



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN LA
INSERCIÓN DE PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN AL
CAMPO LABORAL”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LINDA GRACIELA MAGAÑA SPÍNOLA

DIRECTORA:

LIC. MARÍA DE LOURDES JIMÉNEZ RENTERÍA.

DICTAMINADORAS:

DRA. NORMA COFFIN CABRERA.

LIC. CLARA BEJAR NAVA.



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO 2009.



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

PARA MOCA.

**PARA MIS PAPÁS,
MIS HERMANOS,
MIS SOBRINAS Y
MI NOVIO.**

AGRADECIMIENTOS.

MOCA: Con tu partida esto se tornó complicado. Quiero agradecerte todo. Fuiste una mujer grandiosa y quería que me acompañaras en este día. Gracias por tu ejemplo, tu fortaleza, tu profesionalismo y tu grandeza como persona. Gracias por haber sido la mujer que fuiste y por todo lo que representaste, representas y representarás en mi vida. Gracias por brindarme siempre tus manos y brazos cuando la pase mal sin juzgar mis errores y mis fallas como persona. Te quiero y nunca te voy a olvidar.

PA: Gracias por todo lo que me has enseñado y lo que me has brindado, dicen que nadie experimenta en cabeza ajena, pero si se puede aprender mucho y yo he aprendido mucho de ti, con tus pláticas de vivencias, con tu forma de actuar y tu forma de pensar. Con todo y nuestras diferencias, sabes que te amo y te agradezco todo lo que has hecho por mi mamá, mis hermanos y por mí. Gracias por enseñarme el camino.

MA: Eres la persona más valiosa en mi vida, tu guía, ejemplo y amor han hecho de mí lo que soy. Gracias por fomentar siempre el cariño y el respeto en la familia, así como la importancia ante todo de la misma. Eres una mujer excepcional a la cual admiro y amo por todos los sacrificios que has hecho por nosotros, por toda la bondad y sabiduría que tienes para compartir, por ser día con día una mujer respetable y honrada. Gracias por todo lo que me has enseñado, apoyado y compartido, te quiero muchísimo.

WILLY: Gracias por todas aquellas risas que me has brindado desde que éramos niños, a pesar de los disgustos y las adversidades siempre has sido un gran apoyo y un gran ejemplo pero sobre todo un gran amigo y hermano.

GABO: Gracias por dejarme ser una parte de ti, por enseñarme esas cosas que sólo tú sabes, por las agradables pláticas y por la confianza que, a pesar de los grandes disgustos me sigues brindando y en especial por ser mi amigo y mi hermano.

BRENDA Y TÍO PÍO: Por el apoyo brindado en los momentos de angustia, debilidad y tristeza; por ser siempre un apoyo en todo momento.

FAM. AMENDOLLA SPÍNOLA: Gracias a todos por considerarme una más de ustedes. Por todas las facilidades que han aportado a mi vida y especialmente por el cariño y la amistad.

CARLOS: Por estar siempre conmigo, por dejarme ser esa parte de tu vida, por tu apoyo, comprensión y amor desmedido en todo momento. Por ser mi cómplice, mi amigo y mi soporte. Por ayudarme a dar este gran paso y por alentarme a dar lo mejor de mí. Te amo noviqui.

NAGIE Y GABY: Sinceramente esta etapa me hubiera llevado mucho más tiempo si no hubiera sido por ustedes. Gracias por los fabulosos 4 años que compartí y aprendí de ustedes, por todo lo que me brindaron, por su apoyo y amistad.

ROJO: Amigo gracias por estar conmigo desde el inicio, por todas las palabras y todas aquellas cosas lindas y no tan lindas que hemos pasado juntos (todavía no me caso).

SARA: Gracias por ser mi amiga estos increíbles 10 años, por todo lo que hemos compartido y lo que nos falta por compartir. Por el simple hecho de estar ahí y saberte mi siempre amiga sin importar las situaciones, la distancia y las obligaciones.

