. Existiendo un mayor número de sujetos que incrementaron su conducta (de 2 a 4) en 13 ítems en el grupo comparativo, en relación al grupo experimental que fue de 1 a 3 sujetos en siete ítems. Así hubo igual número de incrementos en un solo ítems tanto en el grupo experimental como en el comparativo (coge un objeto - que se mueve; es capaz de rodar sobre pasto o cochoneta) respectivamente.

Los principales incrementos que se dan en el grupo comparativo se refieren a conductas tales como: caminar en rampa, rodar sobre pasto, brincar, guardar equilibrio, jalar objetos, cargar objetos e iluminar una figura sin respetar el contorno.

Mientras en el grupo experimental son: jugar con dos objetos a la vez, golpear los juguetes, rasgar papel, coger un objeto que se mueva, lanzar objetos, acercar el lápiz al papel, e iluminar una figura respetando el contorno.

Como observamos el mayor número de sujetos que incrementaron sus conductas se dan en el grupo comparativo. Estos datos y los presentados sucesivamente, se encuentran señalados

en el anexo E (Resultados del Inventario Conductual).

En el área de Lenguaje existe un incremento en 17 ítems. Existiendo un mayor número de sujetos (de 1 a 3) que incrementaron su conducta en el grupo experimental en 13 ítems, en relación al grupo comparativo donde fue en un solo ítem (utilizar adjetivos). Así también hubo igual número de incrementos de sujetos (2) en dos ítems tanto en el grupo experimental y grupo comparativo.

Las principales conductas incrementadas en el grupo experimental son: emisión de 3 a 5 palabras; utilización de artículos, sustantivos y verbos; construcción de operaciones y frases; imitación de sonidos, sílabas y palabras; hablar con primos, con familiares adultos, amigos adultos y con desconocidos adultos.

En el área de Cuidado Personal hubo un incremento en 52 ítems en la segunda aplicación tanto en el grupo experimental como en el grupo comparativo en relación a la primera aplicación del inventario. Existe un mayor número de sujetos (de 2 a 7) que incrementaron su conducta en el grupo experimental en 34 ítems en relación al grupo comparativo donde fue de 1 a 3 sujetos que incrementaron su conducta en 11 ítems. Así en 7 ítems hubo un incremento de 1 a 2 sujetos en los dos grupos.

Las conductas que se incrementaron en el grupo experimental son: colocarse en forma correcta el calzón, la camiseta, el pantalón o la falda, el vestido y el abrigo; abrocharse la hebilla; se quita completamente el cinturon; desabrocharse botones de la espalda; quitarse completamente la pijama; el abrigo, el sweater y la falda o el pantalón; desvestirse completamente sin ayuda; poner la parte interior de los labios en la orilla de la taza; beber el contenido de la taza; colocar la taza sobre el plato o la mesa; dirigirse al baño o bacinica; orina dentro de la bacinica; coger el jabón; enjuagarse la cara y las manos; lavarse solo; ponerle agua al peine; pasarse el peine alisandose el pelo; enjabonarse la cara y manos; coger la toalla.

Las conductas que se incrementaron en los sujetos del grupo comparativo son: al vestirse introducir los pies en los zapatos; abrochar cierres automáticos; quitar el calzón y la camiseta; desabrocharse los botones de enfrente; sostener una taza o vaso sin ayuda; colocar el vaso sobre la mesa sin tirar el contenido; coger la taza por el asa; dirigir la taza hacia los labios; avisar verbalmente para ir al baño, mojarse la cara y manos.

En el área de Conducta Social se presento un incremento en 19 ítems; existiendo un mayor número de sujetos que in-

crementaron su conducta (de 2 a 6) en 17 ítems en el grupo experimental. En los dos grupos se dió un incremento de 2 y 3 - sujetos en dos ítems.

Las conductas que se incrementaron son: decir adiós - con la mano cuando alguien se retira; imitar sonidos, gestos, ademanes; movimientos de cabeza de arriba a abajo "sí"; movimientos de cabeza a los lados "no"; aplaude con movimientos de las manos; toma los juguetes por sí mismo; recoge los juguetes si se le caen; presta sus juguetes permitiéndole a otros niños jugar separadamente con ellos; interrumpe su propia actividad para ayudar a otros; ayuda con pequeños bultos; pide prestados los juguetes a otros niños regresándolos a solicitud del dueño; trae utensilios de aseo; recoge objetos del suelo; trae prendas de vestir; limpia la mesa y los líquidos.

En la pregunta ¿Qué hacen Uds. para que su hijo conviva con otros?, los padres contestaron:

	Pretest	Posttest	
		G. Exp.	G. Com.
Llevarlo a todos lados y no ocultarlo.	22 %	64 %	50 %
Llevarlo con otras personas.	10 %		
Nada	10 %		

	Pretest	Posttest
	G. Exp.	G. Com.
No lo dejan jugar porque se burlan de él.	8 %	
Decirle que juegue con tros.	6 %	
Integrarlo a su medio.	23 %	
Enseñarlo a respetar a los demás.	6 %	
Juntarlo con otros niños.		25 %
Llevarlo a la escuela.		16 %
Estimularlo siempre.		5 %

Cuando los niños presentan conductas de berrinche, desobediencia, patear objetos, quitarse la ropa, sacar la lengua, decir groserías, golpearse, destruir, mutismo, poco sociable, melancólico y aislarse; los padres toman diferentes actitudes que podemos observar claramente en la Gráfica 7. La utilización de técnicas de modificación de conducta son mencionadas por el grupo experimental como el medio para eliminar o disminuir las conductas anteriores, en cambio en el Pretest y grupo comparativo la explicación es el medio más utilizado.

A la pregunta ¿Qué hacen cuando su hijo necesita aprender nuevas conductas?. Los padres contestaron en el grupo experimental:

64 % enseñándole a través de un ejemplo.

48 % reforzamiento por imitación.

En el grupo comparativo:

38 % enseñarlo y dedicación.

31 % llevarlo a la escuela.

16 % explicarle.

10 % ayudarlo para que lo realice.

DISCUSION

Consideramos necesario comenzar la presente discusión con los aspectos metodológicos, debido a su importancia en los resultados presentados, así como en las conclusiones que de estos se determinan.

Inicialmente se propuso la utilización de un diseño cuasiexperimental Pre-Postest con un solo grupo, pero debido a la muerte experimental de 19 sujetos de la población original (que fue de 50) y que ocurrió después de la aplicación del Pretest, se implemento la utilización de un grupo comparativo.

Aplicando el Pretest a la población original de 50 sujetos que fue en forma anónima (debido a que la dirección del centro la solicitó así) y al no poder identificar el nombre de la madre que contesto el cuestionario al existir la muerte experimental, no se pudieron dividir los cuestionarios para su análisis; de tal forma que el Pretest se presenta en base a 50 sujetos, mientras que el Postest se presenta en base a 31 y 19 sujetos respectivamente en el grupo experimental y grupo comparativo. En el caso del Inventario Conductual los grupos se presentan de 31 y 19 sujetos, en el grupo experimental y grupo comparativo, tanto en su primera aplicación (Pretest) como en la segunda (Postest), ya que los cuestionarios si contienen identificación de los sujetos.

Esta es una gran limitación que se presenta al tratar de correlacionar los datos del Pretest y el Postest. Esto se observa claramente en los siguientes puntos: La selección de los sujetos; La interacción entre la selección y el programa de intervención.

La selección; el hecho de no haber podido dividir el Pretest en grupo experimental y comparativo, y después si hacerlo tanto para la aplicación del programa de intervención como para la aplicación del Postest, es un error metodológico. Pero aún con esta limitación los resultados obtenidos en el pretest como el postest pueden ser equipados a partir de una observación como fue el Pretest, y los datos arrojados de éste pueden tomarse como base para ulteriores comparaciones, tomando en cuenta que los sujetos que participaron el Postest (grupo experimental como comparativo) son los mismos que contestaron el Pretest.

Los datos fueron afectados debido a la maduración, ya que tanto los padres como los hijos de estos estaban expuestos a otras situaciones o programas determinadas por la institución a la que pertenecían y las cuales no se podían eliminar; así también como la interacción entre los dos grupos que de una u otra forma se daban debido a que se realizaban las mismas actividades dentro de CTEDUCA, y que no podíamos manejar, ni eliminar.

Otro factor que debemos de tomar en cuenta es el paso del tiempo global y entre cada una de las actividades realizadas: Pretest; programa de intervención; Postest. Que pudo haber influido para que se diera la muerte experimental antes mencionada. Todo ese tiempo y sus consecuencias no se pudieron evitar debido a que:

. Existían padres analfabetas y se les tenían que ayudar a contestar los cuestionarios en forma individual.

. Los lugares proporcionados para la aplicación, eran estancias con mucho ruido y frecuentes interrupciones, sin poder ser eliminados debido al poco espacio con que cuenta CTEDUCA.

. Se tuvo que elaborar el material para la aplicación de los inventarios, ya que la institución no contaba completamente con este.

. Existió dos cambios de subdirector del centro; uno al finalizar la aplicación del programa de intervención y la otra al finalizar la aplicación del Pretest, deteniendo la investigación para reportar las actividades que se estaban realizando.

La cantidad de sesiones y la especificación del programa de intervención fueron determinadas por los resultados obtenidos.

nidos en el Pretest. Estos últimos resultados mostraron que el principal tema en donde las madres necesitaban ayuda en relación a la integración familiar y social, ya que un gran porcentaje de madres demostraban vergüenza y turbación al tratar de socializar a su hijo; esto lo podemos observar en las gráficas presentadas.

Unido a este punto y quizá una de las posibles causas de que se presente esta deficiencia es la falta de conocimiento de técnicas que le permitan a las madres el manejo de su hijo Down. En este punto podemos decir que el 90% de las madres tenían desconocimiento de estas técnicas y aquellas que las utilizaban es por casualidad y se desconocen los principios en los que se basan, determinando un déficit en su utilización. Esto lo podemos observar en la gráfica 7.

Los otros dos aspectos; Etiología y Características y Desarrollo del Síndrome Down, en la información arrojada del Pretest demuestra que las madres tienen deficiencias aún cuando las respuestas son más adecuadas en estos temas. Y solo vimos la necesidad de aclarar los términos y algunos aspectos relacionados a estos temas, como son: la edad de la madre, el alcoholismo, como posibles causas del S.D. (Ver Gráfica 1 y 2).

