

10
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PROBLEMATICA FAMILIAR DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL

T E S I S Y T R A B A J O S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A N :

CASTILLO DIAZ GRACIELA MARGARITA
CRUZ PACHECO ROSA
FLORES MARTINEZ ALICIA
HERNANDEZ PEREZ RITA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. SINDROME DE DOWN	3
I.1. Definición y Antecedentes del Síndrome de Down.....	3
a) El caso más frecuente	5
b) El mosaicismo	7
c) La traslocación	7
I.2. Características del Síndrome de -- Down.....	11
a) Características psicológicas ..	11
b) Características sociales	13
c) Características físicas	14
I.3. Causas que originan el Síndrome de Down.....	19
a) Causas internas	19
b) Causas externas	21
CAPITULO II. LA FAMILIA DEL NIÑO CON SINDROME DE -- DOWN	23
2.1. El niño con Síndrome de Down y su Repercusión en la Familia	23
2.2. La Participación de la Familia del Niño con Síndrome de Down para Me- jorar el Problema del Mismo	30

CAPITULO III.	TRATAMIENTO DEL NIÑO CON SINDROME DE --	
	DOWN EN EL COLEGIO	35
	3.1. Organización del Colegio	36
	3.1.1. Area Pedagógica	37
	a) Grupo de Estimulación --	
	Temprana	37
	b) Grupo de Adaptación	38
	c) Grupo Preescolar	40
	d) Primer Nivel	41
	e) Segundo Nivel	42
	f) Tercer Nivel	44
	g) Grupo Preocupacional ...	45
	h) Talleres	45
	3.1.2. Departamento de Pedagogía .	46
	3.1.3. Departamento de Psicología.	47
	3.1.4. Departamento de Terapia de-	
	Lenguaje	47
	3.1.5. Musicoterapia	47
	3.1.6. Ludoterapia	48
	3.1.7. Expresión Artística	49
	3.1.8. Orientación Familiar	50
CAPITULO IV.	DISEÑO DE INVESTIGACION	52
	4.1. Justificación	52
	4.2. Planteamiento del Problema	53
	4.3. Objetivos	53

	Pág.
4.4. Hipótesis	54
4.5. Metodología de la Investigación ..	54
4.6. Elaboración del Instrumento de -- Trabajo	56
4.7. Codificación de Resultados, Inter- pretación y Presentación de Cua -- dros	61
4.8. Análisis de los Resultados	98
4.9. Conclusiones de la Investigación .	101
CAPITULO V. ALTERNATIVAS DE TRABAJO SOCIAL ANTE LA- PROBLEMATICA FAMILIAR DEL NIÑO CON SIN- DROME DE DOWN	103
CONCLUSIONES	108
SUGERENCIAS	110
BIBLIOGRAFIA	112

INTRODUCCION

En la presente investigación, se tuvo como fin el conocer la problemática familiar del niño con Síndrome de Down, -entendiéndose éste como: la alteración genética, en la cual se tiene un cromosoma de más en vez de 46 cromosomas en cada una de sus células, una persona con éste síndrome, tiene 47. Así mismo conocer la participación que tuvo el Trabajador Social con la familia y el niño con Síndrome de Down, ya que el nacimiento de éste conlleva a una inestabilidad familiar, tanto en el aspecto psicológico, como social y económico.

Teniendo en cuenta que el Síndrome de Down es uno de -- los padecimientos más frecuentes dentro de la Deficiencia -- Mental, en éste trabajo se dará a conocer sus antecedentes, - así como características físicas y sociales y las causas que lo originan. También se verá que repercusión tiene la presen cia de un niño con Síndrome de Down en la familia.

Se da a conocer la problemática familiar, destacando la importancia que tiene la participación de la familia con el niño para contribuir al desarrollo del mismo; ya que mien tras en la familia exista un ambiente de aceptación y com - comprensión, se logrará una mayor estabilidad en la misma.

Posteriormente se dan a conocer los servicios con los que cuenta el colegio, así como las actividades que se reali zan en cada uno de los Departamentos o Niveles de Atención, - en los que se encuentran los niños de acuerdo a su edad y de

sarrollo.

Por último se mencionan los resultados obtenidos en nuestra investigación que fué realizada en el Colegio John-Langdon Down A.C., con el objeto de conocer los problemas -- que se originan en la familia del niño con Síndrome de Down.

De acuerdo a los resultados de la investigación se dan alternativas y sugerencias, destacando la importancia de la participación del Trabajador Social en el Colegio, así como la difusión que se debe dar al Síndrome de Down, para que el niño que tenga dicho padecimiento sea aceptado por su familia y la sociedad.

CAPITULO I. SINDROME DE DOWN

I.1. Definición y Antecedentes del Síndrome de Down.

Definición del Síndrome de Down: " es una alteración genética, concretamente la aparición de un cromosoma de más en el cariotipo normal de un individuo que son 46 cromosomas, - resultando una fórmula cromosómica de 47 cromosomas, el cromosoma extra se junta a un par de cromosomas del grupo 21 de cariotipo, y por esto se denomina trisomía en el par 21"₁

" La causa del mongolismo es la presencia de 47 cromosomas en las células, en lugar de los 46 que se encuentran en una persona normal. En el ser humano, las células del cuerpo contienen 46 cromosomas repartidos en 23 pares, 22 pares están constituidos por autosomas y un par por cromosomas sexuales (XX en la mujer, XY en el hombre). Los autosomas pueden estar ordenados en series según su longitud y están numerados del 1 al 22, del más grande al más pequeño. El mongolismo está causado por la presencia de un cromosoma suplementario a nivel del par 21. Por ello el mongolismo recibe también el nombre de trisomía 21.

Para comprender la anomalía cromosómica, es necesario conocer lo que sucede en un individuo normal durante la concepción.

La figura 1 muestra cómo se desarrollan las primeras células del embrión. Representamos únicamente el cromosoma 21.

1.- Castellés Cuixart, Paulino. Los subnormales, Ed. DOPESA, España, 1977. P. 71

En la concepción los padres contribuyen cada uno con un autosoma; el óvulo y el espermatozoide contienen cada uno un cromosoma 21.

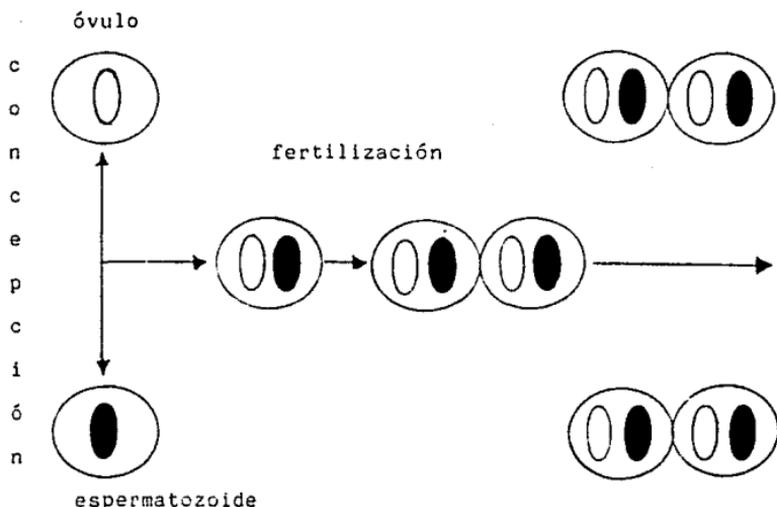


Figura 1. Distribución normal del cromosoma 21.

El huevo así fertilizado posee 2 cromosomas 21. Después la primera célula del embrión se divide en dos células. Cada una de estas dos nuevas células contienen 2 cromosomas 21. - Estas células se dividirán a su vez. Las 4 células así formadas contendrán cada una 2 cromosomas 21. Este mecanismo continuará durante todo el embarazo, hasta la formación completa del embrión.

En el mongolismo tres causas explican la presencia de 3 cromosomas 21.

- En el 90% de los casos, el error de distribución de -

los cromosomas se produce antes de la fertilización o en la primera división celular. Es la forma de mongolismo más frecuente.

- El 5% de los casos presenta un mosaicismo.
 - Los del 5% restante son portadores de una traslocación.
- a) El caso más frecuente.

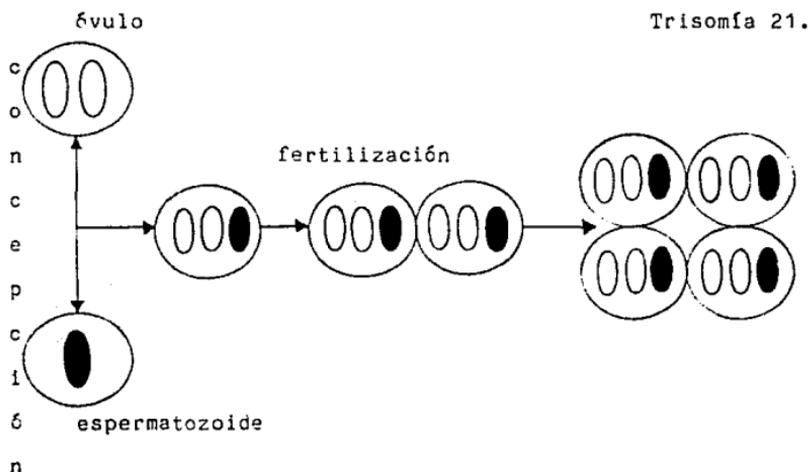
Como indica la figura 1, el óvulo y el espermatozoide contribuyen normalmente cada uno con un cromosoma 21 en la fertilización. La figura 2 muestra lo que sucede cuando existe una distribución errónea de los cromosomas en la formación del óvulo o del espermatozoide. En este esquema, es el óvulo el que contiene 2 cromosomas 21. Pero este error de distribución puede también producirse en el espermatozoide. Después de la concepción, el huevo fertilizado contiene 3 cromosomas 21. Estos 3 cromosomas se encontrarán en cada célula, en cada una de las divisiones siguientes. El error de distribución que se produce antes de la fertilización es pues la causa de que se forme un embrión en el que todas las células del cuerpo contienen 3 cromosomas 21.

La anomalía se produce en la primera división celular.

Como muestra la segunda parte de la figura 2, la falta de disyunción de los cromosomas puede producirse durante la primera división de la célula de origen. Una célula recibe entonces 3 cromosomas 21 y la otra célula recibe 1 cromosoma 21. Esta última célula no es viable. El embrión se desarro-

lla entonces de modo que todas sus células contienen 3 cromosomas 21, exactamente como sucedía cuando el error de distribución se producía antes de la fertilización.

Antecedentes de la fertilización



En la etapa de división célula

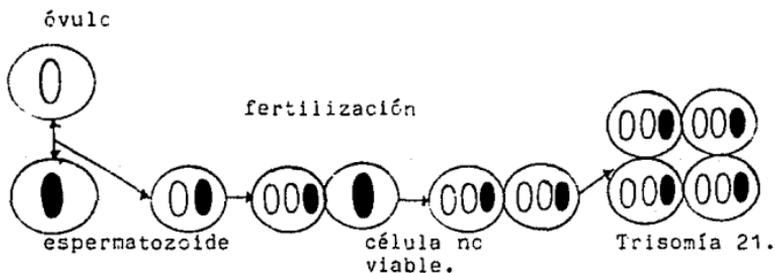


Figura 2. Distribución anormal del cromosoma 21.

b) El mosaicismo.

El mosaicismo se produce en el 5% de los casos de mongolismo.

Resulta de un error de distribución de los cromosomas - producido en la segunda división celular, o quizás en la tercera división.

Como muestra la figura 3, dos células contienen dos cromosomas 21, una célula contiene 3 cromosomas 21 y la cuarta célula solo contiene un cromosoma. Después de la desaparición de la célula monosómica, el embrión se desarrollará con una mezcla; un mosaico, de células normales que contienen 46 cromosomas de células trisómicas.

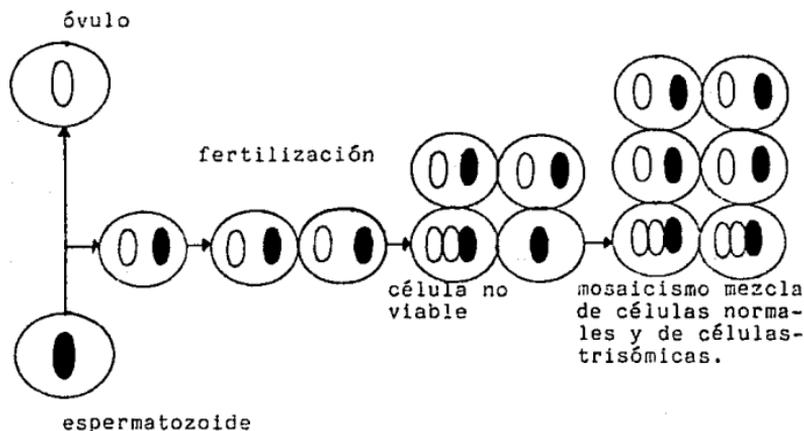


Figura 3. El mosaicismo

c) La traslocación.

Es muy importante conocer esta causa del mongolismo, --

que se encuentra en el 5% de los casos, porque comporta un riesgo de reaparición en el seno de una familia que tenga ya un hijo mongólico. La traslocación significa que la totalidad o una parte de un cromosoma está unida a una parte o a la totalidad de otro cromosoma. Este proceso está representado en la figura 4 para los cromosomas 14 y 21. Cuando se desarrolla el embrión, sus células contendrán un par de cromosomas 21 y el cromosoma de la traslocación. Todas las células tendrán pues 3 cromosomas 21 completos.