LULA: Mil gracias por darme la oportunidad de presentar este trabajo y confiar en mi. Por presentarme otra perspectiva acerca de la discapacidad dentro del salón de clases.

A mis sinodales: Por confiar en mi trabajo.

A La Universidad Nacional Autónoma de México: por haberme permitido formar parte de ella y darme el privilegio de sentirme una orgullosa Universitaria.

INDICE

Introducción	1
Justificación	5
1. ¿Qué es el Síndrome de Down?	7
1.1 Antecedentes	7
1.2 Definición	9
1.3 Tipos de Síndrome de Down Posibles causas del Síndrome de Down.	10
1.4 Causas	12
1.5 Prevención y detección	15
1.6 Características físicas, psicológicas y cognitivas	18
1.7 Incidencia	23
1.8 Evaluación	23
1.9 Tratamiento	25
2. Habilidades Sociales	30
2.1 Técnicas generales de tratamiento	35
2.2 Consideraciones prácticas para el entrenamiento de Habilidades Sociales	41
3. Habilidades Sociales en niños con Síndrome de Down	49
3.1 Personalización, integración y normalización	50
3.2 Importancia de las Habilidades Sociales en niños con discapacidad ...	52
3.2.1 Competencia social de los niños con Síndrome de Down	54
3.2.1.1 Lenguaje	54
3.2.1.2 Lectura y Escritura	56
3.2.1.3 Relaciones Interpersonales	57
3.2.1.4 Destrezas	58
3.3 Familia y Síndrome de Down	60
3.4 Integración Escolar	62

3.5 Integración Social	68
3.6 Integración Laboral	70
4. Método	75
Resultados	77
Conclusiones y Discusión	86
5. Propuesta	89
Referencias	91
Anexos	I
Anexo 1	II
Anexo 2	IV

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, mucho se habla de las discapacidades y de la gente con Necesidades Especiales, sin embargo, es preciso especificar por qué se dan este tipo de discapacidades, quiénes son más propensos a presentarlas, cuáles son sus características físicas, psicológicas y cognitivas y de manera muy especial, es necesario empezar a hablar de la integración de dichas personas tanto a la sociedad como a los ámbitos educativos y laborales, así como la elaboración de propuestas para que estas integraciones se lleven a cabo y se pueda brindar una mejor calidad de vida y menos dependiente, a dichas personas.

En este documento se hablará específicamente acerca del Síndrome de Down, el cual es considerado como una discapacidad, que se define como una alteración genética que se produce en el mismo momento de la concepción, ocasionada por la presencia de material genético extra en el par 21, lo cual implica alteraciones que traen consigo un grave trastorno genético que ocasiona retraso mental y ciertas deformidades físicas (Ortega, 1997).

Al hablar de integración social, educativa y laboral, es importante hacer mención de las habilidades sociales, estas hacen referencia al proceso por el cual la gente se relaciona de forma eficaz o hábil con los demás (Spitzberg y Cupach, 1989 en Gil, 1995). Por su parte, Caballo (2005), menciona que la Habilidad Social es un conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas. De acuerdo con esto, es necesario que las personas con Síndrome de Down cuenten con un amplio repertorio de habilidades sociales, para así lograr una eficaz integración a la sociedad en general.

Para que dicha adquisición de habilidades sociales se de plenamente, es importante considerar los escenarios en los que se desenvuelven las personas; como primera instancia, se encuentra la familia, la cual es considerada como la matriz social en que se aprenden los primeros comportamientos interpersonales, en el caso de las personas con Síndrome de Down es la aceptación de sus limitaciones por parte de la familia, la que permitirá que la persona crezca asumiendo su deficiencia, que se sienta seguro de si mismo y con alta autoestima. Al permitirles y alentarlos a desarrollar sus potenciales individuales les proporcionan igualdad de oportunidades, lo que se traducirá en que las personas con Síndrome de Down llegarán a tener una vida productiva e independiente.