Las sesiones del programa de intervención se llevaron-

a cabo como se habfan planeado; existiendo algunos aspectos - que debemos señalar. En algunas de las sesiones algunos parti- cipantes (3 a 5 generalmente) se distrafan, de tal manera que las expositores tenfan que centrarlos al tema e incrementar - su participación. Esta distracción se atribuye al hecho en - que varias sesiones las madres llevaban a sus hijos, debido a- que no podfan dejarlo al cuidado de otras personas.

En las sesiones 14 y 16 se redujo mucho la participa- ción al tratar el tema de "Choque emocional al tener un hijo - Down "y" Orientación en el tratamiento del niño Down". Se re- dujo aún mas cuando se trato el tema de "Posiciones extremis- tas en la educación del niño Down".

Estas sesiones fueron de gran importancia para las se- siones posteriores ya que observamos a través de la participa- ción que la información si era recibida y creemos que esta - reacción pudo ser el inicio de un cambio de las actitudes de- las madres. Así lo observamos en las sesiones posteriores en- donde la participación aumento considerablemente aún cuando la información era más profunda y más difícil de asimilar y ser - aceptada por parte de los padres.

Esto lo podemos corroborar con algunos comentarios que realizaron las madres durante la aplicación del Postest, como-

son: "Nos gustaría que nos dieran otro curso o alargaran el - que acabamos de tomar", "Mi hijo ya realiza quehaceres domésticos, como levantar los platos sucios después de comer", "Mi niña comienza a no pelear con sus hermanos".

Dentro del capítulo de resultados se presentan una serie de incrementos en el grupo experimental en relación al Pre test y al grupo comparativo, que podemos englobarlos en la siguiente forma:

En el tema de Etiología hay un incremento notable en - los ítems correctos (aberración cromosómica y edad de la madre) en el grupo experimental en relación al grupo comparativo en - donde todavía existen confusiones.

Las madres del grupo experimental reconocen que su hijo puede aprender conductas que le permitan adecuarse al medio (como son: diferenciar colores, aprender un oficio, tomar decisiones, etc) y que debe existir una estimulación y comprensión permitiendo una integración familiar y social. En contraposición al grupo comparativo que señalan que solo es necesario - llevarlo a una institución especializada.

Para superar las limitaciones del niño los padres del - grupo experimental mencionan que deben existir una integración familiar social, que debe ser estimulado fisiológicamente, que

se le debe dar afecto y cariño familiar y de situaciones que permitan su independencia. Mientras que el grupo comparativo mencionan que solo es necesario llevarlo a una institución especializada.

Cuando el niño presenta conductas inadecuadas los padres del grupo experimental utilizan el tiempo fuera y no reforzamiento así como el castigo en contraposición al grupo comparativo que no señalan la utilización de estas técnicas y solo mencionan la utilización de la explicación.

Los padres del grupo experimental señalan en un mayor porcentaje la aceptación, el amor y cariño y protección como actitud que tiene actualmente hacia el niño y que le permiten mantenerse por sí solo.

Los resultados del Inventario Conductual demuestran un incremento en todas las áreas en los dos grupos. Aún cuando se denotan más incrementos en las áreas de Conducta Social, Cuidado Personal y Lenguaje dentro del grupo experimental, en un mayor número de conductas en relación al grupo comparativo y además que atañen a los temas que nos enfocamos en el programa de intervención.

En algunos de los casos el incremento de varias conductas en el grupo comparativo e incluso más altas que en el gru-

po experimental pueden deberse al manejo de diferentes programas que se llevaban a cabo en la institución y a la propia maduración de los individuos, ocurrida entre la primera y segunda aplicación.

Aún con todo esto podemos observar un mayor número de cambios en el grupo experimental, atribuyéndose a que los padres recibieron el programa de intervención, derivándose de éste una mayor convivencia y participación con el niño Down, sin dejar de considerar la propia maduración, debida a la exposición de una nueva información.

CONCLUSIONES Y ALTERNATIVAS

Después de haber aplicado el programa de intervención al grupo experimental y los correspondientes Pre-Posttest a los dos grupos y haber presentado y discutido los resultados podemos concluir:

Existen problemas metodológicos tales como; la utilización de un Pretest en base a una muestra de 50 sujetos en un solo grupo y un posttest en base a una muestra de 19 y 31 sujetos en dos grupos (comparativo y experimental). De tal forma que los resultados no pueden generalizarse a la población.

Esto ocasiona que la discusión de los resultados no sea bajo los rubros de un análisis comparativo adecuado.

El amplio intervalo de tiempo transcurrido entre la aplicación del Pretest, Programa de Intervención y Posttest. Y con esto los problemas de la propia maduración de los sujetos; y la interacción entre los sujetos de los dos grupos. Son variables extrañas que no se pudieron manejar y que invalidan en cierta forma esta investigación, aún cuando el objetivo general fue cubierto y los resultados nos permiten comprobar, no en un 100%, la hipótesis planteada al inicio de este trabajo de tesis.

También observamos en los resultados que dentro del grupo experimental se observaron existe un cambio, en forma verbal escrita, de las actitudes que toman los padres ante sus hijos, después de haber aplicado el programa de intervención.

Y aún cuando existen cambios en el grupo comparativo y experimental en todos los temas, los cambios más significativos se encuentran en el grupo experimental, denotándose más en el tema de integración familiar y social.

En los temas de Técnicas que ayuden a mejorar el desarrollo del niño Down; Características del S.D. y Desarrollo del niño Down; se observan diferencias del Pretest al Posttest en los dos grupos, teniendo un mayor incremento en el grupo experimental y que como hemos dicho al ser relacionados con el tema de integración familiar y social demuestran un cambio significativo.

Los incrementos en las áreas de Conducta Social, Cuidado Personal y Lenguaje en el Inventario Conductual dentro del grupo experimental en un mayor número de conducta y de sujetos en relación al grupo comparativo y de los cuales nos enfocamos en el Programa de Intervención, correlacionan los avances en el grupo experimental después de haber aplicado dicho programa.

Podemos afirmar que el programa de intervención utilizado es adecuado, ya que el cambio verbal escrito que se esperaba, se dio dentro de la población que decidió tomarlo. Apoyandonos en estos resultados y en algunas investigaciones como la de Marcia J. Hanson (1979), López S. (1980), Tizard (1960), Harvey, Seppler y Nlyer (1978), Koegel Glahan y Niemin (1978);- los cuales trabajaron con los padres de familia y utilizaron programas con un parecido al presente y cuyos resultados indican que al hacer toma de conciencia de la problemática del niño y la utilización de medios más adecuados en el manejo de éste, incrementaron el repertorio del sujeto Down, nos permite fundamentar que esta investigación tuvo consecuencia y cambios positivos en el grupo experimental.

Se detecto que existe una gran necesidad de información en los padres de los niños Down, que les permitan aceptar, comprender y dirigir a sus hijos óptimamente. Creemos que esta información debe darse interdisciplinariamente desde los médicos que inicialmente tienen contacto con los padres hasta los psicólogos, terapeutas y todos los demás profesionistas relacionados a estos casos, como son los terapeutas de lenguaje, fisioterapeutas, enfermeras especializadas, etc..

La necesidad de que instituciones como CTEDUCA creen programas especiales para padres de familia tanto de primer in

greso como con padres con hijos en grupos avanzados, ya que el papel que juegan es esencial en el desarrollo del niño. Es - decir planificar un curso o programa de capacitación que enseñe teoría acerca de la Etiología y aspectos genéticos del S.D. del desarrollo del niño; los medios de estimulación y el papel que juegan los padres en la educación del niño Down. En el caso que dichos programas fueron similares al desarrollo en esta investigación se debe superar los problemas metodológicos que ya señalamos anteriormente.

Estas conclusiones y toda esta investigación apoyan la importancia de realizar ya sea por parte de las instituciones y/o asociaciones dedicadas al Síndrome Down, cursos especiales dirigidos a los padres de estos niños.

Consideramos que la importancia de este programa radica en permitirles a los padres seguir en busca de información que les proporcione alguna ayuda en el manejo de su hijo; permitiéndole a éste último desarrollar actividades más acordes a sus limitaciones, convirtiendo a los que tengan la capacidad para llevarlo a cabo, en seres útiles a la sociedad y a ellos mismos.

A N E X O S

ANEXO A

PRETEST

- * 1.- Antes de que tuviere a su hijo Down conocfa o tenfa in--
formación sobre el padecimiento de su hijo.

SI ()

NO ()

- * 2.- ¿Cuándo se entero que su hijo padecía el Síndrome Down?

() Nacimiento () Tres meses () Seis meses

() ¿Cuándo? _____

- * 3.- ¿Qué información les dió el médico sobre el padecimiento
de su hijo?

() Diagnóstico del Síndrome y orientación para su tra-
tamiento.

() Diagnóstico desalentador e hiriente.

() Diagnóstico y canalización con los especialistas.

Describa brevemente como le dieron la información:

* 4.- ¿Qué actitud tuvo el padre al nacer su hijo?

() Aceptación.

() Rechazo.

() Decepción.

() Otra: _____

* 5.- ¿Qué actitud tuvo la madre al nacer su hijo?

() Aceptación.

() Rechazo.

() Decepción.

() Otra: _____

6.- ¿Porque se dá el Síndrome Down?

() Por el alcoholismo.

() Por una alteración cromosómica.

() Por mala alimentación.

() Por herencia genética.

() Otras: _____

7.- ¿Cuáles de estas características se presentan comúnmente en las personas con Síndrome Down?

() Bajo tono muscular () Línea transversal en las palmas.

() Manos pequeñas y anchas. () Nariz pequeña.

() Deficiencia mental. () Estatura normal.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sordera. | <input type="checkbox"/> Cuello corto. |
| <input type="checkbox"/> Cabeza normal. | <input type="checkbox"/> Aberturas palpebrales-oblicuo. |
| <input type="checkbox"/> Dobles epicantal | |

8.- Señale que alcances considera que pueda tener una persona con Síndrome Down:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caminar. | <input type="checkbox"/> Escribir. |
| <input type="checkbox"/> Hablar. | <input type="checkbox"/> Estudios superiores. |
| <input type="checkbox"/> Leer. | <input type="checkbox"/> Sumar y restar. |
| <input type="checkbox"/> Aprender un oficio. | <input type="checkbox"/> Tener vida sexual normal. |
| <input type="checkbox"/> Tomar decisiones. | <input type="checkbox"/> Diferenciar colores. |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | |

9.- ¿Qué considera Ud. necesario para que se den estos avances en los niños?