Traslocación entre los cromosomas 14 y 21

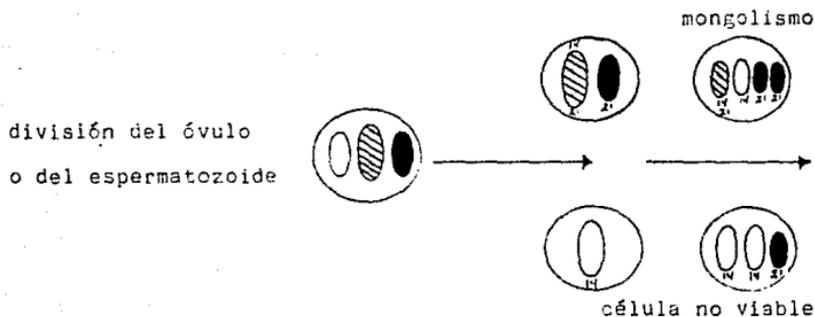
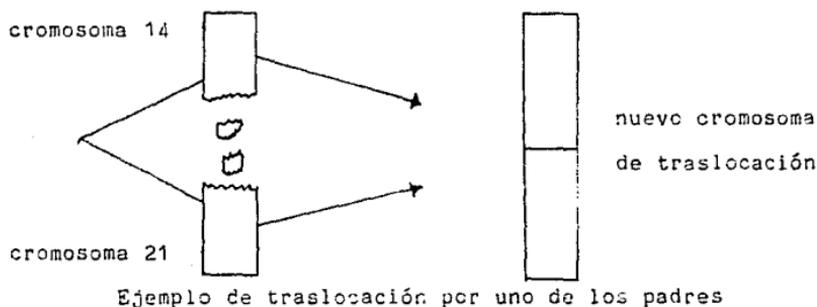


Figura 4. La traslocación

El mongolismo debido a una traslocación sólo puede ser identificado con un análisis cromosómico.

en dos casos de traslocación de cada tres, el error se produce en la formación del óvulo o del espermatozoide, o -- también en la primera división celular, después de la fertilización.

En un caso de cada tres, uno de los padres es portador de la traslocación, pero sus células sólo contienen 45 cromosomas.

En efecto el cromosoma de traslocación equivale a 2 cromosomas normales. Después de la fertilización, las células del embrión tendrán 3 cromosomas 21 completos sobre un total de 46 cromosomas. La figura 4 muestra una posibilidad de -- transmisión del mongolismo por traslocación".²

A continuación mencionaremos algunos antecedentes del Síndrome de Down.

En el año de 1866 en Londres, Inglaterra, el Dr. John Langdon Down fue el primero en describir algunos rasgos comunes del Síndrome de Down, con la raza asiática o mongólica, de donde se derivó el término de mongolismo.

En 1846 el dr. Edouard Seguin, de Francia, fue otro -- quien reconoció por primera vez, clínicamente el Síndrome de Down, dando una descripción detallada; veinte años más tarde en su libro " La idiocia y su tratamiento por Métodos Psicológicos " se oponía a la analogía mongólica aduciendo que el parecido se debía simplemente a una reducción o acortamiento

2.- L. Lambert, Jean y A. Rondal, Jean. El mongolismo, Ed. - Herder, Barcelona, 1982. PP. 19-25

de la piel en el margen del párpado".³

en el año de 1875 se efectuó un Congreso en Edimburgo, - es éste se presenta la primera comunicación médica sobre el mongolismo, en ella, varios investigadores aportaron observaciones para complementar el cuadro clínico que se tenía hasta el momento. El Dr. G.E. Shuttleworth fue uno de los primeros en introducir el término "Niño Incompleto".

Posteriormente aparecieron documentos sobre el mongolismo en revistas en todo el mundo.

En la última década del siglo diecinueve y la siguiente sobresalieron una serie de investigaciones donde se dieron a conocer en cada una de ellas, aspectos diferentes sobre el - mongolismo.

En el año de 1920, se creía todavía en la teoría de la regresión, al hombre primitivo, más de diez años después los científicos llegaron a determinar que el mongolismo era debido a una alteración genética, anomalía de los cromosomas.

En el año de 1938, los doctores Turpin y Caratzali, -- Lahoensuu, Doxiades y Portius, realizaron las primeras investigaciones estadísticas basándose principalmente en la edad de la madre, en el índice de frecuencia familiar y los incidentes similares, así como su peculiaridad y la de sus familiares inmediatos.

"El doctor Jarvis formuló un sumario o resumen sobre la bibliografía existente desde 1928 hasta 1942. Otro estudio - completo y crítico sobre el mongolismo fue el que presentó -

3.- García Escamilla, Sylvia. El niño con Síndrome de Down, - Ed. Diana, 6a. Impresión, México, 1968. P. 22

el Doctor Oster en 1953, éste además, contenía información actualizada. Un estudio sociológico fue proporcionado en -- 1956 por Mengoli, Halfer, Montenovesi y Lanzoni. El trabajo -- mas extenso fue aportado por Hanhart en 1960".⁴ Un año antes en 1959, los doctores Lejeune, Gautier y Turpin, por medio -- del cariotipo llegaron a la conclusión que la causa atiológica se debía a un cromosoma extra. Estudios posteriores que -- realizaron en 1960 y 1961 Penrose y otros investigadores más descubrieron la trisomía por traslocación y el mosaicismo.

En la actualidad se siguen realizando investigaciones -- con nuevas técnicas y métodos, para el tratamiento del Sínd-- drome de Down.

1.2. Características del Síndrome de Down.

a) Características psicológicas.

Al referirnos al desarrollo mental de cualquier niño -- durante los dos primeros años de vida, no es correcto hablar de capacidad intelectual, la cual sería mediable por el coeficiente intelectual, porque la psicología no puede precisar que exista inteligencia en estos años precoces de vida.

Preferimos hablar de capacidad de desarrollo, que es el conjunto de habilidades madurativas especialmente motrices -- que nos expresan el grado de desarrollo neuropsíquico de un -- niño pequeño.

La inmadurez psíquica de estos niños no es del todo evidente porque el niño con Síndrome de Down aparenta una vitalidad que les da un aspecto de niños avispados, atentos a todo lo que pasa a su alrededor y al mismo tiempo están dotados de una gran simpatía que los acompaña durante toda su vida.

Los niños con este Síndrome tienen una extraordinaria capacidad imitativa que es aprovechada en las técnicas de aprendizaje.

Su sencibilidad por la música, les hace estar pendientes e interesados por cualquier nota musical, por lo cual cuando se encuentran angustiados o inquietos, se hace uso de ella para tranquilizarlos. Además les gusta bailar y cantar.

Se ha llegado a la conclusión de que el niño que se desarrolla o desenvuelve en un ambiente familiar, tiene un mejor desarrollo intelectual y social, que aquellos niños que han sido internados en una institución.

Los niños con este Síndrome les gusta recibir cariño y afecto, así como hablarlo.

Es recomendable evitar la sobreprotección al niño con Síndrome de Down, ya que les ocasiona perturbaciones psicológicas y sociales, obstaculizando su desarrollo.

"Psicológicamente quien presenta Síndrome de Down, lo podemos describir como un niño: cariñoso, imitativo, afable, cooperativo y mimoso".⁵

A medida que aumenta la edad el niño es incapaz de man-

tener el promedio de mejoría, y el cociente intelectual cae progresivamente.

b) Características sociales.

Los niños con Síndrome de Down, son muy sociables y afectivos, con las personas que están en contacto con ellos. Tienen fama de ser muy alegres, amistosos, de buen carácter y afectuosos.

Aunque su lenguaje de expresión es limitado se dan a entender, adaptándose fácilmente al medio ambiente que los rodea siempre y cuando éste no sea hostil.

A consecuencia del rechazo de la sociedad, o de la sobre protección de la familia, no se permite la adaptación del niño al medio ambiente, por lo que llegan a convertirlos en seres inútiles e incapaces de valerse por sí mismos.

Se considera que el niño al tener un buen desarrollo psíquico, físico y cultural, convivirá mejor con las personas que están cerca de él.

El proceso de investigación del niño con Síndrome de Down se inicia en el momento en que se da el diagnóstico a la familia, y ésta a su vez ha de ser el principal elemento para que el niño logre una adaptación social.

Su comportamiento es normal, dentro y fuera del núcleo familiar, si se le enseña participa en todas las actividades familiares.

Debido a que el niño tiende a la imitación, como ya se había mencionado; ésta es una ventaja, ya que al desenvolverse en un ambiente grato, el niño va adquiriendo patrones de sociabilidad adecuados, puesto que al observar a sus seres - que le rodean los imita.

c) Características físicas.

El Síndrome de down es uno de los Síndromes orgánicos - más frecuentes del retraso mental y motor.

Tiene un potencial intelectual limitado, que va desde - el moderadamente retardado hasta el normal debil. (ver cuadro).

"CLASIFICACION DE LA DEFICIENCIA MENTAL EN FUNCION DEL
COCIENTE INTELECTUAL Y SU SINTOMATOLOGIA

- 1.- Deficiencia mental en 1er. grado ... (1=95 a 66)
(educable)
- 2.- Deficiencia mental en 2º grado(1=65 a 31)
(entrenable)
- 3.- Deficiencia mental en 3er. grado (1=30 a 0)
(de custodia)".₆

La mayoría de las alteraciones del Síndrome de Down, -- son observadas desde el nacimiento. A medida que pasa el -- tiempo, las deficiencias son notorias, impidiendo que éste -

se desarrolle normalmente.

Nacen prematuramente con un peso por debajo de lo habitual que es de dos kilos y medio, su talla de crecimiento es pequeña y queda por debajo de la media. Tienden a ser obesos la parte posterior de la cabeza es a menudo aplanada.

En el nacimiento y durante la infancia los labios son secos y con fisuras; debido a que tienen la boca mucho tiempo abierta (lo cual provoca el escurrimiento de saliva que no se puede controlar) ya que el puente nasal es estrecho y tienen dificultad al respirar.

La forma de la nariz es variable en la mayoría de los casos es corta, con el dorso aplanado a consecuencia de la falta del desarrollo del hueso nasal, o la ausencia de éste. El flujo nasal es crónico, debido a que tienen una resistencia muy baja a las infecciones respiratorias. Este es un rasgo muy característico en los niños con Síndrome de Down.

Una característica que solo presentan los varones en la tercera década de vida es cuando los labios se vuelven blancos y gruesos.

La cavidad bucal es pequeña; donde la parte inferior -- del maxilar es grande y el maxilar superior es normal.

En un 60% el paladar tiene forma ojival solamente en -- algunos casos se observa el paladar y el labio hendido.

La lengua es grande, agrietada, saliente (factor que dificulta el habla) y redondeada en la punta.

Los dientes suelen presentar erupción tardía (aparecien

do de los 9 a los 20 meses), son pequeños y a menudo mal -- alineados.

La mayoría presentan voz gutural y grave, el timbre de la voz es aspera por falta de contacto uniforme de las cuerdas vocales.

Una de las características más notorias en el Síndrome de Down es la hendidura o surco que se presenta en los parpados.

Los ojos pueden ser ligeramente oblicuos de aspecto -- oriental y almendrados. El estrabismo es muy frecuente.

El oído externo suele ser pequeño y pueden existir anomalías cartilaginosas.

El cuello tiende a ser corto y ancho, el hueso poste -- rior (el occipital), del cráneo es exageradamente plano y el crecimiento del pelo empieza muy bajo de este.

Las extremidades son cortas, anchas, planas y cuadradas las proporciones de los huesos largos están particularmente -- afectadas.

Las manos tienden a una forma cuadrada con dedos cortos y regordetes. Al dedo meñique le suele faltar una articula -- ción y generalmente se tuerce hacia adentro.

La llamada línea del corazón en estos niños es transversal a la cual le llaman línea simiesca; es de conocimiento -- popular. Las huellas digitales son a menudo diferentes de -- las de el niño normal.

Los pies son redondos, toscos, el primer dedo esta sepa

rado de los otros cuatro que por lo regular son cortos, el -
tercero frecuentemente es más largo.

Las articulaciones son muy flexibles y su tono muscular se encuentra disminuido.

Los musculos de los niños con Síndrome de Down son flojos con una tención muscular disminuída; así dándoseles el -
aspecto de blandos, desde pequeños y como sus ligamentos son laxos pueden adoptar las posturas más extrañas con su cuerpo

La piel también es laxa y con el tiempo se les vuelve seca cuando son adultos el envejecimiento de la piel es prematuro sobre todo a nivel de las zonas expuestas a las radiaciones solares; esto les confiere el aspecto de ser más viejos de lo que son; a pesar que el desarrollo se retrasa.

Existe engrosamiento de la piel en las rodillas.

Las infecciones cutáneas son muy frecuentes; debido a -
una higiene defectuosa.

El cabello es variable fino, lacio y sedoso, durante el crecimiento, el cabello se torna seco apareciendo la calvicie. Entre los anglosajones el cabello tiene muy poca pigmentación .

El pecho parece ser redondo. Generalmente hay aplanamiento del esternón. La espina dorsal no presente la curvatura normal y tiene tendencia a ser muy recta o con alteración patológica o deformante que afecta a la espalda. A veces -- sólo tienen once pares de costillas.

El abdomen lo tienen en forma de pesa. El hígado se pue

de palpar; en muchos casos debajo de las costillas dado que el pecho es pequeño y por la falta de tensión muscular. Es muy frecuente la hernia umbilical.