En segunda instancia, se encuentra la integración social, la cual implica el acercamiento social mediante interacciones espontáneas y establecimiento de vínculos afectivos. De esta manera podemos decir que la integración de la persona con Síndrome de Down favorece el proceso de socialización, permite la adquisición de conductas espontáneas y activas mediante la actuación de roles, estimula la elaboración de una auto imagen positiva y evita situaciones de rechazo (Kliksberg, 2000 en Ahumada, 2004).

Al igual que la integración social, la integración laboral de las personas con Síndrome de Down es de suma importancia, ya que se debe entender que ellas pueden realizar trabajos dentro de empresas ordinarias si se les presta un apoyo especializado por parte de formadores o preparadores laborales, este apoyo tiene que ir dirigido específicamente a facilitar las habilidades propias del puesto laboral en el que se va a integrar, así como entrenarle en otros aspectos complementarios como son la autonomía en los desplazamientos, el control de horarios, las relaciones sociales con los supervisores y compañeros de la empresa y su actividad general diaria.

A partir de lo anteriormente dicho, el objetivo del trabajo que a continuación se presenta consistió en identificar cuáles son las habilidades sociales requeridas por los dueños de microempresas que facilitarían la inserción de las personas con Síndrome de Down al campo laboral.

Para poder cumplir con el objetivo se llevó a cabo una encuesta, la cual se aplicó a 20 personas dueñas de microempresas en el Municipio de Cuautitlán Izcalli.

Uno de los resultados más relevantes que se obtuvieron fue que la mayor parte de las personas sí emplearía a una persona con síndrome de Down, sin embargo, este trabajo sería para limpiar u ordenar las cosas del negocio, ya que no podrían atender al cliente y entablar una conversación con ellos, aparte de que harían el trabajo con más lentitud. Por otra parte, el resultado más alarmante que se encontró es que la mayoría de los encuestados desconoce las características cognitivas de las personas con Síndrome de Down.

Debido a esto, se propuso llevar a cabo un programa de difusión, en el cual se aborden temas de introducción al Síndrome de Down por medio de un tríptico, el cual deberá ser repartido a los dueños de microempresas con el objetivo de transmitir información general acerca del Síndrome de Down, así como de las ventajas que se derivan de la inserción de las personas que presentan dicha discapacidad.

A manera de conclusión, es importante aclarar que, como lo mencionan las personas encuestadas, las Habilidades Sociales son necesarias para que una persona con síndrome de Down pueda ser empleada en un negocio, sin embargo también es necesario que se las capacite y se les enseñe el manejo adecuado de la maquinaria utilizada, para que se les tome en cuenta para realizar otro tipo de actividad más allá de la limpieza del lugar de trabajo. Es por esto que el contenido de la enseñanza debe priorizar las necesidades y experiencias del niño, focalizando las habilidades de comunicación, habilidades sociales, de cuidado propio, desarrollo motor, habilidades académicas y de la vida diaria. Y, como adulto, las personas deben tener las habilidades necesarias para vivir en comunidad, para el entrenamiento vocacional y el empleo. Para así poder lograr un bienestar y una vida adulta y

plena, así como una independencia económica en la medida de sus posibilidades.

JUSTIFICACIÓN.

Las personas con Síndrome de Down representan una pieza clave en la vida de los seres humanos, ya que al igual que todos, están en capacidad de ofrecer nuevas alternativas de convivencia que enseñen a aceptar al otro en todas sus dimensiones. Sin embargo en la actualidad las personas con este Síndrome, se enfrentan a innumerables obstáculos para que puedan acceder a la educación y aun más para que tengan un empleo.

Las demandas más frecuentes en la población de jóvenes con síndrome de Down, van dirigidas a la educación cuya necesidad principal es ayudar en la comprensión de los comportamientos emitidos a nivel físico, psicológico, sexual y social dirigidos no solo a las familias y a los jóvenes, sino a la sociedad en general, con el fin de crear nuevos rumbos que permitan el cambio de las actuales representaciones sociales en torno al síndrome de Down. Y una vez resuelto esto, estas personas puedan tener las facilidades para un desarrollo adecuado de su vida adulta y puedan entrar al campo laboral y servir a la sociedad de la mejor manera posible.