10.- Señale que limitaciones considera Ud. que puede tener una persona con Síndrome de Down:

- Lento desarrollo en el aprendizaje.
- Escasa habilidad manual.
- Deterioro físico.

() Pocas relaciones interpersonales.

() Otras: _____

11.- Mencione que factores considera Ud. necesarios para superar las limitaciones de su niño Down.

12.- Considera Ud. que su hijo requiere:

a) Saber que pertenece a una familia y que en ella se le quiere:

SI ()

NO ()

b) Ser estimulado fisiológicamente (gimnasia) para que gatee, camine, etc.

SI ()

NO ()

c) De una terapia de lenguaje;

SI ()

NO ()

d) De afecto y cariño de los demás familiares;

SI ()

NO ()

e) De situaciones que le permitan ser independiente;

SI ()

NO ()

* 16.- Que relación tienen otros familiares (tíos, abuelitos, primos, etc.) hacia su hijo:

buena	malas
cruels	impositivos
de sumisión	indiferentes
variables	y de amistad

17.- De las siguientes actividades, cuáles realiza el niño - junto con la familia en el hogar:

Comer ()

Ver televisión ()

Ayudar en los quehaceres domésticos ()

¿Cuáles?

platicar ()

Otras

* 18.- De las actividades sociales que presentamos a continuación, señale a cuáles ha llevado a su hijo y describa - como se comporta el niño:

() Fiestas familiares. Frecuencia

Acompañantes

Comportamiento del niño

() Espectáculos. Frecuencia

Acompañantes

Comportamiento del niño

- () Espectáculos. Frecuencia _____
 Acompañantes _____
 Comportamiento del niño _____
- () Fiestas de amistades. Frecuencia _____
 Acompañantes _____
 Comportamiento del niño _____
- () Paseos familiares. Frecuencia _____
 Acompañantes _____
 Comportamiento del niño _____
- () Excursiones. Frecuencia _____
 Acompañantes _____
 Comportamiento del niño _____

* 19.- ¿Qué juegos prefiere su hijo:

- () La pelota. () Canicas carritos.
 () Cantar. () Muñecas.
 () Bailar. () Otras _____

* 20.- ¿Quiénes son sus compañeros de juego?

- () Hermanos.
 () Tfos.
 () Primos.
 () Amigos de familia.
 () Amigos con el mismo problema.
 () Otros: _____

21.- ¿Qué hacen Uds. para que su hijo conviva con otros?

22.- ¿Qué actitudes toman Uds. ante las travesuras de su hijo?

Castigo corporal (si) (no) Amenazas (si) (no)

Encierro (si) (no) Privaciones (si) (no)

Explicaciones (si) (no) Otras: -----

* 23.- Señale que conductas se presentan con mayor frecuencia en su hijo:

() Berrinches.

() Destruir.

() Desobediencia.

() Mutismo.

() Patear objetos.

() Pocos sociables.

() Quitarse la ropa.

() Melancólico.

() Sacar la lengua.

() Romper la ropa y/u objetos.

() Decir groserías.

() Molestar a sus hermanos.

() Golpearse.

() Aislarse.

24.- Qué actitud toman Uds. cuando se presentan las conductas anteriores mencionadas

* 25.- Porqué considera Ud. importante cumplir las promesas y castigos que le imponen al niño:

a) Le da confianza y seguridad al niño () SI () NO

b) Lo ayuda a ser obediente y respetuoso.() SI () NO

c) Permite establecer conductas socialmente aceptadas -
(ser cortés, amable, no interrumpir la plática de -
los mayores, etc.). () SI () NO

26.- Qué hacen Uds. cuando su hijo no quiere:

comer _____

Bañarse _____

Vestirse _____

Ir al Instituto _____

27.- Describa en que momentos la conducta de su hijo lo hacen sentirse incómodo.

* 28.- Tienen Uds. algunos problemas específicos en el hogar -
con el niño SI () NO (). Describa brevemente y -
detalladamente dónde, ante quién, cuando y cuantas veces
se presentan. _____

* 29.- Se le ha proporcionado al niño información a cerca del-
sexo, SI () Cómo _____
NO () Porque _____

* 30.- ¿Quién impartió la información sexual?

31.- ¿Cómo considera Ud. que son las relaciones con su hijo-
dentro del ambiente familiar?

* 32.- En cuáles situaciones ha tenido problemas con su hijo y
se siente desorientado y sin confianza.

A quien recurre y qué hace:

- * 33.- Han sentido la necesidad de apoyarse con otros padres,-
para comprender y ayudar a la educación de su hijo.

- 34.- Creen Uds. que el éxito de un programa escolar depende
en gran parte de su comprensión y cooperación.

- 35.- Actualmente qué actitud tienen ante su hijo Down _____

- * 36.- ¿Cuánto tiempo tiene de trabajo su hijo?

----- Considera que ha sido productivo el tra
bajo realizado SI () NO ()

37.- A la fecha que tanto le han permitido al niño desenvol-
verse en una vida normal y de que manera: _____

NOTA: Todos los reactivos a los que se les antepone el asteris-
co (*) corresponden a la encuesta.

Las dudas presentadas por los padres de familia se acla-
raron verbalmente.

ANEXO B.
INVENTARIO CONDUCTUAL

I. CONDUCTA MOTORA

A. CONDUCTA MOTORA GRUESA.

	SI	NO
I.1 Levanta la cabeza al estar boca abajo.	-----	-----
I.2 Mantiene la cabeza levantada.	-----	-----
I.3 Eleva la cabeza de la almohada cuando esta acostado de espaldas.	-----	-----
I.4 Sostiene la cabeza firmemente al cargarlo.	-----	-----
I.5 Patalea.	-----	-----
I.6 Monotea.	-----	-----
2. SENTADO.		
2.1 Se sienta sostenido por cosas.	-----	-----
2.2 Se sienta con la almohada.	-----	-----
2.3 Se sienta sin ayuda.	-----	-----
2.4 Se sienta en una silla sin ayuda.	-----	-----

	SI	NO
3. GATEO.		
3.1 Se coloca boca abajo por sí solo.	-----	-----
3.2 Estando boca abajo, se mueve o trasladada arrastrándose sobre vientre.	-----	-----
3.3 Se arrastra sentado.	-----	-----
3.4 Estando boca abajo se mueve o se trasladada con sus manos o rodillas.	-----	-----
4. PARADO.		
4.1 Jala el cuerpo para pararse.	-----	-----
4.2 Se sostiene con la ayuda de un adulto.	-----	-----
4.3 Se sostiene de pie apoyado en ambas manos.	-----	-----
4.4 Se para por sí solo.	-----	-----
5. MARCHA.		
5.1 Camina sostenido por un adulto.	-----	-----
5.2 Camino sostenido de un corralito apoyado en éste.	-----	-----
5.3 Estando parado "intenta caminar"	-----	-----
5.4 Camina apoyándose.	-----	-----
5.5 Camina solo.	-----	-----

	SI	NO
5.6 Camina en terreno dispajero.	-----	-----
5.7 Sube escaleras gatenado.	-----	-----
5.8 Sube escaleras apoyándose en un barandal.	-----	-----
5.9 Sube escaleras retrocediendo y cayéndose.	-----	-----
5.10 Baja escaleras retrocediendo y cayendose.	-----	-----
5.11 Baja escaleras apoyándose en el barandal.	-----	-----
5.12 Tropa una silla o banca.	-----	-----
5.13 Brinca verticalmente.	-----	-----
5.14 Brinca horizontalmente.	-----	-----
5.15 Camina rápidamente.	-----	-----
5.16 Corre con ayuda.	-----	-----
5.17 Corre sin ayuda.	-----	-----
5.18 Salta del último escalón de las escaleras.	-----	-----
5.19 Juega con una pelota.	-----	-----
5.20 Patea.	-----	-----
5.21 Camina en rampa con ayuda.	-----	-----
5.22 Camina en rampa sin ayuda.	-----	-----
5.23 Es capaz de rodar sobre pasto, colchoneta.	-----	-----
5.24 Hace maromas.	-----	-----
5.25 Brinca sobre un solo pié.	-----	-----

SI NO

- 5.26 Camina entre dos líneas marcadas en el piso.-----
- 5.27 Guarda el equilibrio al caminar sobre una -
línea marcada en el piso. -----
- 5.28 Guarda el equilibrio estando parado, con -
los pies juntos y los ojos cerrados por más
de cinco pasos. -----
- 5.29 Salta la cuerda con los dos pies. -----
- 5.30 Salta la cuerda con un pie. -----
- 5.31 Baila (desplaza el cuerpo con ritmo). -----
- 5.32 Anda en triciclo. -----
- 5.33 Le pega a la pelota con un objeto, batea. -----
- 5.34 Anda en bicileta. -----

B. CONDUCTA MOTORA FINA

1. Prensa objetos con las manos. -----
2. Mete el chupón a la boca. -----
3. Se toca ambas manos. -----
4. Se toca ambos pies. -----
5. Toca objetos. -----
6. Pasa un objeto de una mano a la otra. -----
7. Menea una sonaja. -----

	SI	NO
8. Se lleva un objeto a la boca.	-----	-----
9. Muerde un objeto.	-----	-----
10. Sostiene un objeto.	-----	-----
11. Coge un objeto pequeño (con hilo).	-----	-----
12. Juega con dos juguetes a la vez.	-----	-----
13. Golpea dos juguetes entre sí.	-----	-----
14. Trata de recobrar un objeto si se le cae.	-----	-----
15. Saca y mete objetos de una caja.	-----	-----
16. Recibe y da una pelota.	-----	-----
17. Rasga papel.	-----	-----
18. Suelta cosas voluntariamente.	-----	-----
19. Coge un objeto que se mueve.	-----	-----
20. Lanza un objeto con la mano.	-----	-----
21. Arruga un papel.	-----	-----
22. Pasa un objeto de un lado a otro.	-----	-----
23. Empuja un objeto.	-----	-----
24. Jala objetos.	-----	-----
25. Carga objetos.	-----	-----
26. Incerta.	-----	-----