"La pelvis presenta varias alteraciones; la superficie inclinada del acetábulo se halla abatida; los huesos iliacos son grandes y se separan lateralmente. El ángulo iliaco en el Síndrome de Down, fluctúa entre treinta y cincuenta y seis grados, mientras que en los normales es de cuarenta y cuatro a sesenta y seis grados. Caffey, en sus investigaciones, encuentra ésta alteración en cuatro de cada cinco casos".⁷

Los genitales suelen estar poco desarrollados, en los hombres con Síndrome de Down ya que tienen el pene muy pequeño en su mayoría, el vello púbico es escaso y en las axilas se carece de él, tiende a ser liso y de consistencia sedosa; de cada cien casos sólo a cincuenta de ellos les descienden los testículos y aunque se ven normales nunca alcanzarán su pleno desarrollo.

Cuando son adultos tienden a acumular el tejido adiposo en el pecho y alrededor del abdomen.

"En las mujeres éstos caracteres aparecen tardíamente. La menarquía se presenta posterior al periodo normal a diferencia de la menopausia que es la temprana edad y, en todo éste periodo, la menstruación es un tanto irregular. El vello púbico es lacio y escaso, destacando el clítoris por su tamaño; sin embargo, algunos investigadores opinan que lo

⁷.- García Escamilla, Sylvia. Op.Cit. P. 46

más común es la hipoplasia en el mismo".⁸

Su maduración sexual se retrasa ordinariamente a pesar de que sus órganos genitales tienen deformidades muy características se conocen casos de mujeres con el Síndrome de Down que conciben y dan a luz.

Estos niños están predispuestos a otros trastornos como son los siguientes: oculares, intestinales y cardíacos, - éste último se presenta en más de la cuarta parte de los niños que padecen el Síndrome. La sordera es muy frecuente.

Una de las características comunes de todos los mongólicos es su pobre defensa inmunitaria frente a las infecciones que es la causa más frecuente de muerte.

Con el uso tan generalizado de los modernos antibióticos a aumentado notablemente la esperanza de vida en los dos últimas décadas.

I.3. Causas que originan el Síndrome de Down.

a) Causas internas.

No se sabe si las causas que determinan el Síndrome de Down se producen antes o después de la fertilización del óvulo; o en el momento de su fertilización.

La causa determinante del Síndrome de Down es la "presencia de un cromosoma extra en cada célula de su organismo y es precisamente éste cromosoma adicional el que motiva las

⁸.- García Escámilla, Sylvia. Op.Cit. P. 46

alteraciones físicas y mentales observadas en dicho Síndrome".⁹

Otra causa que origina el Síndrome de Down son los factores hereditarios que están comprobados o es muy probable - en los casos siguientes:

1.- Los hijos nacidos de madres con Síndrome de Down. Existe una probabilidad del 50% de que una madre de a luz un hijo - con dicho Síndrome.

2.- Los casos en que hay varios niños con Síndrome de Down - en la familia inmediata o entre los parientes.

Estos casos se dan con poca frecuencia, aun no se conocen sus causas exactas.

3.- Los casos de traslocación, puede aparecer una traslocación en el cariotipo del padre o de la madre originando una trisomía 21 parcial en el niño, estas solo surgen ocasionalmente.

4.- "Puede ser transmitido por el padre o la madre al niño; cuando alguno de los padres aunque fenotípicamente normal a excepción de algunos rasgos menores como la alteración de las líneas de la mano presenta una estructura cromosómica llamada mosaicismo, es decir una gran mayoría de células corporales que tienen normalmente 46 cromosomas y una pequeña minoría de células que contienen 47 cromosomas, como en la trisomía 21 y que se encuentra principalmente en los testículos o en los ovarios".¹⁰

Otras causas internas son: la edad de la madre; se ha -

9.- W. Smith, David. y Asper Wilson Ann: El niño con Síndrome de Down (mongolismo). Ed. Médica Panamericana; España; -- 1986 P.13

10.- L. Lambert Jean y A. Roldan Jean. El mongolismo, Ed. -- Heder, Barcelona, 1982, P. 25

comprobado que el nacimiento de un niño con Síndrome de Down es más frecuente a medida, que aumenta la edad de la madre; - especialmente después de los 35 años.

La probabilidad de tener un hijo con este Síndrome -- aumenta aproximadamente 1/50 después de los 40 años, algu -- nos efectos pueden actuar de modo particular junto con el -- proceso normal del envejecimiento biológico reproductor, pa -- ra determinar o favorecer el accidente genético. Sin embargo la incidencia de este síndrome con la edad del padre no es - un factor determinante.

b) Causas externas.

Una de las causas son las radiaciones (rayos X y otros) el efecto genético de los virus; diversos factores inmunológicos y quizás algunas deficiencias en vitaminas.

"Existe una cierta relación entre el efecto de las radiaciones y el proceso genético. Cuanto más importante es el grado o la acumulación de las exposiciones a las radiaciones más marcados son los efectos sobre los procesos genéticos. - Se ha postulado relación casual de este tipo para explicar - la etiología del fenómeno de no disyunción en los casos de -- mongolismo. Pero esta relación es muy difícil de probar; particularmente en la medida en que las radiaciones en cuestión pueden haber intervenido aun antes de la concepción del niño mongólico".¹¹

11.- L. Lambert Jean y A. Roldan Jean, Op.Cit. P. 26

Otra de las hipótesis que se han emitido es la de que - "existe una relación entre el Síndrome de Down y un índice - anormalmente elevado de inmunoglobulina y de tiroglobulina - en la sangre de las madres. Es posible que una elevación del índice de los anticuerpos tiroglobulina esté asociado al aumento de edad de las madres".¹²

Por último otro factor es la deficiencia de vitaminas, - especialmente la vitamina A; las deficiencias son conocidas - por sus efectos nocivos sobre sistemas nerviosos.

En la actualidad las investigaciones realizadas hasta - el momento de las causas externas no han llegado a un consen - so general de que estos factores provoquen el Síndrome de -- Down.

¹².- L.Lambert Jean y A. Roldan Jean, Op.Cit. P. 26

CAPITULO II LA FAMILIA DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN

2.1. El Niño con Síndrome de Down y su Repercusión en la Familia.

En la sociedad la Institución fundamental es la familia entendiéndose ésta como: Un conjunto de individuos que tienen alguna condición común, o el grupo que tiene como base - la pareja conyugal y su realización plena en la filiación de rivada del mismo.

"Se puede considerar a la familia como una especie de - unidad de intercambio: los valores que se intercambien son - amor y bienes materiales. Estos valores fluyen en todas di-- recciones dentro de la esfera familiar. Generalmente, sin -- embargo, los padres son los primeros en dar.

Ackerman considera qué los fines sociales para los cua- les se ha establecido la familia, pueden ser resumidos en -- los siguientes puntos de interés vital:

1.- Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades mate-- riales que mantienen la vida; protección ante los peligros - externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de - unidad y cooperación social.

2.- Provisión de unión social, que es la matriz de los afec- tos de las relaciones familiares.

3.- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporció

na la integridad y las fuerzas psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.

4.- El moldeamiento de los roles sexuales, preparador del camino para la maduración y relación sexual.

5.- La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6.- El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual".¹³

Sin la existencia de la familia, no sería posible la educación, el progreso, la moral y la interrelación social. Durante la cohesión del núcleo familiar se logra la formación del ser humano en sus estadios biopsicosociales y culturales.

Como ya se sabe, el núcleo familiar está integrado por: padre, madre e hijos, cuyas funciones principales son: crear, transmitir, mantener y desarrollar la vida humana entorno a los hijos, con una entrega absoluta de amor durante toda la vida.

El núcleo familiar no vive aislado, ya que mantiene relaciones con otros círculos, como son: el círculo parafamiliar, integrado por: abuelos, tíos, sobrinos, etc. (parientes más cercanos), el círculo sociofamiliar, integrado por: compadres y amigos íntimos, (parientes más lejanos), y por último, el círculo social, integrado por: vecinos, compañeros de escuela o trabajo y amigos en general.

"Este conjunto forma a su vez, al extenderse, las comu-

¹³.- Dulanto Gutiérrez Enrique. La familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. Breviarios de Pediatría. Ediciones del Hospital Infantil de México, México, D.F. 1980, pp. 8-9

nidades; éstas los poblados, luego las pequeñas ciudades y -- después las grandes capitales, y sucesivamente los Estados, -- las Naciones y conjuntamente toda la sociedad humana".¹⁴

La familia debe organizarse en forma democrática, para impartir debidamente la educación de los hijos, o sea, según ciertas reglas que deben guardar tanto los padres como los hijos; esas reglas otorgarán a cada uno sus propias obligaciones y derechos o privilegios.

En los hogares modernos lamentablemente predomina por lo general la irresponsabilidad de los padres, en los extremos de pobreza como de riqueza excesivas, en cuyo caso pierden la magnitud de sus obligaciones básicas con respecto a sus deberes. Ambos padres tienen la obligación de conservar la salud del núcleo familiar, establecer y acatar las funciones de cada uno de los miembros que integran la familia, de acuerdo con la edad, el sexo y sus condiciones psicometales y según las necesidades de la misma.

La familia es el grupo más solidario entre los grupos sociales, ello indudablemente en la familia mexicana, trate-se familias urbanas, suburbanas o rurales.

El nacimiento de un nuevo ser en la familia produce satisfacción, pero cuando éste de se presenta con alguna deficiencia mental, el ambiente se torna depresivo para sus progenitores que desconocen el padecimiento.

El anuncio del diagnóstico a los padres, es el primer golpe sufrido por los mismos, desde el momento en que el mé-

14.- Coronado Guillermo. Op.Cit. P. 82

dico les informa que su hijo presenta Síndrome de Down. No debe olvidarse, que el modo de revelar el diagnóstico a los padres, influirá sobre la actitud que tomen éstos, sobre su hijo.

Resulta un verdadero impacto para los padres, saber que su hijo recién nacido presenta Síndrome de Down. Los acontecimientos que se suscitan con su llegada al hogar, rompe la armonía de éste, surgiendo una serie de emociones y sentimientos de aceptación y rechazo, frustraciones y esperanzas, ansiedad, miedo, vergüenza y sentimientos de culpa. Trayendo consecuencias, tales como:

- Disminución de las funciones corporales y mentales
- Disminución de su capacidad en el trabajo
- Realización de mayores esfuerzos y menores rendimientos.
- Aumento de los desacuerdos conyugales

Tal núcleo de angustia derivan la represión, las frustraciones, la agresión, el aislamiento o inhibición, y el amor neurótico, ocasionando algunas veces el abandono del hogar por el padre o la madre, y aún el divorcio.

Factores que intervienen en la adaptación familiar:

- El modo como los padres se enteran del diagnóstico y la calidad de las informaciones y del apoyo psicológico que hayan recibido desde el nacimiento del niño.
- La edad del niño con Síndrome de Down. Esta variable condiciona mucho los sentimientos de tranquilidad o de angustia de los padres.

- El nivel socioeconómico de los padres. Es un factor determinante de desigualdad, ya que una familia que cuente con bajos ingresos económicos, tendrá menor probabilidad de lograr una adecuada atención y adaptación del niño.

- La situación de la familia antes del nacimiento del niño con Síndrome de Down. Si antes del nacimiento del niño, existían conflictos entre la pareja, con el nacimiento de éste, se desencadena una problemática mayor, tomándolo como pretexto.

- Las posibilidades que la sociedad ofrece. La enseñanza impartida en escuelas de Educación Especial, para lograr el desarrollo integral del niño.

- Un hijo con Síndrome de Down, debe ser tratado de igual forma que los demás miembros que integran la familia, en cuanto a cariño, atención y comprensión. Y se le debe estimular para que desarrolle sus capacidades y habilidades.

- La aceptación y aprobación del niño en el núcleo familiar.

Actitud de los hermanos del niño con Síndrome de Down:

Muchos padres se inquietan por los efectos que el hijo con Síndrome de Down, puede producir en los hermanos. En algunas investigaciones realizadas sobre el tema, se ha encontrado, que la presencia del niño con dicho padecimiento afecta de modo diferente a los hermanos y las hermanas. Las mujeres en particular las mayores serán más vulnerables que los hombres. Presentarán trastornos emocionales y dificultad de adaptación familiar.

No se debe generalizar sobre estas reacciones, ya que -- los diferentes miembros de las familias proceden a una adaptación emocional más o menos adecuada.

La actitud que presentan los hermanos del niño, son frecuentemente el reflejo de las reacciones de los padres. Si los padres se sienten avergonzados o rechazan a su hijo que presenta dicho Síndrome, existe la probabilidad que adopten esta misma actitud los demás miembros de la familia.

La edad del niño con Síndrome de Down influye también sobre las reacciones de los hermanos. Si es el menor de la familia, tendrá mayor aceptación y comprensión por parte de sus hermanos mayores. Por el contrario si es el hijo mayor o el segundo de una familia numerosa, se necesita más habilidad por parte de los padres para hacer que sus hermanos lo acepten.

Muchas veces, debido a que los padres le dedican más tiempo al hijo que presenta Síndrome de Down, los demás hermanos se sienten desplazados afectivamente, por lo cual tienen una reacción negativa ante la aceptación del niño. Las reacciones de los hermanos dependerá mucho del clima familiar en el que se desarrollan.

Uno de los problemas más serios que interfieren en la educación del deficiente mental, es la presencia de dos o más hermanos en idénticas condiciones en la misma familia, problema que reviste una grave situación.

Si la presencia de un niño con Síndrome de Down en una

familia es impactante, será aun más con la presencia de dos o más hermanos, agudizando y aumentando problemas tales como genético, medicosocial, higiénico, psicológico, emocional, - escolar, económico social y cultural.