Martínez y Sanz (2001) mencionan que cuando se habla de habilidades decimos que una persona es Capaz de ejecutar una conducta; si hablamos de habilidades sociales decimos que la persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables, este caso saludar, responder cuando le llaman, dar las gracias, pedir las cosas, decir por favor, etc. Facilitar el desarrollo de las habilidades es necesario para un mejor desempeño de la sociedad actual.

Debido a que las habilidades sociales son fundamentales para la convivencia con las demás personas, es importante implementar estas habilidades en las personas con síndrome de Down, ya que de esta manera les será más fácil insertarse en la sociedad y posteriormente en cualquier otro ámbito ya sea el educativo o el laboral.

Un campo de desarrollo muy importante y esencial para la vida adulta de la persona con síndrome de Down es el de la inserción laboral, el cual no es sólo acceder a un puesto de trabajo y percibir remuneración por ello. Por supuesto, este es el fin último y al que todos aspiramos. Inserción laboral es también autonomía, relaciones sociales y, sobre todo, concienciación de la necesidad de tener un trabajo, el cual aporta seguridad, autonomía e independencia y justo esto es lo que hay que ir adquiriendo con el tiempo, con la madurez. Estas cuestiones no son cosas que se trabajan en unos meses, hay que trabajar desde pequeños aquellos requisitos que van a ser fundamentales para la posterior inserción laboral.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las habilidades sociales que las personas con Síndrome de Down requieren para insertarse en el campo laboral?

Objetivo General

Identificar cuáles son las habilidades sociales requeridas para la inserción de las personas con Síndrome de Down al campo laboral.

Objetivos Específicos

Identificar la opinión de los dueños de microempresas acerca del trabajo que podrían realizar las personas con Síndrome de Down.

Identificar cual es la opinión de los dueños de microempresas acerca de la inserción laboral de las personas con Síndrome de Down.

CAPITULO 1

¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE DOWN?

El Síndrome de Down es hoy en día una de las discapacidades mentales con mayor interés social. Actualmente existen numerosos centros de atención y rehabilitación para estas personas; cada día es más frecuente que en los medios de comunicación se hable del apoyo y de su inserción a la sociedad. Sin embargo, a pesar de que en la actualidad es más común que se haga referencia a ellos, mucha gente aún no sabe el porqué de su condición o de sus capacidades cognitivas.

Debido a esto, a continuación se presentarán aspectos de suma importancia e interés, los cuales exponen el origen del término del Síndrome de Down, su definición, los tipos de Síndrome de Down y sus posibles causas, así como las características físicas, psicológicas y cognitivas, su incidencia, evaluación y tratamiento.

1.1 Antecedentes

En 1866, el médico inglés John Langdon Down, publicó un artículo en el que presentaba una descripción muy minuciosa de un grupo de pacientes con características similares y que en su opinión tenían un aspecto muy parecido al grupo étnico de los mongoles, para los sabios de aquella época, esta raza estaba situada en lo más bajo de la escala humana (Lambert, 1982), tales planteamientos se encontraban influenciados, posiblemente, por los trabajos que Charles Darwin realizaba sobre la evolución (Ballesta, 1995 citado en Arranz, 2002). Así, Down describió las características faciales, la coordinación anormal, las dificultades del lenguaje, la facilidad de que tienen para imitar cualquier tipo de actitudes y su gran sentido del humor.

Un síndrome designa la existencia de un conjunto de síntomas que definen o caracterizan a una determinada condición patológica. El Síndrome de Down, de cuya existencia tenemos constancia desde 1500 años A.C. (Rogers y

Coleman, 1994), era considerado como una regresión en la evolución del hombre hacia un tipo “más primitivo” y era llamado Mongolismo. Sin embargo, hace aproximadamente un siglo y medio, fue reconocido como una entidad nosológica (diferenciación de las enfermedades con arreglo a criterios que permiten su individualización) y se le dio el nombre de Síndrome de Down en honor a su descubridor, el médico John Langdon Down, siendo el primero en denominarlo de esa manera.