	SI	NO
27. Fija.	-----	-----
28. Ensambla.	-----	-----
29. Moldea con plastilina, masa, barro.	-----	-----
30. Raya con el lápiz.	-----	-----
31. Acerca el lápiz al papel.	-----	-----
32. Ilumina una figura sin respetar el contorno.	-----	-----
33. Ilumina una figura respetando el contorno.	-----	-----
34. Juega con bloques de madera.	-----	-----
35. Voltea las páginas de un libro o revista.	-----	-----
36. Arrastra un objeto (juguete) atado a un - hilo.	-----	-----
37. Enreda.	-----	-----
38. Enreda alambre o hilo a un palito.	-----	-----
39. Recorta sin seguir un contorno.	-----	-----
40. Recorta siguiendo un contorno.	-----	-----
41. Ensarta cubos en una agujeta.	-----	-----
42. Pinta con un pincel.	-----	-----
43. Hace figuras con madera.	-----	-----
44. Puede realizar un trabajo con dos o más conductas motoras finas como recortar y pegar una figura.	-----	-----

SI NO

II. LENGUAJE.

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Hace ruidos con la boca. | ----- | ----- |
| 2. Ronronea (sonidos similares a gato o perro). | ----- | ----- |
| 3. Emite sonidos vocales. | ----- | ----- |
| 4. Emite sonidos constantes. | ----- | ----- |
| 5. Emite sonidos silábicos. | ----- | ----- |
| 6. Emite una palabra. | ----- | ----- |
| 7. Emite más de tres palabras. | ----- | ----- |
| 8. Emite más de cinco palabras. | ----- | ----- |
| 9. Utiliza artículos. | ----- | ----- |
| 10. Utiliza sustantivos. | ----- | ----- |
| 11. Utiliza verbos. | ----- | ----- |
| 12. Utiliza adjetivos. | ----- | ----- |
| 13. Construye oraciones. | ----- | ----- |
| 14. Construye frases. | ----- | ----- |
| 15. Imita sonidos de objetos. | ----- | ----- |
| 16. Imita sílabas. | ----- | ----- |
| 17. Imita palabras. | ----- | ----- |
| 18. Responde preguntas en forma oral. | ----- | ----- |

	SI	NO
19. Da mensajes en forma verbal.	-----	-----
20. Habla con sus hermanitos.	-----	-----
21. Habla con sus hermanos adultos.	-----	-----
22. Habla con sus primos.	-----	-----
23. Habla con familiares adultos.	-----	-----
24. Habla con amigos.	-----	-----
25. Habla con amigos adultos.	-----	-----
26. Habla con niños desconocidos.	-----	-----
27. Habla con adultos desconocidos.	-----	-----
28. Pronuncia palabras correctamente.	-----	-----
29. Articula correctamente las palabras.	-----	-----

III. CUIDADO PERSONAL

I. VESTIRSE.

I.1 Cooperar cuando se le va a vestir metiendo las manos en las mangas.	-----	-----
I.2 Cooperar cuando se le va a vestir introduciendo las piernas en el calzón, pantalón o falda.	-----	-----
I.3 Cooperar cuando se le va a vestir introduciendo los pies en los zapatos.	-----	-----

	SI	NO
1.4 Se coloca en forma correcta el calzón.	-----	-----
1.5 Se coloca en forma correcta el pantalón.	-----	-----
1.6 Se coloca en forma correcta la camisa o la blusa.	-----	-----
1.7 Se coloca en forma correcta la falda.	-----	-----
1.8 Se coloca en forma correcta el sweater.	-----	-----
2. DESYESTIRSE,		
2.1 Cooperera cuando se le va a desvestir sacando las manos de las mangas.	-----	-----
2.2 Cooperera cuando se le va a desvestir sacando las piernas del calzón, pantalón, vestido o falda.	-----	-----
2.3 Cooperera cuando se le va a desvestir sacando los pies de los zapatos.	-----	-----
2.4 Se quita completamente los zapatos.	-----	-----
2.5 Se quita completamente los calcetines.	-----	-----
2.6 Se quita el calzón.	-----	-----
2.7 Se quita la camiseta.	-----	-----
2.8 Se quita completamente el cinturón.	-----	-----
2.9 Baja completamente el cierre.	-----	-----

- | | SI | NO |
|---|-------|-------|
| 2.10 Se desabrocha botones de frente. | ----- | ----- |
| 2.11 Se desabrocha botones de la espalda. | ----- | ----- |
| 2.12 Se quita completamente la pijama. | ----- | ----- |

EN LA ALIMENTACION.

3.1 HABILIDADES PRIMARIAS PARA COMER.

- | | | |
|---|-------|-------|
| 3.1.1 Succiona. | ----- | ----- |
| 3.1.2 Bebe con un biberón. | ----- | ----- |
| 3.1.3 Sostiene el biberón. | ----- | ----- |
| 3.1.4 Usa una taza o yaso. | ----- | ----- |
| 3.1.5 Sostiene una taza o yaso sin ayuda. | ----- | ----- |
| 3.1.6 Mastica sólidos. | ----- | ----- |
| 3.1.7 Come con la mano. | ----- | ----- |
| 3.1.8 Se sienta a comer a la mesa. | ----- | ----- |
| 3.1.9 Come solo. | ----- | ----- |

3.2 EMPLEO DE LA CUCHARA.

- | | | |
|---|-------|-------|
| 3.2.1 Coge la cuchara para tomar un alimento. | ----- | ----- |
| 3.2.2 Coge la cuchara por el mango con la parte concava hacia arriba. | ----- | ----- |

	SI	NO
3.2.3 Lleva la cuchara al plato.	-----	-----
3.2.4 Coloca el alimento en la cuchara.	-----	-----
3.2.5 Lleva la cuchara al plato.	-----	-----
3.2.6 Introduce poco menos de dos terceras partes de la cuchara dentro de la boca.	-----	-----
 3.3 EMPLEO DEL TENEDOR.		
3.3.1 Coge el tenedor para tomar el alimento.	-----	-----
3.3.2 Coge el tenedor por la parte cóncava hacia abajo presando con los otros dos dedos la parte posterior del mango.	-----	-----
3.3.3 Coge el tenedor por la parte cóncava hacia abajo apoyando el dedo índice sobre la parte superior delantera del mango y presando con los otros dedos la parte posterior del mango.	-----	-----
3.3.4 Lleva el tenedor al plato.	-----	-----
3.3.5 Pincha el alimento con el tenedor.	-----	-----
3.3.6 Lleva el alimento con el tenedor hacia los labios.	-----	-----
3.3.7 Introduce un poco menos de la tercera parte del tenedor a la boca.	-----	-----

SI NO

3.4. EMPLEO DEL CUCHILLO.

- | | | |
|--|-------|-------|
| 3.4.1 Toma el cuchillo por el mango. | ----- | ----- |
| 3.4.2 Toma el cuchillo por el mango poniendo
la parte filosa hacia abajo. | ----- | ----- |
| 3.4.3 Coloca el cuchillo sobre el alimento. | ----- | ----- |
| 3.4.4 Parte el alimento con el cuchillo. | ----- | ----- |

3.5 EMPLEO DEL VASO.

- | | | |
|--|-------|-------|
| 3.5.1 Coge el vaso por su parte exterior con
los dedos y la palma de la mano. | ----- | ----- |
| 3.5.2 Dirige el vaso de los labios. | ----- | ----- |
| 3.5.3 Pone la parte interior de los labios en
la orilla del vaso. | ----- | ----- |
| 3.5.4 Bebe el contenido del vaso. | ----- | ----- |
| 3.5.5 Coloca el vaso sobre la mesa sin tirar
el contenido. | ----- | ----- |

3.6 EMPLEO DE LA TAZA.

- | | | |
|--|-------|-------|
| 3.6.1 Coge la taza por el asa. | ----- | ----- |
| 3.6.2 Dirige la taza hacia los labios. | ----- | ----- |

	SI	NO
3.6.3 Pone la parte interior de los labios en la orilla de la taza.	-----	-----
3.6.4 Bebe el contenido de la taza.	-----	-----
3.6.5 Coloca la taza sobre la mesa o plato sin tirar el contenido.	-----	-----
4. CONTROL DE ESFINTERES.		
4.1 Avisa con señas.	-----	-----
4.2 Avisa verbalmente.	-----	-----
4.3 Se dirige hacia la bacinica o taza del baño.	-----	-----
4.4 Se baja el pantalón.	-----	-----
4.5 Se baja el calzón.	-----	-----
4.6 Se sienta a defecar dentro de la bacinica.	-----	-----
4.7 Orina dentro de la bacinica o taza.	-----	-----
4.8 Se limpia.	-----	-----
4.9 Se sube el calzón.	-----	-----
4.10 Se sube el pantalón.	-----	-----
4.11 Va al baño cuando lo necesita sin que se lo digan.	-----	-----

	SI	NO
5. LAVADO DE LA CARA Y MANOS.		
5.1 Se moja la cara y las manos.	-----	-----
5.2 Coge el jabón.	-----	-----
5.3 Se enjuaga la cara y las manos.	-----	-----
5.4 Se enjabona la cara y las manos.	-----	-----
5.5 Coge la toalla.	-----	-----
5.6 Se seca la cara y las manos.	-----	-----
5.7 Se lava solo.	-----	-----
6. BANARSE.		
6.1 Se desviste.	-----	-----
6.2 Se mete a la regadera o tina.	-----	-----
6.3 Se mete y se moja el cuerpo.	-----	-----
6.4 Se enjabona el cuerpo.	-----	-----
6.5 Se enjuaga el cuerpo.	-----	-----
6.6 Se moja la cabeza.	-----	-----
6.7 Se enjabona la cabeza.	-----	-----
6.8 Se enjuaga la cabeza.	-----	-----
6.9 Abre la llave del agua.	-----	-----

	SI	NO
6.10 Cierra la llave del agua.	-----	-----
6.11 Se seca el cuerpo y la cabeza.	-----	-----
6.12 Templá el agua.	-----	-----
6.13 Se baña solo.	-----	-----
7. CUIDADO DE LOS DIENTES.		
7.1 Toma el cepillo por el mango.	-----	-----
7.2 Le pone la pasta de dientes.	-----	-----
7.3 Se cepilla los dientes.	-----	-----
7.4 Se enjuaga la boca.	-----	-----
7.5 Se seca la boca.	-----	-----
7.6 Se asea los dientes solo.	-----	-----
8. CUIDADO DE LAS UÑAS.		
8.1 Se limpia las uñas.	-----	-----
8.2 Se corta las uñas.	-----	-----
8.3 Se limpia las uñas.	-----	-----