El estado de desorganización en estas familias es más - aparente; sus miembros viven ante mayores tensiones emocionales, rechazos, insultos y agresiones, y las carencias materiales, morales y espirituales, cobran grandes dimensiones.

Aún cuando el ambiente familiar sea favorable para los hijos, esto no significa que estén exentos de problemas en el ámbito social en el que se desenvuelvan, ya que por lo general existe cierto rechazo hacia ellos por tener un hermano con Síndrome de Down. Esta situación se da con mayor frecuencia en los hijos adolescentes.

"El rechazo lleva a un sentimiento de culpa permanente en los padres y éste suele ser la causa de la sobreprotección que se brinda al niño. Cuando no existe aceptación todos llevan la de perder y tanto los padres como el niño con Síndrome de Down, no disfrutan de uno de los hechos más gratos de la vida, esta corriente de cariño natural entre padres e hijos".¹⁵

Para la adaptación del niño con Síndrome de Down, no existen reglas en cuanto al tiempo para que un padre acepte a su hijo con dicho Síndrome, desde su nacimiento. Los primeros periodos de adaptación significan una tensión para la pareja, por tal motivo deben ser francos, cuando no resuel-

¹⁵- W. Smith, David y Asper Wilson, Ann. El niño con Síndrome de Down. (mongolismo). Ed. Medica Panamericana, primera reimpresión, Buenos Aires, 1986. P. 109

van sus problemas, puede existir la unión y comprensión del matrimonio y de la familia.

La primera regla para que los padres emprendan su tarea en la rehabilitación de un niño con deficiencia mental, es aceptar su estado patológico y hacer conciencia de sus incapacidades y limitaciones.

Para facilitar el proceso de conocer y comprender al recién nacido con Síndrome de Down, los padres deben de saber que tal padecimiento altera el desarrollo mental y físico -- del niño, también deben de dar tiempo al niño, para conocerlo y quererlo tal como es. La mayoría de los recién nacidos manifiestan su personalidad a los dos o tres años de vida.

El modo como los padres se enteren de la existencia del Síndrome de Down, y los primeros servicios de que disponen -- influyen sobre la adaptación emocional a la situación, lo -- que contribuye para que se de una mejor educación y atención oportuna al niño, para el desarrollo integral del mismo.

En ocasiones el médico les recomienda a los padres del niño con síndrome de Down, un especialista para realizarle -- una serie de estudios cromosómicos, tests psicológicos y -- brindarles orientación a los padres.

2.2. La Participación de la Familia del Niño con Síndrome de Down para Mejorar el Problema del Mismo.

La educación del niño debe iniciarse desde su nacimien-

to con la estimulación sensorio-motriz, ya que mientras más temprano en la vida del niño, se inicie su proceso de estimulación, mayores logros se obtendrán en su desarrollo cognoscitivo y psicomotor.

La participación activa de la familia es trascendental para lograr el desarrollo integral del niño.

"La formación de hábitos de higiene personal, alimentación, vestido y de convivencia social, favorecerá la independencia personal del niño y su socialización.

La participación de la familia es indispensable, para que el niño empiece a recibir información en un clima de afecto y aceptación para que adquieran significado los datos del mundo exterior y sus experiencias deben ser muy significativas y gratificantes".¹⁶

Los padres tienen la obligación de averiguar las aptitudes y capacidades de su hijo, para que éste las pueda desarrollar correctamente, también deben saber de sus limitaciones físicas y mentales.

Un niño con Síndrome de Down tiene su potencial como cualquier otro niño, pero éste más limitado, el cual existía antes de su nacimiento.

Una gran mayoría de los niños con Síndrome de Down se educan actualmente en el seno familiar, surgiendo la necesidad de crear instituciones educativas apropiadas a las que puedan asistir diariamente estos niños, aliviando con ello a las familias y haciendo más fácil, la difícil tarea de la-

16.- García Escamilla, Sylvia. Síndrome de Down. Folleto editado por el Colegio John Langdon Down de México A.C. P. 9

educación y el cuidado del niño en el hogar. Los padres y -- hermanos realizan una ardua labor con el niño deficiente mental, para adaptarlo a la sociedad, ya que ésta ha tenido -- cierto rechazo hacia ellos, prestando poca atención a éste -- padecimiento.

Cuando nace un niño con Síndrome de Down en la familia, toca la primera palabra al médico o pediatra, para orientar- y tratar debidamente el caso, tomando en cuenta como será la educación del niño. Se trata de cultivar la vida de un ser -- con múltiples carencias biológicas, psicomentales y psicosociales más o menos leves o profundas.

Se debe ayudar a formar su personalidad, de hecho ya -- deformada, aprovechando al máximo sus limitaciones; es decir hay que aprovechar sus escasas aptitudes, sus inciertas po- tencialidades, y con mucho cariño y paciencia hacer uso de -- constantes esfuerzos.

La atención se centrará desde su nacimiento, vigilándo- lo y motivándolo con mayor entusiasmo para que pueda alcan- zar a tiempo sus metas de aprendizaje, durante su crecimien- to y desarrollo y pueda satisfacer sus necesidades emociona- les.

Después del anuncio del diagnóstico, cuando los padres- han decidido cuidar de su hijo, es necesario que toda la fa- milia se integre en el proceso educativo. Esta función es -- primordial, porque se dividen los esfuerzos, los problemas y fracasos, reduciendo así la tensión emocional originada por-

la presencia del niño con Síndrome de Down.

No debemos olvidar que, la primera medida, para que los padres emprendan su tarea en la rehabilitación del niño de -
ficiente mental es aceptar su estado patológico y hacer con-
ciencia de sus incapacidades. Este proceso de aceptación in-
cluye los siguientes aspectos:

"El padre que acepta es capaz de percibir con toda pre-
cisión las aptitudes del niño y su potencial, estando plena-
mente consciente tanto de las debilidades como de los recur-
sos.

- El padre que admite es capaz de afrontar la deficien-
cia del niño en una forma realista, reconociendo que algunas
veces resulta incómodo para la familia; pero sin dejarse --
abrumar por la compasión hacia sí mismo, ni por la pena ni -
por el sentimiento de culpa, hasta el punto en que pudiera -
impedir el buen funcionamiento de la familia. Estos padres -
suelen ser capaces de hablar libremente de su hijo, tanto en
tre ellos mismos como con los vecinos y parientes, sin sen-
tirse avergonzados.

- .El padre que comprende suele proporcionar al enfermo
los mejores servicios posibles en el orden médico, educativo-
y recreativo; dentro de sus recursos.

- El padre que tolera, suele dar al niño el mismo afec-
to que les muestra a todos los demás hijos, sin rechazarlo,-
pero sin amarlo exageradamente, sin ahogarlo con tanto amor-
que el niño no logre la independencia de que es capaz. El --

padre que acepta no debe dedicar tanto tiempo y atención que descuide a los demás hijos y al consorte".¹⁷

La aceptación supone el equilibrio entre reconocer las incapacidades del niño y dar las soluciones necesarias para contrarrestarlas, pero sin dejar que éste trastorno domine por completo las relaciones familiares.

La participación del Trabajador Social en la familia, es importante, porque es la fuente de conocimiento del medio familiar, en donde se desenvuelve el niño, en sus aspectos culturales, psicosociales y socioeconómicos y a su vez de su medio ambiente.

17.- Ingalls, Robert P. Retraso Mental. La nueva perspectiva Traducción ; Rivera Ramirez Pedro. Ed. El manual moderno, -- México, 1982. PP. 294-295

CAPITULO III. TRATAMIENTO DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN EN EL COLEGIO.

El Instituto John Langdon Down, fue fundado por la maestra Sylvia García Escamilla, debido a que ésta tuvo un hijo con Síndrome de Down, el cuál era educado en su casa por una maestra especialista, para ella esto no era suficiente ya -- que el niño necesitaba socializarse para lograr un mejor desarrollo, por lo que le nació la idea de crear una escuela de Educación Especial que atendiera a niños con este Síndrome. Esto lo logró el 3 de abril de 1972, fundando el Instituto con el nombre del Dr. John Langdon Down quién describió dicho Síndrome.

Para esto ella cursó la carrera de maestra especialista en la educación de deficientes mentales, hizo diversos viajes al extranjero para observar el trabajo realizado con niños con Síndrome de Down en Europa y Estados Unidos. Así mismo adquirió material didáctico necesario para ser empleado en las actividades escolares del Instituto John Langdon Down

Al iniciarse las actividades del Instituto éste contaba con un departamento de Trabajo Social, en el cuál se realizaba un estudio Social Integral para conocer el medio familiar en que se desenvolvía el niño. Este estudio lo realizaba la Trabajadora Social ya que se consideraba el lazo de -- unión entre la familia y la escuela.

El instrumento que se aplicaba, fue elaborado por la -

Trabajadora Social madre de la fundadora y actual directora de la Institución. Actualmente no existe el departamento de Trabajo Social, ya que no cuentan con recursos económicos, - por lo tanto, el instrumento es aplicado por la directora o la Psicóloga que a su vez asume funciones de Trabajo Social.

La Institución pasó a ser Colegio en el año de 1980 por cuestión notarial.

Actualmente, la medicina no ha podido dar una solución eficaz al padecimiento del niño con Síndrome de Down, por -- tal motivo se ha buscado en otros campos la opción para lo -- grar el desarrollo, las capacidades y habilidades del niño. -- Es por ello que el problema se ha enfocado al área educativa

El Colegio como Institución educativa emplea métodos y procedimientos para lograr el máximo desarrollo del niño -- Down en las siguientes áreas: Cognositivas, Psicomotoras, -- de Lenguaje, Afectiva y Social.

De acuerdo a la organización interna del Colegio, se -- emplea personal adecuado y capaz de llevar a cabo la educa-- ción del niño.

"Considerando como principio básico en la educación del niño Down, utilizar todas aquellas posibilidades que presenta (por mínima que sea su manifestación) para lograr una mejora y una nueva adquisición en su aprendizaje".¹⁸

3.1. Organización del Colegio.

El Colegio John Langdon Down, A.C. está organizado de -

la siguiente manera:

3.1.1. Area Pedagógica.

a) Grupo de Estimulación Temprana.

La educación del niño debe iniciarse desde su nacimiento, por medio de la estimulación sensoriomotriz, perceptual y de lenguaje, con el fin de integrarlo progresivamente al ámbito en el que se desenvuelve, aprovechando sus primeros años de vida, los cuales son de vital importancia para lograr óptimos resultados. Para lograr lo anterior, la participación activa de la familia es fundamental.

Los niños que han sido estimulados desde muy pequeños se desarrollan más rápido y eficazmente, que los que no la tuvieron o la recibieron tardíamente.

En el Colegio las sesiones se dan dos veces por semana su duración es de una hora. Esta se da de forma individual, asistiendo los padres del niño.

Al ingresar el niño al programa, de estimulación temprana se realiza una valoración y se lleva un registro continuo anotando los progresos del niño. En este programa participa un equipo multiprofesional integrado por: el maestro especialista, el psicólogo, el pedagogo, el pediatra y el terapeuta del lenguaje. En las sesiones se trabaja con los padres de familia, los que se van sensibilizando y adquiriendo concien

cia del problema. Las inquietudes, incógnitas y dificultades por los padres, son manifestadas en estas sesiones.

De acuerdo a las indicaciones del psicólogo y del maestro, los padres deberán trabajar diariamente con el niño.

Las metas que se persiguen en éste programa son:

- Que el niño adquiriera control de sus movimientos.
- Adquisición de movimientos posturales básicos.
- Mejoramiento de postura.
- Coordinación de movimientos.
- Atención de estímulos auditivos, visuales y táctiles.
- Control de su cuerpo.
- Sedestación.
- Bipedestación.
- Deambulación.
- Desarrollo del lenguaje (balbuceo).
- Técnicas alimenticias.

b) Grupo de Adaptación.

La edad promedio de los niños que ingresan en este grupo oscila de 2 a 3 años, la cual puede variar de acuerdo a la estimulación temprana.

A partir del ingreso de los niños a éste grupo su estancia en el Colegio es de las 9:00 a las 15:00 horas, tomando sus alimentos a las 13:00 hrs. y posteriormente duermen una hora.

Las metas que se persiguen en éste grupo son:

- Iniciación de hábitos alimenticios.
- Manejo de la cuchara.
- Manejo del tenedor
- Manejo del vaso.
- Correcto uso de la servilleta
- Adquisición de una buena disciplina a la hora de --
de comer.
- Iniciación de hábitos de higiene.
- Lavado y secado de manos
- Lavado y secado de cara
- Cepillado de dientes
- Uso correcto de la toalla
- Iniciación al control de esfínteres
- Establecimiento de un horario para que el niño adquie
ra esta disciplina con mayor facilidad.

Deberá proporcionarse un ambiente agradable al niño.

- Suspensión de pañales
- Iniciación a las actividades de auto-asistencia.
- Quitarse y ponerse el sweater
- Identificación de sus prendas.

"El reforzamiento de conductas motrices gruesas y finas de equilibrio, de dirección y de ubicación espacio-temporal-son metas fundamentales.