Debido a que la etiología del Síndrome de Down era desconocida, para el año de 1932, Wanderburg propuso la hipótesis de que era posible que el Síndrome de Down estuviera relacionado con una anomalía cromosómica. En 1956, Tijo y Levin, establecen que el número normal de cromosomas en el hombre es de 46, iniciándose así el desarrollo de la citogenética humana (García, 1983). Estos 46 cromosomas se dividen en 23 pares, 22 son formados por autosomas y el otro par es formado por cromosomas sexuales (XX en la mujer, XY en el hombre). Sin embargo, es para el año de 1959 cuando los doctores Lejeune, Gaultier y Turpin, tras largas y numerosas investigaciones en las cuales esperaban encontrar un número inferior de cromosomas en estas personas, descubren, que por el contrario, había tres cromosomas numero 21 en cada una de las células, lo cual los llevó a la conclusión de que la causa etiológica se debía al cromosoma extra (Rondal, Perera y Nadel, 2002).

Es necesario mencionar que el espermatozoide del hombre y el óvulo de la mujer son células embrionarias o germinales que sólo tienen la mitad de los cromosomas de las demás células, es decir, 23. Por lo tanto, cuando se produce la concepción y el óvulo y el espermatozoide se funden para originar la primera célula del nuevo organismo humano, ésta tiene los 46 cromosomas característicos de la especie humana. A partir de esa primera célula y por sucesivas divisiones celulares se irán formando los millones de células que conforman los diversos órganos de nuestro cuerpo. Eso significa que, al dividirse las células, también lo hace cada uno de los 46 cromosomas, de modo que cada célula sigue poseyendo esos 46 cromosomas.

1.2 Definición.

Ortega (1997) define al Síndrome de Down como una alteración genética que se produce en el mismo momento de la concepción al unirse el óvulo con el espermatozoide, ocasionada por la presencia de material genético extra en el par 21, lo cual implica perturbaciones de todo orden, de esta manera, es un grave trastorno genético que ocasiona retraso mental y ciertas deformidades físicas.

En pocas palabras, el Síndrome de Down es una situación o circunstancia que ocurre en la especie humana como consecuencia de una particular alteración genética. Esta alteración genética consiste en que las células del feto poseen en su núcleo un cromosoma de más o cromosoma extra, es decir, 47 cromosomas en lugar de 46.

A pesar de que ya se había mencionado, para que se pueda comprender esta anomalía cromosómica, es necesario ahondar en el conocimiento de lo que sucede en un individuo normal durante la concepción: en la concepción. Los padres contribuyen cada uno con un autosoma; el óvulo y el espermatozoide contienen cada uno un cromosoma 21. Así, el huevo fertilizado posee dos cromosomas 21. Después, la primera célula del embrión se divide en dos células, cada una de estas dos nuevas células contiene dos cromosomas 21, estas células se dividirán a su vez formando cuatro células nuevas, las cuales contendrán cada una dos cromosomas 21. Este mecanismo continuará durante todo el embarazo, hasta la formación completa del embrión (Lambert, 1982).

Conviene recordar aquí que la importancia del cromosoma reside en su contenido, es decir, los genes que dentro de él residen, porque son los genes los que van a dirigir el desarrollo y la vida entera de la célula en la que se albergan.

1.3 Tipos de Síndrome de Down.

Como ya fue mencionado, el síndrome de Down se caracteriza por la presencia de un par extra en los cromosomas. La mayoría de los expertos define que esta anomalía se puede producir por tres causas diferentes, dando lugar a tres tipos distintos de Síndrome de Down, los cuales son:

1. **Trisomía homogénea.** Esta ocurre en el 90% de los casos y se da por el error de distribución de los cromosomas antes de la fertilización o en la primera división celular (Arranz, 2002).

- Antes de la fertilización

En este caso, cuando existe una distribución errónea de los cromosomas en la formación del óvulo o del espermatozoide, el huevo fertilizado contiene tres cromosomas 21. Estos tres 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 la causa de que se forme un embrión en el que todas las células del cuerpo contienen tres cromosomas 21 (Lambert, 1982).