SI NO

9. PEINARSE.

- 9.1 Toma el peine. -----
- 9.2 Le pone agua al peine. -----
- 9.3 Pasa el peine por el pelo alizándolo. -----
- 9.4 Se hace el partido. -----
- 9.5 Se recoge el pelo con el pasador o liga. -----
- 9.6 Se peina solo. -----

IV. CONDUCTA SOCIAL.

- 1. Sonrfe. -----
- 2. Da las manos. -----
- 3. Se acerca a otras personas. -----
- 4. Dice adios con la mano cuando se lo piden. -----
- 5. Dice adios con la mano cuando alguien se retira. -----
- 6. Toca a niños. -----
- 7. Toca a adultos. -----
- 8. Se toma la mano. -----
- 9. Acaricia. -----

	SI	NO
10. Imita sonidos.	-----	-----
11. Imita gestos.	-----	-----
12. Imita ademanes.	-----	-----
13. Imita movimientos de cabeza a los lados.	-----	-----
14. Imita movimientos de cabeza de arriba a abajo.	-----	-----
15. Aplaude con movimientos de las manos.	-----	-----
16. Sigue a un adulto.	-----	-----
17. Toma los juguetes por sí mismo.	-----	-----
18. Acomoda sus juguetes.	-----	-----
19. Recoge los juguetes si se le caen.	-----	-----
20. Manipula sus juguetes cerca de otros niños.	-----	-----
21. Juega con un niño.	-----	-----
22. Juega con dos o más niños.	-----	-----
23. Presta sus juguetes, permitiéndoles a otros niños jugar separadamente con ellos.	-----	-----
24. Es capaz de ayudar a otros niños ofreciéndoles su ayuda mientras juegan.	-----	-----
25. Interrumpe su propia actividad para ayudar a otros.	-----	-----
26. Ayuda con pequeños bultos.	-----	-----

	SI	NO
27. Pide prestados los juguetes a otros niños regresandolos a solicitud del dueño.	-----	-----
28. Trae utencilios de aseo.	-----	-----
29. Recoge objetos del suelo.	-----	-----
30. Trae prendas de vestir.	-----	-----
31. Limpia la mesa.	-----	-----
32. Recoge la loza.	-----	-----
33. Pone la mesa.	-----	-----
34. Laya la loza.	-----	-----
35. Seca la loza.	-----	-----
36. Limpia líquidos.	-----	-----
37. Hace la cama.	-----	-----
38. Cuelga la ropa en su gancho.	-----	-----
39. Cuelga la ropa en closet o ropero.	-----	-----
40. Limpia sus zapatos.	-----	-----
41. Cepilla sus zapatos.	-----	-----
42. Dá grasa a sus zapatos.	-----	-----
43. Responde a la puerta.	-----	-----
44. Toma mensajes y llama a la persona correspondiente.	-----	-----

- | | SI | NO |
|--|-------|-------|
| 45. Contesta el teléfono. | ----- | ----- |
| 46. Reporta accidentes. | ----- | ----- |
| 47. Va por mandados. | ----- | ----- |
| 48. Responde a preguntas verbalmente. | ----- | ----- |
| 49. Es capaz de sostener una conversación. | ----- | ----- |

NOTA: El inventario Conductual aplicado, fue proporcionado por la propia Institución (CTEDUCA).

	SI	NO
45. Contesta el teléfono.	-----	-----
46. Reporta accidentes.	-----	-----
47. Va por mandados.	-----	-----
48. Responde a preguntas verbalmente.	-----	-----
49. Es capaz de sostener una conversación.	-----	-----

NOTA: El inventario Conductual aplicado, fue proporcionado por la propia Institución (CTEDUCA).

ANEXO "C"
 CONTENIDO DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCION

SESION	OBJETIVO	CONTENIDO	ESTRATEGIA	MATERIAL
1	Sensibilizar a los padres con respecto a la información que posteriormente se les va a proporcionar.	Objetivos de las sesiones 2 a la 21.	Ejercicio vivencial sobre la actitud de la familia ante el niño Down.	-Hojas de ejercicio. -Lápices. -Hojas en rotafolio.
2	Reafirmarán sus conocimientos en cuanto a los antecedentes históricos del síndrome Down exponiéndolos ante el grupo.	- Estudio del desarrollo del deficiente mental. - Aspectos históricos del S.D. -1846 Cretinismo furfuraceo. -1866 John Langdon Down. -1875 John Frazer y A. Mitchell. -1859 Turpin, Lejeune y Gautier. -1960-1961 Descubrimiento de la trisomía, translocación y el mosaicismo.	- Conferencia.	- Notas técnicas. - Rotafolio. - Pizarrón.

SESION	OBJETIVO	CONTENIDO	ESTRATEGIA	MATERIAL
3	Describiran por los menos dos de las causas genéticas que ocasionan el síndrome Down, así como las posibilidades de que éste se dé, de acuerdo con lo expuesto en la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> -Trisomía 21. -Trisomía 21/mosaicismo - normal. -Mosaicismo 45/46. -Tipos de trisomía 21 (frecuencia). -Frecuencia del síndrome Down al nacer. -Probabilidades de prole mongólica según la edad de la madre. 	-Conferencia	<ul style="list-style-type: none"> -Rotafolio. -Notas técnicas.
4 y 5	Distinguirá dentro de un esquema, por lo menos 10 de las características más importantes que distinguen al niño Down del niño normal.	<ul style="list-style-type: none"> -Características físicas. -Características de la personalidad. -Aptitudes para el aprendizaje. -Precursores para un aprendizaje adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> *Conferencia *Pequeños grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Rotafolio. -Notas técnicas. -Esquema del cuerpo del niño Down.
6 y 7	Diferencia las necesidades del niño Down en correlación con el desarrollo del niño normal, determinando las diferencias en el aprendizaje entre los dos.	-Desarrollo del niño Down y del niño normal.	<ul style="list-style-type: none"> *Conferencias *Preguntas dirigidas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Rotafolio. -Notas técnicas.

SESION	OBJETIVO	CONTENIDO	ESTRATEGIA	MATERIAL
8 y 9	Explicarán en sus propias palabras la utilidad de las técnicas de modificación de conducta para ayudar al desarrollo del niño Down.	<ul style="list-style-type: none"> -Adquisiciones de conductas -Formas de estimular a un niño Down. -Utilización del reforzamiento (positivo y negativo 0). -Moldeamiento por aproximaciones sucesivas. -Imitación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conferencia. -Lluvia de ideas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Rotafolio. -Notas técnicas.
10, 11 y 12	Discriminarán dentro de una serie de situaciones conductuales las técnicas que se utilizan para mejorar el desarrollo del niño Down.	<ul style="list-style-type: none"> -Tiempo fuera. -Castigo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conferencia. -Estudio de caso. 	<ul style="list-style-type: none"> -Notas técnicas. -Cinco casos.
13 y 14	Justificarán la importancia que tiene una terapia familiar, dentro del niño Down.	<ul style="list-style-type: none"> -Definición de familia. -Clasificación y clase tipológica de las familias. -Educación del Down y relación de la familia. -El choque emocional de tener un hijo Down dentro de la familia. -Necesidades de información y orientación en el tratamiento del niño Down. -Aspectos que deben integrarse al tratar a la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conferencia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Rotafolio.

SESION	OBJETIVO	CONTENIDO	ESTRATEGIA	MATERIAL
15 y 16	Calificarán su comportamiento hacia el niño de acuerdo con las peticiones expuestas en la conferencia.	-Padres con posiciones extremistas. a) pasivo b) autorizado c) posibilidad circular -Padres positivos.	-Conferencia.	-Rotafolio. -Notas técnicas.
17 y 18	Justificarán el desarrollo de una estructura familiar que permita fomentar la adecuada adaptación del niño a su medio ambiente.	-Estructura de la familia. -Influencia de la familia. -Elementos esenciales para fomentar la adaptación del niño.	-Conferencia. -Lluvia de ideas.	-Rotafolio. -Notas técnicas.
19 y 20	Explicarán en sus propias palabras por lo menos 3 de las causas de las alteraciones emocionales en los padres, que influyen en el surgimiento de conductas problemáticas en el niño.	-Alteraciones emocionales en los niños Down, por la deficiente atención familiar. -Conductas sociales. -Conductas de frustración. -Conductas de apoyo. -Conductas de interacción.	-Conferencia. -Estudio de caso.	-Rotafolio. -dos casos.

SESION	OBJETIVO	CONTENIDO	ESTRATEGIA	MATERIAL
21	Justificarán la importancia de la integración familiar en la ayuda del niño Down.	-Relaciones familiares en los aspectos: a) social b) cognitivo c) afectivo	-Conferencia -Psicodrama.	-Rotafolio.
22	Retroalimentación			Preguntas dirigidas.

ANEXO "D"

POSTEST

- 1.- Señale las posibles causas que ocasionan el Síndrome de Down.
- () Por el alcoholismo. () Por la edad de la madre.
- () Por una aberración cromosómica. () Por mala alimentación.
- () Por golpes. () Por herencia gonótica.
- () Otras: -----
- 2.- ¿Cuáles de estas características no presentan comunmente en las personas con Síndrome Down?
- () Bajo tono muscular. () Manos pequeñas y anchas.
- () Deficiencia mental. () Sordera.
- () Cabeza normal. () Dobles epicantal.
- () Problemas respiratorios. () Línea transversal en las palmas.
- () Cuello corto. () Estatura normal.
- () Aberturas palpebrales oblicuos. () Problemas cardiacos.
- 3.- Señale que alcances considera que puede tener una persona con Síndrome Down:
- () Caminar. () Hablar.
- () Leer. () Aprender un oficio.
- () Estudios superiores. () Sumar y restar.

- Tener vida sexual normal. Escribir.
- Tomar decisiones. Diferenciar colores.
- Otras: _____

4.- ¿Qué considerará Ud. necesario para que no don estos alcan--
ces en los niños Down?

5.- Señale qué limitaciones considera que puede tener una per--
sona en Síndrome Down:

- Lento desarrollo en el aprendizaje.
- Escasa habilidad manual.
- Deterioro físico.
- Pocas relaciones interpersonales.
- Otras: _____

6.- Mencione qué factores considera Ud. necesarios para supe--
rar las limitaciones de su niño Down:

7.- Considera Ud. que su hijo Down requiera:

a) Saber que pertenece a una familia en que en la se le requiera:

() SI () NO

b) Ser estimulado fisiológicamente (gimnasia) para que gatee, camine, etc.