Inician al garabateo, el trazo del círculo y la pintura digital. El programa de desarrollo cognositivo está basado -

en actividades de exploración y manipulación de objetos concretos, iniciando con juguetes, cositas hasta llegar a objetos menos cálidos como son: dados, bloques, rompecabezas y otros. André Lapierre denomina objetos cálidos a aquellos -- que son familiares al niño y que de alguna manera tiene una carga afectiva para él. El lenguaje se estimula continuamente. Se empieza a trabajar con el color rojo, con la ausencia y presencia de sonidos; la discriminación táctil de frío y caliente; en la gustativa, con dulce salado; en la olfativa con aromas agradables y desagradables; la esterognosia se -- trabaja esencialmente con la pelota. En las figuras geométricas iniciamos con el círculo como un esquema de movimiento grueso (movimiento circular con todo el cuerpo) y un esquema de movimiento fino en el espacio gráfico".¹⁹

c) Grupo Preescolar.

La edad promedio de los niños que ingresan en este grupo oscila de 4 a 6 años dependiendo de la capacidad del niño. En éste grupo adquieren el control de conductas básicas -- como las siguientes: de esfínteres, alimentación y autoasistencia. El niño se siente parte de un grupo, y se identifica con su medio escolar. En esta etapa de socialización adquiere importancia, ya que a través de ésta el niño tendrá un mejor desarrollo integral.

Por medio de un muñeco el niño va adquiriendo el cono--

cimiento del esquema corporal, para conocerse a sí mismo.

Se les enseña a reconocer: colores (rojo, azul, amarillo y verde), figuras geométricas, y sus diferentes tamaños-- de acuerdo a los objetos familiares a ellos, a distinguir lo duro y lo blando, valiéndose del tacto.

Son elementos importantes para éste grupo el uso de la-- plastilina y el pincel grueso.

Por último dentro de éste grupo se le da mayor importan-- cia al desarrollo cognositivo del niño en la etapa preopera-- toria.

d) Primer Nivel.

La edad promedio de los niños en éste nivel, oscila en-- tre los 5 y 7 años. Debido a que se le da especial importan-- cia y a su vez ellos van adquiriendo mayor sentido de respon-- sabilidad, así mismo los trabajos que realizan son más rele-- vantes para ellos, se empieza a dar la distinción social y - competencia con sus compañeros. Los hábitos de alimentación, de higiene y de auto-asistencia requieren ser cada día mejor

En el área de psicomotricidad, se inicia la identifica-- ción de dos partes iguales del cuerpo, según el eje de sime-- tría. Las cuales se identifican de acuerdo a las funciones - que realizan (por medio de asociación y evocación). Los con-- ceptos espacio, tiempo que se les enseña son cada vez más -- complejos.

En ésta etapa, a parte de los colores que conocen se -- les enseña otros como: blanco, negro, cafe, morado, naranja, rosa y gris. El modelado y manejo de las pinturas con pinceles de distintos grosores adquiere gran importancia.

Para la adquisición de la etapa preoperatoria, es necesario iniciar la relación de número, manejo de conceptos: mayor que, menor que, y distinguir entre lo largo, corto, grande, chico. Si se quiere que el niño conozca las propiedades del objeto, se fomenta la acción física infantil como -- empujar, tirar, pesar, así como las acciones lógicas de juntar, ordenar, corresponder, seriar, para que el niño conozca diferentes formas de manipular el objeto.

e) Segundo Nivel.

La edad promedio de los niños oscila entre los 8 y 10 - años. En éste nivel se busca dar al niño mayor independencia y la libertad de tomar decisiones por sí mismo. La competencia llega a adquirir gran importancia y el esfuerzo del niño dependerá del grado de motivación que tenga para realizar -- sus actividades.

En cuanto a los hábitos de alimentación e higiene se -- puede decir que ya quedaron establecidos. En el área psicomotora, la coordinación gruesa el niño debe poseer un control-armónico de su cuerpo, lograr una fuerza muscular, precisión rapidéz adecuada al realizar movimientos, posiciones y actividades básicas: saltar, correr, gatear y arrastrarse.

En la coordinación fina se requiere de la adquisición - de patrones de movimientos cada vez más precisos, para lo---grar el desarrollo de aptitudes y habilidades motrices, como la manipulación de objetos pequeños, movimientos con los dedos, agarrar y soltar etc..

El equilibrio y el ritmo se manejan con relación a su - expresión corporal. Se incluye los conceptos: diferente, al lado, a tras, y en medio. "Los conceptos de tiempo se mane--jan en base a ellos mismos y al mundo que los rodea. Las dis--criminationes perceptivas adquieren mayor importancia en -- forma de asociaciones, secuencias, identificaciones y evolu--ciones. En esta etapa se trabaja mucho con memoria auditiva- y visual, enfatizando en memoria secuencial y asociativa".²⁰

En este nivel el área que más se trabaja es la percep--ción visual, dando mayor importancia a la coordinación viso--motora; posición en el espacio; relaciones espaciales, cons--tancia de forma y de figura-fondo.

En cuanto a la expresión oral, ésta se maneja por medio de la descripción de acciones. El dibujo formará parte de -- una actividad fina, compleja y dirigida.

Los símbolos numéricos se les enseñan por medio de la - clasificación, seriación, comparación de conjuntos, identi--ficación de los números de 1 a 9. Relación de símbolo en -- cuanto al número y cantidad, identificación por tamaños, posteriormente se inicia la noción de pesas y medidas así como--monedas. En el aprendizaje también se les enseña ejercicios-

caligráficos previos a la lecto-escritura.

f) Tercer Nivel.

La edad promedio de los niños en éste nivel, oscila de 10 a 13 años.

Los niños son totalmente independientes; acepta y comprenden la razón de su éxito o fracaso ante situaciones de competencia; cuando requieren de algún material de apoyo para realizar sus actividades, ellos solos acuden al departamento de material didáctico.

Adquieren responsabilidades dentro del grupo como son: el cuidar por el orden y limpieza del salón, así como de la disciplina, a pesar de las buenas relaciones con sus compañeros, eligen a uno en particular.

Lo relacionado a la educación sexual, se les orienta e informa conjuntamente con los padres sobre los cuidados higiénicos que deben seguir, en particular las mujeres debido a la presencia de la menstruación.

Aquí se requiere de una mayor flexibilidad en las actividades psicomotoras, tanto gruesas como finas; el niño necesita de una completa coordinación viso-motora, atención y conciencia de su propio cuerpo; un buen equilibrio en cuanto a su desplazamiento y manejo de los conceptos espaciales.

Se inicia la enseñanza en la lecto-escritura, y se trabaja con las operaciones de adición y sustracción de dígitos.

g) Grupo Preocupacional.

En esta etapa se le da oportunidad al alumno de desempeñar un trabajo, de acuerdo a sus intereses, habilidades y aptitudes.

Se desarrollan las destrezas elementales para realizar actividades laborales como:

- Deshilachado
- Enrollado
- Recortado
- Trenzado
- Pintura
- Tejido
- Cosido con diversos materiales
- Tejido de gancho, de aguja
- Iniciación a la cestería
- Trabajos de alambre
- Engomado y pegado
- Relleno de diferentes materiales
- Elaboración de alimentos sencillos
- Selección de materiales
- Prevención de accidentes.

h) Talleres.

El trabajo desempeñado por los alumnos en los talleres-

será remunerado ; con el adiestramiento adquirido durante -- varios años en el Colegio él se sentirá útil en la sociedad y con sí mismo.

En base a sus necesidades sociales tendrá su área deportiva y de recreación; organizando reuniones, eventos y fiestas con los amigos. Logrará tener una vida plena llena de satisfacciones.

Los trabajos que se realizan en los talleres son:

- Maquila
- Carpintería
- Jardinería
- Costura, confección de cojines
- Juguetería
- Elaboración de tapetes y tejidos
- Hortalizas
- Elaboración de aparatos eléctricos sencillos
- Actividades Artesanales
- Cocina
- Repostería.

3.1.2. Departamento de Pedagogía.

La responsable de éste departamento es una maestra especializada que realiza los estudios de evaluación para poder integrar al niño al grupo y programa correspondiente. La evaluación del niño al inicio de sus actividades, permite anai

zar todos los adelantos y procesos a fin de ver que método, grupo y maestro son los adecuados para él. Y permite un expediente con datos precisos sobre su desarrollo que servirán para estudios posteriores.

3.1.3. Departamento de Psicología.

Este departamento en coordinación con el de Pedagogía, elabora la ficha y los estudios psicológicos necesarios.

En el momento oportuno el Departamento de Psicología, da la orientación necesaria y aplica técnicas psicoterapéuticas para cada caso de manera individual.

3.1.4. Departamento de Terapia de Lenguaje.

El responsable de este departamento es un terapeuta de lenguaje, quien proporciona terapia individual y grupal -- según se requiera. "Este trabajo no sólo se lleva a cabo en la escuela".²¹

3.1.5. Musicoterapia.

Es una de las actividades necesarias para complementar la educación del niño en la escuela. Aquí aprenden a ejercitar piezas musicales con instrumentos; trabajando con:

- Ritmo; que es un sentimiento innato en el ser humano;

²¹.- García Escamilla. Op.Cit. P. 118

a través de él se procura que los niños realicen sus movimientos armónicamente. Este elemento se introduce en el ritmo del lenguaje (de la palabra).

- Sonido; a través de éste se desarrolla la percepción-auditiva.
- Forma; es el regulador de nuestras actividades (auto-disciplina física y mental).
- Dinámica; une y relaciona todos los elementos anteriores; todo el cuerpo está en movimiento (expresión corporal).

Los objetivos que se persiguen son:

- Desarrollar habilidades perceptivo-motrices.
- Estimulación senso-perceptiva
- Fijar la atención y prolongar paulatinamente su duración.
- Fomentar la capacidad de expresión.
- Incrementar la capacidad de comunicación.
- Apoyar rítmica y melódicamente la terapia de lenguaje y los conocimientos adquiridos.

3.1.6. Ludoterapia.

Mediante esta actividad se da terapia al niño, por medio de juegos, es fundamental para el desarrollo de su personalidad.

Mediante el juego el niño manifiesta sus sentimientos,-

emociones y conflictos; la terapia es positiva para el desenvolvimiento e interacción del niño con su medio ambiente.

El material que se utiliza en la terapia es:

- Artículos y objetos de la vida diaria, de un tamaño - adecuado a los niños (cunitas, juegos de té, muñecos, sillas, mesitas, cubos, planchas, y muchos otros).
- La casa de muñecas en un auxiliar muy importante.
- Se incluyen en esta área películas atractivas e interesantes para ellos.

3.1.7. Expresión Artística.

"La integración adecuada de la personalidad del niño -- estaría incompleta si no se tomaran en cuenta las actividades artísticas. Son un medio de expresión y de comunicación en todo niño".²²

Las actividades que se realizan en el Colegio son:

- El teatro, que estimula la memoria, la postura y la - imaginación; mediante este se pierde la inhibición -- dándole seguridad al niño.
 - El mimo, sus estados de ánimo como tristeza, alegría, etc. los expresa por medio de gestos.
 - El baile, es una manifestación artística, indispensable para armonizar los movimientos, del que lo ejecuta produciendo una disciplina y un ritmo en el espacio.
- Se llevan a cabo tanto representaciones teatrales, como

22.- García Escamilla, Op.Cit. P. 122

bailables en los cuales la participación de los niños es espontánea y agradable.

3.1.8. Orientación Familiar.

Este programa se da a través de reuniones periódicas -- con los padres de familia y el personal de la escuela.

La sesión se divide en dos partes que son: reuniones -- periódicas con los padres de familia y el personal de la escuela. Se les da orientación al núcleo familiar mediante una conferencia.

- Se les da un enfoque de las actividades realizadas -- con los niños apoyando en proyecciones y diapositivas que se les hayan tomado a estos durante el mes.

El objetivo fundamental de éste programa es que los padres se den cuenta del trabajo realizado por los niños así -- como sus avances durante el año escolar, por último la convenciencia entre familia y escuela, en la cual los padres están unidos por el mismo problema y se sienten apoyados reciprocalmente para superarlo, en base sus mismas experiencias.

"Se ha visto mediante la experiencia que entre más temprano se inicie un programa, más rápido y de manera integral se desarrolla el niño. Es por eso que este programa deberá -- iniciarse con niños desde el nacimiento y llevarse a cabo -- conjuntamente con los padres, a los cuales se les señalará -- el camino a seguir en la educación del hijo, el manejo adecuado y una estimulación integral".²³

Mientras se de un mayor acoplamiento en el grupo de familias, se puede realizar un programa de convivencia a través de excursiones los fines de semana y otras actividades fuera de la escuela.

CAPITULO IV. DISEÑO DE INVESTIGACION

A continuación se dará a conocer el diseño de investigación que se elaboró para llegar a conocer la problemática familiar del niño con Síndrome de Down. El cual comprende los siguientes puntos:

4.1. Justificación

La investigación tuvo como finalidad principal, el conocer en forma profunda el Síndrome de Down que conlleva a la existencia de una problemática familiar.

Es por ello que la inquietud nacida del equipo de trabajo de tesis, nos llevó a la necesidad de conocer y analizar elementos propios de este padecimiento, con el fin de determinar en que forma afecta no sólo al niño, sino también al núcleo familiar. Así mismo ver de que manera participó el -- Trabajador Social con el niño y la familia para disminuir dicha problemática.

El niño con Síndrome de Down se considera un deficiente mental que requiere de cierta atención especializada, para poder desarrollar sus habilidades y capacidades, además de valerse por sí mismo trayendo como consecuencia la aminoración del problema en el núcleo familiar.

Según las estadísticas de los últimos años nos muestran que el Síndrome de Down ocurre aproximadamente en uno de ca-

da 600 nacimientos, y que su esperanza de vida es de muchos, hasta los 50 años o más.