- Primera división celular

La falta de disyunción de los cromosomas puede producirse durante la primera división de la célula de origen. Una célula recibe tres cromosomas 21 y la otra célula recibe un cromosoma 21. Esta última célula no es viable. El embrión se desarrolla de modo que todas sus células contienen tres cromosomas 21 (Lambert, 1982).

2. **Mosaicismo.** Este se produce en el 5% de los casos de Síndrome de Down, resulta de un error de distribución de los cromosomas producido en la segunda o tercera división celular. En este caso, poniendo de ejemplo que esta anomalía se da en la segunda división celular, dos células contienen dos cromosomas 21, una célula contiene tres cromosomas 21 y la cuarta célula sólo contiene un cromosoma (la cual es no viable); para la tercera división celular, la célula monosómica desaparece, dejando que el embrión se desarrolle

con una mezcla (mosaico) de células normales que contienen 46 cromosomas y de células trisómicas (Lambert, 1982).

3. **Traslocación.** Este también se produce en el 5 % de los casos de Síndrome de Down y significa que la totalidad o una parte de un cromosoma está unida a una parte o la totalidad de otro cromosoma. El cromosoma de traslocación equivale a dos cromosomas normales. Después de la fertilización, las células del embrión contendrán tres cromosomas 21 completos sobre un total de 46 cromosomas (Lambert, 1982). 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. Este es normal física e intelectualmente, pero sus células sólo contienen 45 cromosomas, por lo que en ocasiones, está es heredada al hijo por parte de los padres.

Por su parte, Goldstein (1956 citado en Castanedo, 1999) clasificó a las personas con Síndrome de Down en dos tipos:

1. Síndrome de Down con deficiencia en la glándula tiroide: baja estatura, manos y dedos cortos y gordos y comparativamente un Coeficiente intelectual no muy alto.
2. Síndrome de Down en el que predominan los trastornos emocionales: son altos y delgados comparándolos con el tipo anterior. También son más activos y o agitados. Así mismo, su coeficiente intelectual es más elevado si se les compara con el grupo tiroide.

1.4 Posibles causas del Síndrome de Down.

Una cuestión que es importante mencionar tiene que ver con el hecho de que durante el embarazo no existe nada que contribuya a crear o a agravar el Síndrome de Down. Nada de lo que la madre haga, piense, experimente o

absorba durante el periodo de tiempo en el que se da el embarazo interviene en esta situación. Los factores desafortunados que determinan el Síndrome de Down en el niño se producen antes, en el momento de la fertilización del óvulo o después de ella. Como ya se ha explicado, la causa principal que influye en la constitución de este padecimiento es la presencia de un cromosoma suplementario en las células del cuerpo. Sin embargo, los especialistas están de acuerdo en considerar que existen una multitud de factores etiológicos. De esta manera, es posible que estos factores intervengan de manera múltiple y variada, pero hasta ahora, no se tiene información acerca de este tipo de interacciones, por lo tanto, no se pueden mostrar de manera lineal. Lo que sí se puede hacer es distinguir causas intrínsecas, esencialmente de factores hereditarios y relacionados con la edad de la madre, y causas extrínsecas. Según algunos estudios, parece que al rededor del 3 al 5% de los casos de Síndrome de Down son de naturaleza hereditaria. Si bien existen estudios que pueden aportar evidencia a este respecto, se observa que sólo constituye una parte de la explicación, quedando en la sombra la gama de factores que, además de este hecho, intervienen en su conformación.