() SI () NO

c) De una terapia del lenguaje:

() SI () NO

d) De afecto y cariño de los demás familiares:

() SI () NO

e) De situaciones que le permitan ser independiente:

() SI () NO

* 8.- De los siguientes aspectos cuáles considera que debe tener información el niño:

() Dios. () Castigos.

() Diablo. () Sexo.

() Temblores. () Muerte.

() Guerra. () Accidentes.

() Enfermedades. () Divorcio.

- * 9.- Aproximadamente que tiempo, considera necesario dedicar a su hijo para que tenga un desarrollo adecuado.

- *10.- Qué información deben tener las siguientes personas que rodean al niño Down y cual debe ser su actitud:

Padre -----

Madre -----

Hermanos -----

Tfos -----

Demas familiares -----

Amigos -----

Vecinos -----

11.- De las siguientes actividades, cuáles debe realizar el niño junto con la familia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hacer la tarea. | <input type="checkbox"/> Fiestas familiares. |
| <input type="checkbox"/> Comer. | <input type="checkbox"/> Espectáculos. |
| <input type="checkbox"/> Ver televisión. | <input type="checkbox"/> Fiestas de amistades. |
| <input type="checkbox"/> Ayudar en los quehaceres domésticos. | <input type="checkbox"/> Paseos familiares. |
| <input type="checkbox"/> Pláticas. | <input type="checkbox"/> Excursiones. |

*12.- Qué juegos puede realizar su hijo:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> La pelota. | <input type="checkbox"/> Canicas. |
| <input type="checkbox"/> Dar maromas. | <input type="checkbox"/> Carritos. |
| <input type="checkbox"/> Cantar. | <input type="checkbox"/> Patinar. |
| <input type="checkbox"/> Bailar. | <input type="checkbox"/> Muñecas. |
| <input type="checkbox"/> Correr. | <input type="checkbox"/> Andar en triciclo o bicicleta. |
| <input type="checkbox"/> Brincar. | <input type="checkbox"/> Soldaditos. |
| <input type="checkbox"/> A la casita. | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |

13.- ¿Qué hacen Uds. para que su hijo conviva con otros?

*14.- Señale que conductas se presentan con mayor frecuencia -
en su niño:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berrinches. | <input type="checkbox"/> Destruir. |
| <input type="checkbox"/> Desobediencia. | <input type="checkbox"/> Mutismo. |
| <input type="checkbox"/> Patear objetos. | <input type="checkbox"/> Poco sociable. |
| <input type="checkbox"/> Quitarse la ropa. | <input type="checkbox"/> Melancólico. |
| <input type="checkbox"/> Sacar la lengua. | <input type="checkbox"/> Romper la ropa y objetos. |
| <input type="checkbox"/> Decir groserías. | <input type="checkbox"/> Molestar a sus hermanos. |
| <input type="checkbox"/> Golpearse. | <input type="checkbox"/> Aislarse. |

15.- Qué actitudes deben tomar Uds. ante éstas situaciones:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Castigo corporal. | <input type="checkbox"/> Amenazas. |
| <input type="checkbox"/> Encierro. | <input type="checkbox"/> Privaciones. |
| <input type="checkbox"/> Explicaciones. | <input type="checkbox"/> Tiempo fuera. |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

16.- Qué deben Uds. hacer cuando su hijo necesita aprender -
nuevas conductas tales como: comer, bañarse, vestirse, -
caminar, aprender a escribir, dibujar, controlar esfínteres, etc.

17.- Qué actitud tomarían Uds. cuando su hijo los hace sentirse incómodos:

*18.- Considera que no se le debe dar información a cerca del sexo a la persona Down.

19.- En las situaciones en las cuales tiene problemas y se siente desorientado con respecto a su hijo, a quiénes debe recurrir:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A su pareja. | <input type="checkbox"/> A familiares. |
| <input type="checkbox"/> A su maestra. | <input type="checkbox"/> A especialistas (psicólogos, médicos). |
| <input type="checkbox"/> Amigos. | <input type="checkbox"/> Padres en la misma situación. |
| <input type="checkbox"/> Vecinos. | <input type="checkbox"/> Otros padres de familia. |

*20.- De que cree Uds. que depende el adecuado desarrollo (social, afectivo, escolar, etc.) de su hijo.

21.- Actualmente que actitud tienen ante su hijo Down.

22.- A la fecha que tanto le permitirá a su hijo desenvolverse en una vida normal y de que manera.

* Todos los reactivos a los que se les antepone el asterisco corresponden a la encuesta.

RESULTADOS DEL INVENTARIO CONDUCTUAL

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
I. CONDUCTA MOTORA				
A.- Conducta Motora Gruesa.				
1.- Control de la cabeza.				
1.1 Levanta la cabeza al estar boca abajo.....	31	19	31	19
1.2 Mantiene la cabeza levantada.....	31	19	31	19
1.3 Eleva la cabeza de la almohada cuando está acostado de espalda.	31	19	31	19
1.4 Sostiene la cabeza firmemente al cargarlo.	31	19	31	19
1.5 Patalea	31	19	31	19
1.6 Manotea.	31	19	31	19
2.- Sentado.				
2.1 Se sienta sostenido por cosas.	31	19	31	19
2.2 Se sienta con la almohada.	31	19	31	19
2.3 Se sienta sin ayuda.	31	19	31	19
2.4 Se sienta en una silla sin ayuda	31	19	31	19
3.- Gatea.				
3.1 Se coloca boca abajo por sí solo	31	19	31	19

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
3.2 Estando boca abajo, se mueve o traslada arrastrándose sobre el vientre.	31	19	31	19
3.3 Se arrastra sentado.	31	19	31	19
3.4 Estando boca abajo, se mueve o traslada sobre sus manos y rodillas.	31	19	31	19
4.- Parado.				
4.1 Jala el cuerpo para pararse.	31	19	31	19
4.2 Se sostiene de pie con ayuda de un adulto.	31	19	31	19
4.3 Se sostiene de pie apoyado en ambas manos.	31	19	31	19
4.4 Se para sí solo.	31	19	31	19
5.- Marcha.				
5.1 Camina sostenido por un adulto.	31	19	31	19
5.2 Camina alrededor de un corralito apoyado en este.	31	19	31	19
5.3 Estando parado "intenta" caminar.	31	19	31	19
5.4 Camina apoyándose.	31	19	31	19
5.5 Camina solo.	31	19	31	19
5.6 Camina en terreno disparejo.	31	19	31	19

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
5.7 Sube escaleras gateando.	31	19	31	19
5.8 Sube escaleras apoyándose en un barandal	31	19	31	19
5.9 Sube escaleras caminando.	27	11	27	11
5.10 Baja escaleras retrocediendo y cayendo	15	4	15	6*
5.11 Baja escaleras apoyado sobre el barandal	31	19	31	19
5.12 Trepa una silla o banco.	31	19	31	19
5.13 Brinca verticalmente.	29	15	31*	18*
5.14 Brinca horizontalmente.	29	15	31*	18*
5.15 Camina rápidamente.	31	19	31	19
5.16 Corre con ayuda.	31	19	31	19
5.17 Corre sin ayuda.	31	19	31	19
5.18 Salta del último escalón de escaleras.	29	15	31	19
5.19 Juega con una pelota.	31	19	31*	18*
5.20 Patea.	31	19	31	19
5.21 Camina en rampa con ayuda.	31	19	31	19
5.22 Camina en rampa sin ayuda.	27	15	31	19
5.23 Es capaz de rodar sobre pasto, colchoneta.	31	14	29*	18*
5.24 Hace maromas.	14	6	31	17*
			16*	9*

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
5.25 Brinca sobre un solo pie.	29	15	31*	18*
5.26 Camina entre dos líneas marcadas en el piso . . .	31	19	31	19
5.27 Guarda el equilibrio al caminar sobre una línea - marcada en el piso.	28	15	31*	19*
5.28 Guarda el equilibrio estando parado, con los pies juntos y los ojos cerrados, por más de cinco minu- tos.-.	25	11	27*	15*
5.29 Salta la cuerda con los dos pies.	20	13	20	13
5.30 Salta la cuerda con un pie.	17	7	17	7
5.31 Baila (desplaza el cuerpo con ritmo).	31	19	31	19
5.32 Anda en triciclo.	10	4	10	4
5.33 Le pega a la pelota con un objeto, batea.	12	8	12	8
5.34 Anda en bicicleta.	7	2	7	2
 B.- Conducta Motora Fina.				
1. Prensa objetos con la mano.	31	19	31	19
2. Mete el chupon en la boca.	31	19	31	19
3. Se toca ambas manos.	31	19	31	19
4. Se toca los pies.	31	19	31	19

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
5. Toca objetos.	31	19	31	19
6. Pasa un objeto de una manera a otra	31	19	31	19
7. Menea una sonaja.	31	19	31	19
8. Se lleva un objeto a la boca.	31	19	31	19
9. Muerde un objeto.	31	19	31	19
10. Sostiene un objeto.	31	19	31	19
11. Coje un objeto pequeño (un hilo).	30	17	31*	19*
12. Juega con dos juguetes a la vez	22	15	25*	17*
13. Golpea dos juguetes entre sí.	22	15	25*	17*
14. Trata de recobrar un objeto si se le cae.	31	19	31	19
15. Mete y saca objetos de una caja.	30	17	30	17
16. Recibe y dá una pelota.	31	19	31	19
17. Rasga papel.	25	12	28*	14*
18. Suelta cosas voluntariamente.	31	19	31	19
19. Coje un objeto que se mueve.	31	19	31*	19
20. Lanza un objeto con la mano.	20	13	29*	14*
21. Arruga un papel.	27	13	29*	15*
22. Pasa un objeto de un lado a otro.	31	19	31	19

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
23. Empuja objetos.	31	19	31	19
24. Jala objetos.	30	17	31*	19*
25. Carga objetos	31	19	31	19
26. Incerta.	23	11	25*	15*
27. Fija.	18	6	18	6
28. Ensambla.	18	6	18	6
29. Moldea con plastilina, masa, barro.	21	9	21	9
30. Acerca el lápiz al papel.	19	5	21*	7*
31. Raya con el lápiz.	19	5	21*	5
32. Ilumina una figura sin respetar el contorno.	17	5	17	7*
33. Ilumina una figura respetando el contorno.	6	0	9*	2*
34. Juega con bloques de madera.	18	6	20*	8*
35. Voltea las páginas de un libro o revista.	18	5	22*	9*
36. Arrastra un juguete atado a un hilo.	30	17	31*	19
37. Enrosca.	15	4	15	4
38. Enreda alambre o hilo a un palito.	15	4	15	4
39. Recorta sin seguir un contorno.	9	5	9	5
40. Recorta siguiendo un contorno	7	0	7	0

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
41. Ensarta cubos en una agujeta.	10	5	10	5
42. Pinta con pincel.	18	11	18	11
43. Hace figuras con madera.	15	5	15	5
44. Puede realizar un trabajo con dos o más conductas - motoras finas: como recortar y pegar una figura....	7	3	7	3

1a. Aplicación		2da. Aplicación	
Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.