4.2. Planteamiento del Problema.

De que manera participó el Trabajador Social en la problemática familiar del niño con Síndrome de Down que asiste al Colegio John Langdon Down de México A.C., con domicilio - en Boulevard de la Luz No. 232, Jardines del Pedregal, Delegación Alvaro Obregón. C.P. 01900 México, D.F., de agosto a diciembre de 1989.

4.3. Objetivos.

Objetivo General.

Conocer la problemática familiar del niño con Síndrome de Down, y la participación del Trabajador Social.

Objetivos Específicos.

Conocer si los padres, le dan la debida importancia al problema de sus hijos y ver de que forma participan en la su peración del mismo.

Conocer las consecuencias que se originan en la familia

del niño con Síndrome de Down.

Analizar la participación del Trabajador Social en la problemática familiar del niño con Síndrome de Down.

4.4. Hipótesis.

El trabajo a nivel socioeconómico aunado a la falta de orientación e información de la familia, repercuten en el aumento de la problemática familiar del niño con Síndrome de Down.

4.5. Metodología de la Investigación.

Para llevar a cabo ésta investigación se realizó previamente una investigación bibliográfica y documental, con el fin de recopilar información sobre el tema de estudio.

Una de las limitaciones que se presentó en la investigación, fué que la bibliografía existente sobre el tema es muy escasa en nuestro idioma.

Posteriormente se realizó la investigación de campo -- a través de un cuestionario para llegar a conocer la problemática familiar del niño con Síndrome de Down.

Esta investigación se llevó a cabo en el Colegio John Langdon Down, ubicado en la Colonia Jardines del Pedregal.

En dicho Colegio se tomó una muestra de 25 personas.

En nuestra investigación utilizamos el método inductivo analítico, porque a partir del análisis de los resultados de la muestra, se pretendió conocer los factores que originan - la problemática familiar por la presencia de un niño con Síndrome de Down.

4.6. Elaboración del Instrumento de Trabajo.

DATOS DEL NIÑO

Edad actual del niño: Años _____ Meses _____ Sexo _____

Nivel en que se encuentra su hijo en el Colegio:

Estimulación temprana () 1er. Nivel () 2º Nivel ()

3er. Nivel () Grupo Preocupacional ()

DATOS FAMILIARES

1.- Edad del Padre: _____ y Madre _____

2.- Estado Civil:

Solteros () Casados ()

Divorciados () Unión Libre () otros ()

3.- Último nivel de escolaridad y ocupación:

Padre _____

Madre _____

4.- Número total de hijos: _____

Menores de 10 años _____ Mayores de 10 años _____

5.- Lugar que ocupa el alumno en la familia: _____

NIVEL SOCIECONOMICO

6.- Ingreso mensual total de la familia:

Menor al salario mínimo ()

Salario Mínimo ()

Mayor al Salario Mínimo ()

7.- Egreso mensual total de la familia:

Igual al ingreso () Mayor al Ingreso ()

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

8.- Tipo de vivienda:

Casa () Departamento () Vecindad ()

otros () cuales _____

9.- Tenencia:

propia () rentada () otro ()

Cual: _____

10.- Número de personas que viven en el hogar: _____

DINAMICA FAMILIAR

11.- Edad de la madre en el momento del nacimiento del niño -
con Síndrome de Down:

30 a 20 años () 20 a 25 años () 25 a 30 ()

30 a 35 años () 35 o más ()

12.- Quién les anunció el diagnóstico

El médico () El Trabajador Social ()

El pediatra () otros () cual _____

13.- Cual fué el diagnóstico que les dieron al nacer el niño

Retraso mental () Síndrome de Down ()

Mongolismo () anomalía cromosómica ()

otro () cual _____

14.- Cuando se les anunció el diagnóstico

Al nacer el niño () En los primeros 15 días ()
Después de 15 días ()

15.- Quien se encontraba presente

Padre () Madre () ambos ()

16.- Cual era la actitud de la persona que le anunció el diagnóstico:

Agresiva () Comprensiva ()
indiferente ()

17.- Cual fue la actitud de los padres al recibir el diagnóstico:

Frustración () rechazo () aceptación ()
indiferencia () otra () cual _____

18.- Una vez dado el diagnóstico que información y orientación recibió para el tratamiento del niño:

Consejo sobre la educación ()
Interrar al niño () Atención en el hogar ()
otros () cuales _____

19.- Como se enteraron los hermanos del padecimiento del niño

Le informaron ustedes ()
Los familiares () Se dieron cuenta ellos ()

20.- Como se enteró del Colegio

Por el médico () Por el Trabajador Social ()
Medios de comunicación ()
algún familiar () Otros () cual _____

- 21.- A que Institución llevó a su hijo antes de ingresar al -
Colegio John Langdon Down:
Hospital Infantil de México ()
Hospital General ()
Hospital Psiquiátrico Infantil ()
Otros () cual _____
- 22.- Ha recibido información y orientación acerca del Síndrome de Down para ayudar a su hijo, en su desarrollo integral.
Si () No () cual _____
- 23.- La información y orientación que recibe para el desarrollo del niño es:
Frecuente () escasa () nula ()
- 24.- Que tipo de apoyo ha recibido por parte del Colegio
Informativo () Psicológico () Otro ()
Cual _____
- 25.- Como es la actitud de los hermanos hacia el niño que --
asiste al Colegio:
Rechazo () indiferencia () aceptación ()
- 26.- Que tiempo le dedican a su hijo que asiste al Colegio:
Mayor tiempo que a sus demás hijos ()
igual tiempo () menos tiempo ()
- 27.- Se originó algún problema al nacimiento del niño como:
abandono del padre () de la madre () divorcio ()
- 28.- A partir del nacimiento del niño, asisten a:
Reuniones familiares ()

Eventos sociales y culturales ()

lugares públicos ()

29.- Como ha sido la participación de cada uno de los miembros de la familia para lograr el desarrollo integral del niño:

4.7. Codificación de Resultados, Interpretación y Presentación de Cuadros.

El instrumento se aplicó en el Colegio John Langdon -- Down al que asisten aproximadamente un total de 87 niños, de los cuales se tomó una muestra de 25 personas, ya que no hubo disponibilidad y participación de los padres, por motivos personales, así como por falta de tiempo.

Los resultados obtenidos en la investigación se presentan a continuación en cuadros estadísticos con su respectiva descripción.

Cuadro No. 1

Edad del Niño con Síndrome de Down.

	Frecuencia	Porcentaje
2 a 5	10	40%
6 a 9	9	36%
10 a 13	3	12%
14 a 17	1	4%
18 o más	2	8%
Total	25	100%

En la encuesta aplicada a los padres de los niños que asisten al Colegio, se detectó que las edades de mayor frecuencia fueron de 2 a 5 años y la menor frecuencia fué de 14 a 17 años. Sin embargo encontramos de edad adulta una persona de 37 años de edad, la cual esta incluida en el intervalo de 18 años a más.

Cuadro No. 2

Sexo de los niños con Síndrome de Down

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	14	56%
Femenino	11	44%
Total	25	100%

De acuerdo a la encuesta aplicada encontramos un mayor porcentaje de hombres, en un 56%. Esto nos demuestra que sólo una mínima parte de niñas integra la población del Colegio con Dicho Síndrome.

Cuadro No. 3

Nivel del niño dentro del Colegio

	Frecuencia	Porcentaje
Estimulación temprana	5	20%
Primer Nivel	10	40%
Segundo Nivel	3	12%
Tercer Nivel	4	16%
Grupo Preocupacional	3	12%
Total	25	100%

En cuanto al nivel en que está el niño dentro del Colegio, se puede observar que un alto porcentaje se encuentra en primer nivel debido a la edad ya que la mayoría de estos están en la etapa infantil y no han logrado el desarrollo -- adecuado en sus habilidades y aptitudes para pasar a otros niveles.

Cuadro No. 4

Edad del Padre

	Frecuencia	Porcentaje
29 a 33	6	24%
34 a 38	1	4%
39 a 43	6	24%
44 a 48	7	28%
49 a 53	1	4%
54 a 58	1	4%
59 a 63	2	8%
64 a 68	1	4%
Total	25	100%

De acuerdo a la población encuestada, encontramos que -- la edad de los padres de mayor frecuencia fué de 44 a 48 -- años de edad y la edad de menor frecuencia, fué de 64 a 68 -- años. Por lo que podemos deducir que en su mayoría los pa -- dres son de edad madura.

Cuadro No. 5

Edad de la Madre

	Frecuencia	Porcentaje
23 a 27	2	8%
28 a 32	4	16%
33 a 37	4	16%
38 a 42	4	16%
43 a 47	5	20%
48 a 52	4	16%
53 a 57	1	4%
58 a 67	0	0%
63 a 67	1	4%
Total	25	100%

De acuerdo a la población encuestada, encontramos que -- las edades, en relación a la madre la de mayor frecuencia -- fué de 43 a 47 años de edad y la menor fué de 63 a 67 años -- de edad, lo cual nos indica que se trata en su mayoría de -- una población madura.

Cuadro No. 6

Estado Civil de los Padres

	Frecuencia	Porcentaje
Casados	18	72%
Separados	4	16%
Solteros	2	8%
Unión Libre	1	4%
Total	25	100%

En este cuadro podemos observar que el 72% de los padres son casados y un 4% viven en Unión Libre, lo cual nos muestra que la mayor parte de las familias son completas.

Cuadro No. 7

Escolaridad del Padre

	Frecuencia	Porcentaje
Profesional completa	9	36%
Sin datos	4	16%
Secundaria completa	4	16%
Secundaria incompleta	2	8%
Bachillerato completo	2	8%
Profesional incompleta	2	8%
Primaria	1	4%
Bachillerato incompleto	1	4%
Total	25	100%

Este cuadro nos muestra que la mayoría de los padres -- cuentan con un grado de escolaridad a nivel profesional, como son Ingenieros Químicos, Ing. Pesquero, Ing. Textil, Doctorado en Finanzas, Médico Cirujano, Lic. en Economía y Lic. en Derecho.

Cuadro No. 8

Escolaridad de la Madre

	Frecuencia	Porcentaje
Profesional completa	5	20%
Carrera comercial	4	16%
Secundaria Completa	4	16%
Primaria completa	3	12%
Sin datos	3	12%
Primaria incompleta	2	8%
Secundaria incompleta	1	4%
Carrera técnica	1	4%
Normal incompleta	1	4%
Profesional incompleta	1	4%
Total	25	100%

En este cuadro podemos ver que el nivel de escolaridad de la madre, de mayor frecuencia fué a nivel profesional completa en un 20% y la de menor porcentaje fué de 4% en cada uno de los siguientes rubros: secundaria incompleta, carrera técnica, normal incompleta, y profesional incompleta.

Cuadro No. 9

Ocupación del Padre

	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	2	8%
Ing. Electrónico	1	4%
Pulidor	1	4%
Ing. Químico Industrial	1	4%
Jubilado	1	4%
Asesor Técnico	1	4%
Técnico Radiólogo	1	4%
Lic. en Derecho	1	4%
Electricista	1	4%
Carpintero	1	4%
Director de Calidad	1	4%
Electricista Industrial	1	4%
Ortopedista	1	4%
Sin datos	11	44%
Total	25	100%

En el presente cuadro se puede observar que cada uno de los padres encuestados, desempeñan diferentes ocupaciones, sólo uno es jubilado y el 44% no contestaron, los puestos -- que ocupan son de acuerdo al nivel de escolaridad.

Cuadro No. 10

Ocupación de la Madre

	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	21	84%
Secretaria	2	8%
Analista	1	4%
Empleada	1	4%
Total	25	100%

Del total de la población encuestada podemos observar - que el 84% de las madres se dedican al hogar y sólo el 16% - trabajan, esto nos indica que la mayoría de las madres a pesar de tener una profesión no la ejercen.

Cuadro No. 11

Número de hijos.

	Frecuencia	Porcentaje
1	4	16%
2	8	32%
3	8	32%
4	2	8%
5	1	4%
6	0	0%
7	1	4%
8	1	4%
Total	25	100%

El número total de hijos por familia, podemos observar que la mayoría de ellas, tienen de 2 a 3 hijos, de lo cual podemos deducir que la mayor parte de las familias son pequeñas.

Cuadro No. 12

Total de hijos

	Frecuencia	Porcentaje
Mayores de 10 años	40	54.8%
Menores de 10 años	33	45.2%
Total	73	100.0%

De acuerdo al número total de hijos, de cada familia -- podemos observar que la mayoría de ellas tienen hijos mayores de 10 años en un 54.8%. De lo anterior se concluye que -- la mayoría de los niños que padecen Síndrome de Down son menores de 10 años.

Cuadro No. 13

Lugar que ocupa el niño dentro de la familia

	Frecuencia	Porcentaje
Primer	6	24%
Segundo	9	36%
Tercero	6	24%
Cuarto	1	4%
Quinto	2	8%
Sexto	0	0%
Séptimo	1	4%
Total	25	100%

En este cuadro nos muestra que los niños con Síndrome - de Down en su mayoría han sido los segundos al nacer. Aunque también tenemos un alto porcentaje que es del 24% el cual -- nos indica que los niños ocupan el primer y tercer lugar en la familia.

Cuadro No. 14

Nivel Socioeconómico
Ingreso mensual

	Frecuencia	Porcentaje
Menos del salario mínimo	11	44%
Mayor al salario mínimo	9	36%
Salario Mínimo	5	20%
Total	25	100%

Como se puede observar más de la mitad de las familias perciben, entre el salario mínimo y más del salario mínimo, - esto indica que su nivel socioeconómico es aceptable ya que pueden darle educación y atención al niño que asiste al Colegio.