Podemos ahora comenzar a hablar acerca de los factores hereditarios, que cobran gran importancia en los siguientes casos:

- a) Los niños con Síndrome de Down nacidos de madres con Síndrome de Down: La probabilidad de que una madre con Síndrome de Down de a luz a un niño con Síndrome de Down es aproximadamente del 50%.
- b) Los casos en los que hay varios niños con Síndrome de Down en la familia inmediata o entre los parientes, que aún siendo poco frecuentes, no se conocen con exactitud. Es de gran interés señalar que estos casos pueden comenzar a darse cada vez menos en el futuro, debido al desarrollo y la difusión de los medios de detección prenatal del Síndrome de Down y a la extensión del consejo genético.
- c) Se ha señalado igualmente la posibilidad de que el Síndrome de Down sea transmitido del padre o de la madre al niño, o al menos sea

favorecido, cuando uno de los padres, aunque normal desde el punto de vista tanto físico, intelectual y orgánico, presenta una estructura cromosómica llamada mosaico, y que se encuentran principalmente en los testículos o en los ovarios. Pero no está establecido aún que estas personas transmitan una predisposición orgánica a una aberración cromosómica. Algunos autores niegan esta posibilidad, mientras que otros la apoyan. Sin embargo, no se ha demostrado que esta particularidad genética sea más frecuente entre los padres de hijos normales. De todos modos, la mayor parte de los especialistas consideran que la proporción de los transportadores de la estructura cromosómica entre los sujetos normales es extremadamente pequeña.

Existen, a parte de los factores mencionados, otros que también son intrínsecos, los que se conoce en la actualidad están relacionados con la edad de la madre. Se ha venido observando a través de las diversas investigaciones que es más frecuente que se presente un caso de Síndrome de Down a medida que aumenta la edad de la madre, y muy particularmente después de los 35 años (Fortuny, 2000 citado en Arranz, 2002). Los datos obtenidos en investigaciones realizadas en distintas partes del mundo confirman que alrededor de dos tercios de los niños con Síndrome de Down nacen de madres que tienen más de treinta años. Por el contrario, al parecer la incidencia del Síndrome de Down no tiene ninguna relación con la edad del padre, sin embargo, Fortuny (2000 citado en Arranz, 2002) menciona que los registros de hombres donantes para inseminación demuestran un incremento progresivo a partir de los 35 años, es decir, la misma edad en que en la mujer también aumenta el riesgo. El por qué sucede de esta manera no tiene una explicación por el momento, se han propuesto algunas hipótesis, sin llegar a ser contundentes a este respecto. Lambert (1982) sugiere que en las mujeres de más edad se produce un proceso de involución ovárica o una incapacidad de la capacidad reproductora, que puede explicar la incidencia de Síndrome de Down en las edades indicadas. Sin embargo, esta hipótesis no está admitida actualmente. Por otra parte, puede ser que este tipo de factores, junto con los extrínsecos que se abordarán en seguida, sean acumulativos entre sí o en sí mismo según el tiempo. Así, algunos efectos pueden ser

retrasados y actuar de modo particular junto con el proceso normal del envejecimiento biológico reproductor para determinar o favorecer el accidente genético. Brown (1974 citado en Lambert, 1982) ha sugerido la posibilidad de que en los casos de niños con Síndrome de Down nacidos de madre jóvenes, la acción masiva de los factores extrínsecos es necesaria, mientras que a medida que la madre aumenta su edad, el efecto de los mismos factores puede ser menos masivo pero actuar junto con el proceso de envejecimiento biológico en la determinación del Síndrome de Down. No está excluido que ciertos factores psíquicos, como la depresión en las madres por ejemplo, pueda facilitar la aparición de las manifestaciones biológicas que determinan el Síndrome de Down. Pero ninguna indicación clara permite hasta hoy ir más allá de la hipótesis preliminar.

En cuanto a los factores extrínsecos, la lista de causas potenciales incluye las radiaciones, el efecto genético de los virus, los agentes químicos, diversos factores inmunobiológicos, y quizás algunas deficiencias en vitaminas. Es un hecho que existe una 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.