II. LENGUAJE

1. Hace ruido con la boca.	31	19	31	19
2. Ronronea (sonidos similares a gato o carro)	31	19	31	19
3. Emite sonidos vocales.	31	19	31	19
4. Emite sonidos consonantes.	31	19	31	19
5. Emite sonidos silábicos.	28	17	30*	19*
6. Emite una palabra.	28	17	30*	19*
7. Emite más de tres palabras.	28	17	30*	17
8. Emite más de cinco palabras.	24	12	27*	13*
9. Utiliza artículos.	19	9	21*	10*
10. Utiliza sustantivos.	18	9	21*	10*
11. Utiliza verbos.	19	10	22*	10
12. Utiliza adjetivos.	18	9	18	10*
13. Construye oraciones.	12	7	15*	8*
14. Construye frases.	12	7	15*	8*
15. Imita sonidos de objetos.	19	12	22*	13*
16. Imita sílabas.	28	17	31*	17

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
17. Imita palabras.	28	17	31*	17
18. Responde preguntas en forma verbal.	12	7	12	7
19. Da mensajes en forma verbal.	12	7	12	7
20. Habla con sus hermanitos.	12	7	12	7
21. Habla con sus hermanos adultos.	12	7	12	7
22. Habla con sus primos.	9	4	10*	4
23. Habla con familiares adultos.	9	4	10*	4
24. Habla con amigos.	12	6	12	6
25. Habla con amigos adultos.	9	5	10*	5
26. Habla con niños desconocidos.	7	3	7	3
27. Habla con desconocidos adultos.	7	3	8*	3
28. Pronuncia las palabras correctamente.	7	2	7	2
29. Articula correctamente las palabras.	7	2	7	2

III. CUIDADO PERSONAL

1.- Vestirse.

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
1.1 Coopera cuando se le va a vestir metiendo las manos en las mangas.	31	19	31	19
1.2 Coopera cuando se le va a vestir introduciendo las piernas en el calzón, pantalón o falda.	31	19	31	19
1.3 Coopera cuando se le va a vestir introduciendo los pies en los zapatos.	31	18	31	19*
1.4 Se coloca en forma correcta el calzón.	29	16	31*	17*
1.5 Se coloca en forma correcta la camiseta.	27	17	30*	17*
1.6 Se coloca en forma correcta la camisa o la blusa.	30	17	31*	18*
1.7 Se coloca en forma correcta el pantalón.	27	16	29*	17*
1.8 Se coloca en forma correcta la falda.	27	16	29*	17*
1.9 Se coloca en forma correcta el sweater.	15	7	17*	9*
1.10 Se coloca en forma correcta el vestido.	12	7	15*	9*
1.11 Se coloca en forma correcta el abrigo.	12	7	15*	9*
1.12 Se coloca en forma correcta la pijama.	15	8	17*	10*
1.13 Se abrocha los botones de enfrente.	30	17	31*	10*

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
1.14 Se abrocha los botones de la espalda.	20	5	23*	7*
1.15 Se abrocha cierres automáticos.	9	4	11*	7*
1.16 Se coloca el cinturón.	7	4	10*	6*
1.17 Se abrocha la hebilla.	7	4	10*	6*
1.18 Se coloca el calcetín correctamente.	15	7	17*	9*
1.19 Se coloca los zapatos correctamente.	7	3	7	3
1.20 Se abrocha los zapatos correctamente.	7	3	7	3
1.21 Se amarra las agujetas de los zapatos.	7	3	7	3
1.22 Se viste completamente sin ayuda.	5	3	5	3
2.- Desvestirse.				
2.1 Cooperera cuando se le va a desvestir sacando las ma nos de las mangas.	31	19	31	19
2.2 Cooperera cuando se le va a desvestir sacando las - piernas, del calzón, pantalón vestido o falda. . .	31	19	31	19
2.3 Cooperera cuando se le va a desvestir sacando los - pies de los zapatos.	31	19	31	19
2.4 Se quita completamente los zapatos.	7	3	7	3
2.5 Se quita completamente los calcetines.	17	8	19*	10*

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
2.6 Se quita el calzón.	31	16	31	18*
2.7 Se quita la camiseta.	31	16	31	18*
2.8 Se quita completamente el cinturón.	7	3	10*	5*
2.9 Baja completamente el cierre.	9	4	9	4
2.10 Se desabrocha botones de la espalda.	20	15	25*	17*
2.11 Se desabrocha botones de enfrente.	30	17	31*	19*
2.12 Se quita completamente la pijama.	20	8	27*	10*
2.13 Se quita completamente el abrigo.	20	8	27*	10*
2.14 Se quita completamente el vestido.	19	8	22*	10*
2.15 Se quita completamente el sweater.	23	9	29*	12*
2.16 Se quita completamente la falda.	9	3	12*	3
2.17 Se quita completamente el pantalón.	10	3	14*	4*
2.18 Se quita completamente la blusa o camisa.	23	8	29*	15*
2.19 Se desviste completamente sin ayuda.	8	3	12*	5*

3.- En la Alimentación.

3.1 Habilidades primarias para comer.

3.1.1 Succiona.	31	19	31	19
-------------------------	----	----	----	----

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
3.1.2 Bebe en un biberón.	31	19	31	19
3.1.3 Sostiene el biberón.	31	19	31	19
3.1.4 Usa una tasa o vaso.	31	19	31	19
3.1.5 Sostiene una tasa o vaso sin ayuda.	30	17	31*	19*
3.1.6 Mastica sólidos.	31	19	31	19
3.1.7 Come con la mano.	7	10	7	10
3.1.8 Se sienta a comer a la mesa.	31	19	31	19
3.1.9 Come solo.	27	16	27	16
3.2 Empleo de la cuchara.				
3.2.1 Coje la cuchara para tomar un alimento.	31	12	31	12
3.2.2 Coje la cuchara por el mango con la parte cóncava hacia arriba.	24	12	24	12
3.2.3 Lleva la cuchara al plato.	24	12	24	12
3.2.4 Coloca el alimento en la cuchara.	24	9	24	9
3.2.5 Lleva la cuchara conteniendo alimento hacia los labios.	24	12	24	12
3.2.6 Introduce poco menos de las dos terceras partes de la cuchara dentro de la boca.	24	9	24	9

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
3.3 Empleo del tenedor.				
3.3.1 Coje el tenedor para tomar el alimento.	19	12	19	12
3.3.2 Coje el tenedor por la parte cóncava hacia abajo - prensando con los otros dos dedos la parte poste- rior del mango.	15	8	15	8
3.3.3 Coje el tenedor por la parte cóncava hacia abajo, apoyando el dedo índice sobre la parte superior - delantera del mango y prensando con los otros de- dos la parte posterior del mango.	15	8	15	8
3.3.4 Lleva el tenedor al plato.	19	12	19	12
3.3.5 Pincha el alimento con el tenedor.	12	5	12	5
3.3.6 Lleva el alimento con el tenedor hacia los labios.	12	5	12	5
3.3.7 Introduce un poco menos de la tercera parte del - tenedor en la boca.	12	5	12	5
3.4 Empleo del cuchillo.				
3.4.1 Toma el cuchillo por el mango.	15	8	15	8
3.4.2 Toma el cuchillo por el mango poniendo la parte - filosa hacia abajo.	12	5	12	5
3.4.3 Coloca el cuchillo sobre el alimento.	12	5	12	5

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
3.4.4 Parte el alimento con el cuchillo.	7	3	7	3
3.5 Empleo del vaso.				
3.5.1 Coje el vaso por su parte exterior con los dedos y la palma de la mano.	31	19	31	19
3.5.2 Dirige el vaso de los labios.	31	19	31	19
3.5.3 Pone la parte interior de los labios en la orilla del vaso.	31	19	31	19
3.5.4 Bebe el contenido del vaso.	31	19	31	19
3.5.5 Coloca el vaso sobre la mesa sin tirar el contenido.	31	18	31	19*
3.6 Empleo de la tasa.				
3.6.1 Coje la taza por la asa.	31	18	31	19*
3.6.2 Dirige la taza hacia los labios.	31	18	31	19*
3.6.3 Pone la parte interior de los labios en la orilla de la taza.	29	18	31*	18
3.6.4 Bebe el contenido de la taza.	29	18	31*	13
3.6.5 Coloca la taza sobre la mesa o plato sin tirar el contenido.	27	14	29*	14

1a. Aplicación		2da. Aplicación	
Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.

4.- Control de Esffnteres.

4.1 Avisa con señas.	10	11	10	11
4.2 Avisa verbalmente.	21	8	23	10*
4.3 Se dirige hacia la bacinica o taza del baño.	26	19	28*	19
4.4 Se baja el pantalón.	22	17	23*	17
4.5 Se baja el calzón.	22	17	23*	17
4.6 Se sienta a defectar dentro de la bacinica.	22	15	23*	15
4.7 Orina dentro de la bacinica o taza.	22	15	23*	15
4.8 Se limpia.	17	8	17	8
4.9 Se sube el calzón.	17	8	17	8
4.10 Se sube el pantalón.	17	8	17	8
4.11 Va al baño cuando lo necesita y sin que se lo digan.	17	8	17	8

5.- Lavado de la cara y manos.