Cuadro No. 15

Egreso Mensual

	Frecuencia	Porcentaje
Mayor al ingreso	13	52%
Igual al ingreso	12	48%
Total	25	100%

Los datos obtenidos en nuestra muestra nos indican que el egreso por familia, es mayor al ingreso en un 52% e igual al ingreso en un 48%. Lo cual nos indica que las familias gastan más de lo que perciben.

Cuadro No. 16

Vivienda

	Frecuencia	Porcentaje
Casa propia	15	60%
Casa prestada	4	16%
Departamento rentado	4	16%
Departamento propio	2	8%
Total	25	100%

De acuerdo a la población de la muestra, la mayor parte de las familias cuentan con casa propia en un 60%, y el 8% con departamento propio. Sólo en una minoría las familias tienen mayor egreso, debido a que pagan renta.

Cuadro No. 17

Personas que viven en el hogar

	Frecuencia	Porcentaje
3	7	28%
4	5	20%
5	7	28%
6	4	16%
7	1	4%
8	1	4%

En este cuadro podemos observar que las familias en su mayoría están integradas de 3 a 5 miembros cada una y la mínima parte de 7 a 8 miembros.

Cuadro No. 18

Edad de la madre al nacer el niño
con Síndrome de Down.

	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20	1	4%
20 a 25	4	16%
25 a 30	5	20%
30 a 35	5	20%
35 a más	10	40%
Total	25	100%

El presente cuadro nos muestra el porcentaje mayor de - la edad de la madre al nacer el niño con Síndrome de Down, - que abarca la edad de 35 años a más y el menor es de 15 a 20 años que es un 4%. Por lo tanto podemos observar que la edad avanzada fué factor determinante en el padecimiento del niño.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Cuadro No. 19

Les anunció el diagnóstico

	Frecuencia	Porcentaje
Médico	18	72%
Pediatra	5	20%
Trabajador Social	2	8%
Total	25	100%

Este cuadro nos muestra que el diagnóstico fué dado a la madre por el médico en un 72%. Esto nos indica que la intervención de Trabajador Social en cuanto al anuncio del diagnóstico es casi nula.

Cuadro No. 20

Diagnóstico que les dieron al nacer el niño

	Frecuencia	Porcentaje
Síndrome de Down	16	64%
Mongolismo	4	16%
Diferente a los demás	3	12%
Anomalia cromosómica	2	8%
Total	25	100%

El presente cuadro nos muestra que al 64% de los padres les dieron el diagnóstico de Síndrome de Down, y al 8% el de Anomalia Cromosómica. Esto nos muestra que la mayoría de los padres les dieron el diagnóstico adecuado.

Cuadro No. 21

Se les anunció el diagnóstico

	Frecuencia	Porcentaje
Al nacer el niño	13	52%
Después de los 15 días	7	28%
En los 15 días	5	20%
Total	25	100%

Al 52% de los padres encuestados se les anunció el diagnóstico al nacer el niño, y al 20%, en los primeros 15 días del nacimiento del niño. Lo cual es un factor determinante, para la intervención temprana del niño, ya que entre más pronto se le atienda, se logrará un mejor desarrollo en el mismo.

Cuadro No. 22

Se encontraba presente.

	Frecuencia	Porcentaje
Madre	14	56%
Ambos	9	36%
Padre	2	8%
Total	25	100%

Con respecto a quién se encontraba presente cuando se les dió el diagnóstico del niño, en un 56% fué la madre y el 8% se encontro presente el padre. Esto se debe por lo general a que los padres no se encuentran presentes en el momento -- del nacimiento del niño.

Cuadro No. 23

Actitud de la persona que les anunció el diagnóstico.

	Frecuencia	Porcentaje
Comprensiva	15	60%
Indiferencia	8	32%
Agresiva	2	8%
Total	25	100%

Con respecto a la actitud de la persona que le anunció el diagnóstico del niño a los padres fué de comprensión en un 60%, y el 8% fué agresiva. Esto se da en algunos casos, debido a la forma de ser de las personas que dan el diagnóstico.

Cuadro No. 24

Actitud de los padres al recibir el diagnóstico.

	Frecuencia	Porcentaje
Aceptación	17	68%
Frustración	8	32%
Total	25	100%

En el cuadro se puede observar que la actitud de los padres al recibir el diagnóstico del niño fué de aceptación en un 68% y el 32% fue de frustración.

Cuadro No. 25

Información y orientación que recibieron los padres
para el tratamiento del niño.

	Frecuencia	Porcentaje
Consejo sobre la educación	15	60%
Atención en el hogar	4	16%
Sin datos	4	16%
Otros	2	8%
Total	25	100%

La mayoría de los padres, recibieron consejo sobre la educación para el desarrollo integral del niño con Síndrome de Down.

Cuadro No. 26

Los hermanos se enteraron del padecimiento del niño
debido a que:

	Frecuencia	Porcentaje
Les informaron ustedes	18	72%
Se dieron cuenta ellos	3	12%
Sin respuesta	3	12%
Por los familiares	1	4%
Total	25	100%

En los datos de la muestra se obtuvo que los hermanos - se enteraron del padecimiento del niño por medio de los pa-- dres en un 72% y por medio de los familiares fué en un 4%.

Cuadro No. 27

Los padres se enteraron del Colegio a través de:

	Frecuencia	Porcentaje
Medios de comunicación	7	28%
Otros	5	20%
Por el médico	4	16%
Sin respuesta	3	12%
Algún familiar	3	12%
Trabajador Social	2	8%
Total	25	100%

En el presente cuadro se puede observar que los padres se enteraron del Colegio a través de los medios de comunicación que fué el mayor porcentaje con el 28% y el menor fué - por medio del Trabajador Social con el 8%.

Cuadro No. 28

Instituciones a las que llevaron los padres a
su hijo, antes de ingresar al Colegio

	Frecuencia	Porcentaje
Otros	13	52%
Sin datos	7	28%
Hospital Infantil	3	12%
Hospital General	2	8%
Total	25	100%

Se puede observar que el 52% de la población encuestada han llevado al niño con Síndrome de Down antes de ingresar - al Colegio, a las siguientes instituciones: DIF, CETEDUCA, - IMSS, Hospital López Mateos, Escuela de Intervención Temprana, 20 de Noviembre.

Cuadro No. 29

Información recibida acerca del
Síndrome de Down para ayudar a su hijo
en su desarrollo integral.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	23	92%
Sin datos	2	8%
Total	25	100%

Este cuadro describe que del total de las personas en -
cuestadas el 92% han recibido información y orientación acer-
ca del Síndrome de Down para ayudar a sus hijos, en su desa-
rrollo integral. Y el resto lo han adquirido por cuenta pro-
pia ya que han leído libros acerca de dicho Síndrome.

Cuadro No. 30

La información y orientación recibida por parte de los padres para el desarrollo del niño ha sido:

	Frecuencia	Porcentaje
Frecuente	16	64%
Escasa	7	28%
Nula	1	4%
Sin datos	1	4%
Total	25	100%

En el presente cuadro se puede observar que la información y orientación que reciben las personas en un 64% es de manera frecuente. Lo cual indica que una mínima parte a obtenido poca información y orientación sobre el tema.

Cuadro No. 31

Apoyo recibido por parte del Colegio

	Frecuencia	Porcentaje
Informativo	15	51.8%
Psicológico	12	41.3%
Económico	2	6.9%
Total	29	100.0%

En el presente cuadro se observa que la mayoría de los padres han recibido apoyo de tipo informativo por parte del Colegio, ya que les proporcionan material elaborado por él mismo; y en una mínima parte reciben apoyo económico debido a que se les cobra la colegiatura de acuerdo a sus ingresos.

Cuadro No. 32

Actitud de los hermanos hacia el niño que asiste al Colegio

	Frecuencia	Porcentaje
Aceptación	20	80%
Sin datos	3	12%
Indiferencia	2	8%
Total	25	100%

Como se puede observar en este cuadro el 80% de la muestra indica que la actitud de los hermanos hacia el niño es de aceptación, y el 8% es de indiferencia. No obstante que el niño padece Síndrome de Down, éste es aceptado por los hermanos, aunque que existen dos casos de indiferencia ésta no es de rechazo.

Cuadro No. 33

Tiempo que le dedican al niño que asiste
al Colegio.

	Frecuencia	Porcentaje
Igual tiempo	14	56%
Mayor Tiempo	8	32%
Menos tiempo	3	12%
Total	25	100%

En cuanto al tiempo que le dedican a su hijo el 56% de la muestra le dedican igual tiempo que sus demás hijos y el 12% menos tiempo. Lo cual indica que lo tratan igual que a los demás, aunque con ciertos cuidados.

Cuadro No. 34

Problema originado al nacimiento del
niño con Síndrome de Down.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin datos	21	84%
Abandono del padre	4	16%
Total	25	100%

Se observa en el presente cuadro que del total de la --
población encuestada sólo el 16% se originó algún problema -
al nacimiento del niño, en este caso abandono del padre.

Cuadro No. 35

Vida social de las familias.

	Frecuencia	Porcentaje
Reuniones familiares, culturales, sociales- y lugares públicos.	13	52%
Lugares públicos y -- reuniones familiares.	3	12%
Lugares públicos	3	12%
Sin datos	3	12%
Lugares públicos y -- eventos sociales	2	8%
Reuniones familiares	1	4%
Total	25	100%

En cuanto a la vida social se puede observar que el 52% de las familias asiste a reuniones, eventos sociales y culturales así como a lugares públicos y sólo un 4% a reuniones familiares. Lo cual prueba que el niño no es relegado, del medio ambiente en el que se desenvuelve la familia.

Cuadro No. 36

Participación de cada uno de los miembros de la familia para el desarrollo integral del niño

	Frecuencia	Porcentaje
Aceptación del niño y trato igual	12	48%
Apoyo de acuerdo a las necesidades del niño	7	28%
Afecto	4	16%
Poca participación	2	8%
Total	25	100%

En cuanto a la participación de cada uno de los miembros de la familia para lograr el desarrollo integral del niño, se mencionó en forma general que el niño es aceptado y tratado de igual forma que a los demás niños que integran la familia.

4.8 Análisis de los Resultados.

De los niños con Síndrome de Down que asisten al Colegio en su mayoría son del sexo masculino los cuales están en la etapa infantil, ya que sólo se encontró una persona adulta por lo que podemos observar que no hay límite de edad para poder asistir al Colegio, para ello se realiza una valoración previa por el personal especializado que labora en el Colegio, el cual va a determinar si puede ser aceptado el niño para integrarlo al nivel que le corresponde de acuerdo a su desarrollo físico y mental.

La mayoría de los niños están en el primer nivel dentro del Colegio, en donde básicamente se les ayuda en su desarrollo psicomotriz. La persona adulta se encuentra en el grupo de Terapia Preocupacional ya que tiene un grado de desarrollo avanzado y por lo tanto desempeña actividades manuales, las cuales ha aprendido en los talleres que existen en el Colegio con el fin de que se siente útil ante la sociedad.

Los padres de los niños que asisten al colegio son de edad adulta, y la edad promedio de la madre en el momento del nacimiento del niño fue de 35 años, por lo tanto podemos observar que este fue un factor determinante en el nacimiento del niño, ya que cuando se tiene un hijo en edad avanzada, existe mayor posibilidad de que nazca con Síndrome de Down.

Al enterarse los padres del padecimiento de su hijo, es

tos mencionan haberlo aceptado pero se observó que una mínima parte de estos no han superado el problema a pesar de que en su mayoría tienen un grado de escolaridad profesional. Ya que mostraron cierta actitud de agresividad o rechazo al con testar el cuestionario y otros se negaron a contestarlo.

La actitud de los hermanos hacia el niño con Síndrome de Down ha sido de aceptación, ya que los padres se encargaron de comunicarles sobre el padecimiento de su hermano, esta aceptación se ha logrado debido a que los padres mencionaron que el tiempo que le dedican al niño con Síndrome de -- Down es el mismo que le dedican a sus otros hijos, ya que al asistir a reuniones y lugares públicos, etc., o realizar alguna actividad dentro del hogar hacen participe al niño.

La participación de cada uno de los miembros para lo -- grar el desarrollo integral de niño, en primer lugar a sido, aceptandolo como un niño normal pero con ciertas limitaciones, brindándole afecto y dándole apoyo en lo referente a -- las actividades que desempeña en el hogar.

Un factor importante que los padres mencionaron fué el de tratar al niño de igual manera que a los demás, de acuerdo a lo anterior se puede deducir, que esto lo han ido lo-- grandando algunos, a través de la información, orientación y -- apoyo Psicológico que recibieron por parte del Colegio así -- como la información que obtuvieron documentandose por cuenta propia, para conocer más a fondo dicho problema y de esta ma -- nera ayudar al niño en su desarrollo integral.

La problemática familiar que se ha originado con la presencia de un niño con Síndrome de Down en el núcleo familiar sólo en una mínima parte se dio el problema de abandono por parte del padre. Esto podría deducirse que ha ocurrido, puesto que no se ha superado el problema a pesar de que lo llevan al Colegio.

Otro de los problemas que se observaron fue de tipo emocional, ya que los padres sienten cierta culpabilidad ante el nacimiento de su hijo y por lo tanto algunos actúan sobreprotegiéndolo, para mitigar su culpa o toman una actitud de rechazo o agresividad.

En relación al nivel socioeconómico de la familia, que en su mayoría es pequeña, se observó que gran parte de esta población perciben menos del salario mínimo siendo su ingreso mayor a éste, sin embargo se encontró una contradicción respecto al nivel socioeconómico, ya que los padres mencionan tener un ingreso menor al salario mínimo lo cual es ilógico ya que tienen un nivel de escolaridad profesional y desempeñan puestos de acuerdo al mismo, además cuentan con casa propia, lo cual no es posible tener, si las familias ganan menos del salario mínimo.

4.9. Conclusiones de la Investigación.

De acuerdo a los datos obtenidos de la investigación -- podemos deducir que la mayor parte de los padres de los niños con Síndrome de Down son de edad madura ya que las edades de éstos son de 43 a 49 años, así mismo las madres en el momento del nacimiento del niño con Síndrome de Down tenían 35 años o más, debe tomarse en cuenta que a esta edad no es muy recomendable concebir un hijo.

Así mismo se encontró que la edad de los niños que asisten al colegio la de mayor frecuencia fué de 2 a 9 años.

El nivel socioeconómico de las familias encuestadas -- está situado entre el salario mínimo y menos del salario -- mínimo. La mayoría de las familias cuentan con casa propia.

La mayor parte de los padres han tomado una actitud de aceptación ante el niño, al manifestar que se le trata de -- igual manera que a los demás dedicándole el mismo tiempo que a sus demás hijos, dándose esta actitud principalmente en -- los padres que han recibido información y orientación adecuada de dicho padecimiento. Sucediendo lo contrario con los -- padres que han recibido poca información; ya que se negaron a proporcionar datos sobre el niño con dicho padecimiento y de los demás miembros de su familia, mostrando cierto rechazo.

De acuerdo a lo anterior no se comprobó la hipótesis, -- "El bajo nivel socioeconómico aunado a la falta de orienta--

ción e información de la familia, repercuten en el aumento - de la problemática familiar del niño con Síndrome de Down", - ya que un alto porcentaje de los padres han recibido cierta - información y orientación sobre dicho padecimiento por parte del Colegio y por ellos mismos, así mismo se encontró que el nivel socioeconómico de los padres no es bajo, aunque -- ellos mencionaron tener un ingreso menor al salario mínimo - ya que estos se encuentran laborando de acuerdo a su nivel - profesional.

CAPITULO V. ALTERNATIVAS DE TRABAJO SOCIAL ANTE LA PROBLEMATICA FAMILIAR DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

El objetivo de nuestra investigación fué conocer la participación del Trabajador Social, en la problemática familiar del niño con Síndrome de Down, lo cual no fué posible lograr ya que actualmente no existe dentro del Colegio el Departamento de Trabajo Social que anteriormente había.

De acuerdo al análisis de nuestra investigación, pudimos observar que la participación del Trabajador Social es de suma importancia puesto que es el enlace entre la Institución y la familia.

Actualmente las funciones del Trabajador Social son desempeñadas por la Psicóloga de dicho Colegio. Por lo anterior se proponen las siguientes alternativas, para que exista una mayor atención a los padres de los niños que asisten al Colegio y así mismo evitar el exceso de trabajo al Departamento de Psicología.

Se debe establecer nuevamente el Departamento de Trabajo Social delimitando las funciones y actividades de éste para dar una mayor atención a los padres de familia tanto a nivel individual como grupal.

Tomando en cuenta que el Trabajador Social debe contribuir a la atención del menor con Síndrome de Down en coordinación con el equipo multidisciplinario, cabe señalar que las funciones y actividades que realizarán dentro del cole--

gio son las siguientes:

FUNCIONES

ACTIVIDADES

I
N
V
E
S
T
I
G
A
C
I
O
N

- Realizar estudios socioeconómicos
- Realizar estudios sociales
- Hacer visitas domiciliarias para obtener un conocimiento real de la problemática familiar del niño con Síndrome de Down, tanto en el aspecto económico, como en el aspecto social y cultural.
- Investigación documental y bibliográfica del Síndrome de Down, para obtener un mayor conocimiento del mismo.

E
D
U
C
A
C
I
O
N

- Pláticas sobre:
 - Educación para la salud
 - Hábitos de higiene
 - Hábitos de alimentación
 - Planificación Familiar
 - Educación Sexual.

O
R
I
E
N
T
A
C
I
O
N

- Pláticas a los padres de familia
- Dinámicas Grupales
- Orientación Familiar
- Actualización a los padres sobre el Síndrome de Down.

FUNCIONES

ACTIVIDADES

P
R
O
M
O
C
I
O
N

- Elaboración y distribución de material de difu--
sión sobre el Colegio.
- Elaboración de carteles para dar a conocer las -
actividades que se realizan en el Colegio, y --
exista mayor participación por parte de los pa-
dres de los niños que asisten al mismo.
- Promover los programas en el Colegio y motivar a
los padres para que participen en los mismos.
- Promover las relaciones humanas entre el perso--
nal del Colegio, para el mejor funcionamiento --
del mismo.

Para el desarrollo de éstas actividades se tendrá como-
material de apoyo el siguiente:

- * Audiovisuales
- * Rctafolios
- * Diapositivas
- * Periódico mural, etc.

O
R
G
A
N
I
Z
A
C
I
O
N

- Formar grupos de padres de familia de acuerdo al
nivel en que se encuentre su hijo en el Colegio.
- Trabajo en equipo multidisciplinario.
- Elaboración de material didáctico de apoyo.

ACTIVIDADES

Entre otras actividades se proponen las siguientes:

- Realizar eventos sociales, en los cuales exista participación tanto del personal que labora en en el Colegio, así como de los alumnos y padres de los mismos.
- Canalización de los niños a otras Instituciones.
- Canalización externa con otras Instituciones.
- Coordinación interna del Colegio en los diferentes departamentos con los que cuenta.
- Participación en los cursos de actualización -- que se impartan en el Colegio, para el personal.
- Participar en el manejo de los problemas socio--culturales y psicosociales que estén interfiriendo en el estado de salud del niño y el núcleo fa miliar.
- Gestiones diversas, para obtención de ayuda económica al Colegio, por parte de empresas públi--cas y privadas.
- Realizar una labor de convencimiento al interior del Colegio, para que se de oportunidad a pasantes de diversas carreras, de realizar su Servi--cio Social o Tesis y les brinden apoyo.

Todo lo anterior se logrará si se cuenta con el apoyo -

de la Institución, los recursos financieros, materiales y humanos, así como con la participación por parte de los padres en las actividades que realice el Departamento de Trabajo -- Social en el Colegio, cuando éste vuelva a funcionar en el mismo, ya ~~que este~~ contribuirá a que se logre un mejor desarrollo en el niño, con el apoyo del personal existente en la -- Institución.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Down, Trisomía 21, o mejor conocido como Mongolismo, es la alteración genética en la cual se tiene un cromosoma de más en vez de 46 cromosomas cada una de las células, una persona con éste Síndrome tiene 47 cromosomas. En los últimos años se ha dado con mayor frecuencia ya que de cada 600 niños que nacen, uno tiene Síndrome.

Este padecimiento no respeta raza ni posición social, así que nadie está exento de tener un miembro en la familia que pueda tener dicho padecimiento. Es considerado uno de los Síndromes orgánicos más frecuentes del retraso mental y motor así como enfermedad incurable.

En la actualidad se siguen realizando investigaciones para determinar con exactitud las causas que originan el Síndrome de Down, pues no se sabe si éste se produce antes o después de la fertilización del óvulo, o en el momento de su fertilización. Así mismo se considera que la edad de la madre es factor determinante cuando conciben un hijo después de los 35 años de edad.

A lo largo de la investigación nos pudimos dar cuenta que la presencia de un niño con Síndrome de Down trae consigo problemas tales como: psicológicos, económicos y sociales lo cual la mayoría de las veces no ayuda a que el niño se desarrolle de manera integral.

La atención de niño con Síndrome de Down debe ser desde

su nacimiento, a través de una estimulación temprana debido a que, mientras se de una atención inmediata, mayores serán los logros en cuanto al avance en el desarrollo cognositivo- y psicomotor del niño. Para ésto es importante la participación de la familia para lograr el desarrollo integral del niño.

La obligación de los padres es el de conocer las aptitudes y capacidades de su hijo así como sus limitaciones físicas y mentales, para ayudarlo a formar o desarrollar su personalidad.

Debido a que en los últimos años a aumentado notablemente la existencia de niños con Síndrome de Down, se han creado diversas escuelas de educación especial con la finalidad de atender a esta población, desarrollando sus habilidades y aptitudes, para que sean capaces de valerse por si mismos y de ésta manera incorporarlos a la sociedad.

Es importante convencer a la sociedad, que el nacimiento de un niño con Síndrome de Down no debe generar sentimientos de culpa. Para esto se debe trabajar arduamente., para que la sociedad esté conciente de que éste no es un problema individual, sino de la familia y la sociedad de la cual forma parte el niño con dicho Síndrome.

Tenemos la obligación de promover constantemente que a estos niños se les debe tratar igual que a los demás niños, de modo especial, pero no diferente, puesto que son niños -- normales con ciertas limitaciones, y sobre todo son seres -- humanos y por lo tanto se les debe tratar como tal.

SUGERENCIAS

El Trabajador Social además de elaborar programas, debe realizar investigaciones más profundas sobre los factores internos y externos que originan la problemática familiar del Niño con Síndrome de Down.

Que el Trabajador Social que se inserte en el Colegio - además de tener conocimientos sobre educación especial, cuente con la especialidad de Terapia Familiar, para dar una mejor atención tanto al niño como a su familia.

Dar terapia familiar en forma periódica a cada uno de - los familiares del niño, para aminorar la problemática que - se ha originado al nacimiento de éste y durante su desarro- - llo.

El profesionista que dé el diagnóstico a los padres, lo debe dar de tal forma que no afecte su estabilidad emocional. Así mismo proporcionarles información, y orientarlos sobre - la educación del niño, así como de las Instituciones a las - que debe acudir. Es otra tarea de igual importancia la sencibilización y motivación de los padres, para que éstos acep- - ten a su hijo y lograr un mejor desarrollo en él.

La información que se dé en el Colegio a través de fo- - lletos audiovisuales y conferencias, deberán ser reforzadas - por el equipo multidisciplinario, mediante pláticas a nivel - individual y grupal, y así poder brindar un conocimiento más - amplio acerca del Síndrome de Down, para que los padres supe

ren la problemática dentro del hogar y proporcionen al niño una atención adecuada para su desarrollo integral.

Proporcionar a la familia mayor material bibliográfico dentro del Colegio.

Que el personal académico de la institución se actualice a través de cursos, ya que con esto se logrará un mejor rendimiento en sus actividades que desempeñen.

Que exista una coordinación con otras instituciones de Educación Especial, tanto a nivel local como nacional para intercambiar experiencias, así como nuevos métodos de enseñanza.

Se deberá realizar una mayor difusión sobre el Síndrome de Down a través de los medios masivos de comunicación, para que la sociedad tenga conocimiento de dicho padecimiento y acepte al niño que lo tenga.

En las Instituciones de Salud que se den pláticas sobre Planificación Familiar, se deben mencionar los riesgos que corre una mujer al concebir un hijo en edad avanzada.

Realizar una campaña publicitaria a través de la cual se den a conocer las Instituciones de Educación Especial que atienden a niños con Síndrome de Down.

Que las Instituciones de Educación Especial, abran las puertas a los pasantes de diferentes profesiones que quieran realizar su servicio social, o elaborar su tesis ya que esto ayuda a que se dé una retroalimentación entre ambos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Ed. El Ateneo. Barcelona, 1982.
- 2.- Baena Paz, Guillermina. Instrumentos de Investigación. - Editores Mexicanos Unidos, S.A. México, 1984.
- 3.- Castells Cuixart, Paulino. Los Subnormales. Ed. DOPESA.- España, 1977.
- 4.- Coronado, Guillermo. La Educación y la Familia del Deficiente Mental. Ed. Continental. México, 1981.
- 5.- García Escamilla, Sylvia. El niño con Síndrome de Down. - Ed. Diana, 6a. Impresión. México, 1988.
- 6.- Garza Mercado, Ario. Manual de Técnicas de Investigación para Estudiantes de Ciencias Sociales. Ed. Colegio de -- México. México, 1981.
- 7.- Instituto John Langdon Down A.C.. I Ciclo de Conferen -- cias. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1973.
- 8.- L. Lambert, Jean y A. Rondal, Jean. El Mongolismo. Ed. - Herder. Barcelona, 1982.
- 9.- L.C. Kolb, H.K. Bodre. Psiquiatría Clínica. Ed. Interame -- cana. México. 1985.
- 10.- Lawrence C., Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. La - Prensa Médica Mexicana. México, 1983.
- 11.- M Cruicks Hank. El niño con Daño Cerebral. Ed. Trillas.- México, 1975.
- 12.- McKay Vaughan, Nelson. Tratados de Pediatría. Ed. Salvat Tomo I. México.

- 13.- P. Ingalls, Roberto. Retraso Mental (nueva perspectiva). Ed. El Manual Moderno, S.A. México, 1982.
- 14.- Rey, Emilio. Madres de Subnormales. Ed. Trillas. México, 1975.
- 15.- Rojas Soriano, Raúl. Guía para Realizar Investigación -- Social. Ed. UNAM. México, 1978.
- 16.- Speck Otto. Rehabilitación de los Insuficientes Mentales. Ed. Biblioteca de Psicología número 49. Barcelona, 1978.
- 17.- Todd F., Juan. Trabajo Social con Deficientes Mentales.- Ed. Euramérica, S.A. Madrid, 1968.
- 18.- W. Smith, David. y Asper Wilson, Ann. El Niño con Síndrome de Down (Mongolismo). Ed. Médica Panamericana. España 1976.
- 19.- Zazzo, Renee. Los Debiles Mentales. Ed. Fontanela. México, 1973.