5.1 Se moja la cara y las manos.	31	18	31	18
5.2 Coje el jabón.	31	18	31	18
5.3 Se enjuaga la cara y las manos	27	15	29*	15

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
5.4 Se enjabona la cara y las manos.	27	15	29*	15
5.5 Coje la toalla.	22	14	27*	15*
5.6 Se seca las manos y la cara	22	14	27*	15*
5.7 Se lava solo.	22	14	27*	15*
6.- Bañarse.				
6.1 Se desviste.	17	8	17	8
6.2 Se mete a la regadera o tina.	22	13	22	13
6.3 Se mete y se moja el cuerpo.	22	13	22	13
6.4 Se enjabona el cuerpo.	22	13	22	13
6.5 Se enjuaga el cuerpo.	22	13	22	13
6.6 Se moja la cabeza.	20	13	20	13
6.7 Se enjabona la cabeza.	15	9	15	9
6.8 Se enjuaga la cabeza.	15	9	15	9
6.9 Abre la llave del agua.	8	4	8	4
6.10 Cierra la llave del agua.	8	4	8	4
6.11 Se seca el cuerpo y la cabeza.	15	10	15	10

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
6.12 Templar el agua.	5	4	5	4
6.13 Se baña solo.	5	4	5	4
7.- Cuidado de los dientes.				
7.1 Toma el cepillo por el mango.	31	19	31	19
7.2 Le pone la pasta de dientes.	25	10	25	10
7.3 Se cepilla los dientes.	20	9	20	9
7.4 Se enjuaga la boca.	20	9	20	9
7.5 Se seca la boca.	25	10	25	10
7.6 Se asea los dientes solo.	20	9	20	9
8.- Cuidado de las uñas.				
8.1 Se limpia las uñas.	24	12	24	12
8.2 Se corta las uñas.	7	5	7	5
8.3 Se lima las uñas.	7	3	7	3

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
9.- Peinarse.				
9.1 Toma el peine.	31	19	31	19
9.2 Le pone agua al peine.	21	12	31*	12
9.3 Pasa el peine por el pelo alisandolo	28	12	31*	12
9.4 Se hace el partido.	19	9	19	9
9.5 Se recoge el pelo con el pasador o liga.	0	0	0	0
9.6 Se peina solo.	19	9	19	9

		1a. Aplicación		2da. Aplicación	
		Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.

IV. CONDUCTA SOCIAL

1. Sonríe.	31	19	31	19
2. Da las manos.	31	19	31	19
3. Se acerca a otras personas.	31	19	31	19
4. Dice adiós con la mano cuando se lo piden.	31	19	31	19
5. Dice adiós con la mano cuando alguien se retira . .	28	16	31*	17*
6. Toca a niños.	31	19	31	19
7. Toca a adultos.	31	19	31	19
8. Se toma la mano	31	19	31	19
9. Acaricia.	31	19	31	19
10. Imita sonidos	19	12	22*	13*
11. Imita gestos.	21	16	25*	18*
12. Imita ademanes.	21	16	25*	18*
13. Imita movimientos de cabeza de arriba a abajo "si".	23	16	29*	18*
14. Imita movimientos de cabeza a los lados "no". . . .	23	16	29*	18*
15. Aplauda con movimientos de las manos.	20	12	25*	15*
16. Sigue a un adulto.	31	19	31	19

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
17. Toma los juguetes por sí mismo.	29	17	31*	19*
18. Acomoda sus juguetes.	17	12	17	12
19. Recoge los juguetes si se le caen.	25	17	29*	19*
20. Manipula sus juguetes cerca de otros niños.	31	19	31	19
21. Juega con un niño.	31	19	31	19
22. Juega con dos o más niños.	31	19	31	19
23. Presta sus juguetes, permitiéndoles a otros niños jugar separadamente con ellos.	23	15	27*	17*
24. Es capaz de ayudar a otros niños ofreciéndoles su ayuda mientras juegan.	18	13	20*	15*
25. Interrumpe su propia actividad para ayudar a otros.	15	13	17*	13
26. Ayuda con pequeños bultos.	27	16	31*	19*
27. Pide prestados los juguetes a otros niños regresándolos a solicitud del dueño.	18	13	23*	13
28. Trae utensilios de aseo.	25	12	28*	15*
29. Recoge objetos del suelo.	25	17	28*	19*
30. Trae prendas de vestir.	25	17	28*	19*
31. Limpia la mesa.	18	9	20*	9

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
32. Recoge la loza.	23	17	23	17
33. Pone la mesa.	23	17	23	17
34. Lava la loza.	10	6	10	6
35. Seca la loza.	10	6	10	6
36. Limpia líquidos	15	9	19*	9
37. Hace la cama.	7	5	7	5
38. Cuelga la ropa en un gancho.	7	3	7	3
39. Cuelga la ropa en el closet o ropero	7	3	7	3
40. Limpia sus zapatos.	7	3	7	3
41. Cepilla sus zapatos.	7	3	7	3
42. Da grasa a sus zapatos.	7	3	7	3
43. Responde a la puerta.	7	3	7	3
44. Toma mensajes y llama a la persona correspondiente.	7	3	7	3
45. Contesta el teléfono.	7	3	7	3
46. Reporta accidentes.	7	3	7	3
47. Va por mandados.	0	0	0	0

	1a. Aplicación		2da. Aplicación	
	Gpo. Exp.	Gpo. Com.	Gpo. Exp.	Gpo. Com.
48. Responde a preguntas en forma verbal.	7	2	7	2
49. Es capaz de sostener una conversación	7	2	7	2

NOTA: El asterisco (*) indica las conductas en donde se observó un incremento.

R E F E R E N C I A S

1. Penrose L. y Smith G. Down's Anomaly. Londres Churchill - Ltd 1966.
2. Wunderlich Ch. El niño Mongólico, Barcelona, Ed. Científico Médica. 1972.
3. Smith W y Wilson A. The child with Down's Syndrome (Mongolism), Filadelfia, Saunders an Co. 1973.
3. Oster J. y Van der Tempel A. A 21 year Psycho-Social - Follow up of 524 Unselected Cases of Down's Syndrome and their Families, Acta Paediatric Scandinavian, 1975 (May), - Vol 64 (3), págs. 505-513.
5. Cicchetti D y Sroufe A. The Relationship Between Affective and Cognitive Development in Down's Syndrome Infants, - Child Development, 1976 (Dic), Vol 47 (4), págs. 920-929.
6. Berkson G. An Analysis of Reaction Time in Normal and - Mental y Deficient Young Mongoloides III. Variation of - Stimulus and Responses Complexity Journal of Mentally Deficiency Research, 1960, Vol 4 págs. 69-77.

7. Hermelin B. y O'Connor N. Visual and Stereognostic Shape - Recognition in Normal Children an Mongol an Nom Mongol - Imbrciles, Journal of Mental Deficiency Research, 1961, - Vol 5, págs. 63-66.
8. Biolovsky D. y Share J. The IPPA and Down's Syndrome. An- Exploratory Study. American Journal of Mental Deficiency, - 1965 Vol 70, págs. 78-82.
9. Brink M. y Grundlugh M.E. Performance of Penrsons with - Down's Syndrome an Two Projective Techniques, American - Journal of Mental Deficiency, 1976, Vol 81 (3) págs. 265 - 270.
10. López Faudoa. S. Sfdrome de Down, Consideraciones Esenciales, México, Ed. Langdon Down, 1980.
11. Gath A. The Impact of Abnormal Child Upon Parents, British Journal af Psychiatric, 1877, Vol 130, págs. 405-410.
12. Carnevale A. Aspectos Genéticos del Sfdrome de Down, En; - Sfdrome de Down. I Ciclo de Conferencias. México 1973, - págs. 42-52.
13. Campbell D. y Stanley J. Experimental y Quasiexperimental- designs for research. Chicago, Rand Mc. Nally 1966.

14. Cavalcanti L. Spilak R.M. Curso para padres de niños deficientes; Una experiencia en discusión -Una acción interfamilias. Revista Stglocero No. 80. Marzo-Abril 1982, págs.- 48-52.
15. Capdevielle Marfa A.E. y Espinoza García Soffa. El Síndrome Down y sus aspectos odontológicos. Tesis Profesional - UNAM. 1974.
16. Collado de Suero Angelita. Normas de socialización y manejo en el hogar para niños con riesgo establecido; Síndrome de Down. UNICEF, 1981.
17. Coriat Lydia F. De. Ritmias y rasgos autistas en niños trisómicos. Revista "Círculo Down".
18. Galland Sánchez Ma. Isabel. Estudio Piloto de un programa de desarrollo en un niño con Síndrome Down. Tesis Profesional. Universidad Iberoamericana. 1979.
19. García y Pederzini Emilia. Mongolismo. México 1979.
20. Hanson Marci J. Programa de Intervención temprana para niños mongólicos. Guía para padres. Trad. Isabel Villena. - Título "Teaching your Down's Syndrome Infant". Ed. Servi--

- cio Internacional de Información sobre subnormales. San Se
bastfan, España 1979.
21. Isambert. A. La Educación de los Padres. Ed. Planeta. X -
edición. Barcelona España 1980.
 22. Kew Stephen. Los demás hermanos de la familia (minusvalia-
y crisis familiar). Ed. SEREM. Madrid España, 1980.
 23. Kirk Samuel A. Ph. D. B. Merle; Karness. You and your retaru
ded child. Ed. Winifred D. Kirk, M.S. Second edition Paci--
fic Books, publishers Palo Alto California.
 24. Naranjo Carmen. Mi niño de 0 a 6 años. UNICEF, Ed. Piedra-
Santa, Guatemala 1979.
 25. Newell C. Keplant. El alumno retrasado. Ed. Luis Miracle -
S.A. Barcelona España 1968.
 26. Montero Aguirre Ma. del Carmen, Desarrollo mental en gru--
pos de niños con Síndrome de Down. Tesis Profesional 1971.
UNAM.
 27. Share J. Desarrollo Precoz y planeación subsecuente para -
el niño con Síndrome de Down. Ed. Boletfn de pediatría.

28. Smith G.F. Berge J.M. Síndrome de Down (Mongolismo) Ed. - Médica y Técnica. Segunda edición. Barcelona España 1978.
29. Sycanda Ann M. Un programa de Estimulación Sensorial y Motriz. Revista "Círculo Down".
30. Tredgold R.F. SODDXK. Retardo Mental. Ed. Panamericana, - II edición, Buenos Aires Argentina, 1974.
31. Triplett N. The Dynamogenic factors in palemaking and competition. Ed. American Journal of Psychology, 1879, Cap. - 9, págs. 507-533.
32. Carr J. Mental and Motor Development in Young Mongol Children, Journal of Mental Deficiency Research 1970. Vol 14, - págs. 205-218.
33. Corro Ortiz G. Elaboración de un programa de adiestramiento a padres para el manejo de problemas de conducta. - Tesis profesional. UNAM 1981.
34. Sahagun Rojas V. Entrenamiento a padres de niños con Síndrome Down en la utilización de un programa de desarrollo Infantil, Técnico Conductual. Tesis Profesional. UNAM. - 1979.