De la misma manera, el efecto de ciertos virus sobre el desarrollo de diversos tumores malignos por una perturbación genética se considera como muy probable. Se sugiere también una relación del mismo tipo entre el Síndrome de Down y ciertas enfermedades virales. Entre los virus que se sospecha son influyentes en este padecimiento se encuentran la hepatitis y la rubéola. De la misma manera, los agentes químicos pueden determinar mutaciones genéticas y hacerse así sospechosos en lo que concierne a la determinación del Síndrome de Down. Se trata sobre todo de los agentes químicos que se sabe están implicados en la etiología de ciertas formas de tumores malignos (Castanedo, 1998).

Por último, se sospecha también de ciertas deficiencias vitamínicas, especialmente en vitamina A, deficiencias conocidas por sus efectos nocivos sobre el sistema nervioso. Estas deficiencias contribuirían a favorecer los

desarreglos genéticos y especialmente los que determinan el Síndrome de Down. Pero ésta relación no está aún establecida, sin embargo, es posible que las deficiencias vitamínicas preparen el terreno para la alteración genética en la medida en que perturban el funcionamiento del organismo en general.

Cómo se ha venido mencionando, todas estas posibilidades son planteadas a manera de hipótesis, ya que, en la actualidad, no existe ninguna seguridad de que estas situaciones puedan ser las responsables de la alteración cromosómica, debido a que aun no se reconocen los factores predisponentes intrínsecos o extrínsecos, a excepción de la edad materna (Epstein, 2000 citado en Arranz, 2002)

1.5 Prevención y detección.

Hasta hora se ha venido hablando principalmente acerca de las causas que determinan, o que son susceptibles de hacerlo, la constitución del Síndrome de Down; sin embargo, se presenta la necesidad de abordar un tema que se encuentra en un plano diferente al que se ha venido haciendo referencia, se trata de la prevención. De esta manera, si se acepta que el Síndrome de Down es incurable en el estado actual de los conocimientos, no por ello hay que olvidar el hecho que en algunos casos se puede llevar a cabo una prevención eficaz. Se puede hablar, en primera instancia de una prevención indirecta, como ya vimos, la edad de la madre es un factor que interviene en el Síndrome de Down, así es que la primera medida preventiva que hay que tomar respecto al Síndrome de Down es la edad de la madre en el momento de la concepción. Para evitar los riesgos de accidentes, es aconsejable que las madres tengan sus hijos antes de los 35 años. Una información completa sobre este hecho y particularmente dirigida a las adolescentes y a las mujeres jóvenes constituiría la mejor garantía de la prevención indirecta del Síndrome de Down.

Un método importante de prevención directa es la amniocentesis, el descubrimiento de este método es reciente y permite detectar la presencia

del Síndrome de Down antes del nacimiento. Entre la semana decimocuarta y decimosexta después de las últimas menstruaciones se realiza con anestesia local una amniocentesis, generalmente es efectuada bajo el control de ultrasonidos para permitir la localización del feto y de la placenta. Se recogen de 10 a 20 ml, de líquido amniótico. Del 15 al 20% de las células son viables. Después de 10 a 21 días de cultivo en laboratorio, el número de células es suficiente para permitir un análisis cromosómico. En este estado puede determinarse si hay o no Síndrome de Down en el feto. Sin embargo, la amniocentesis suscita dos tipos de problemas. Unos son de orden científico y conciernen a los riesgos eventuales inherentes a la aplicación técnica. Los otros son del dominio de la ética, y están inmersos en discusiones apasionadas. Quizá la más trascendente de estas discusiones sea la relacionada con el aborto, ya que a partir de la puesta en práctica de la amniocentesis se podría tomar la decisión de interrumpir el embarazo, en el caso de que se determine que el producto se encuentra expuesto a presentar las características relacionadas con el Síndrome de Down.

La práctica del método mencionado presenta una serie de problemas morales, pero un hecho es cierto, poner en evidencia el Síndrome de Down en el feto, sólo tiene sentido si lleva a una intervención, es decir, a la interrupción del embarazo, (aborto). Así, corresponde a los médicos asegurar una información y un asesoramiento completo a la pareja cuya mujer desee someterse a la amniocentesis (Lambert, 1982).

De acuerdo con Serés y Cols. (2005), el diagnóstico prenatal para detectar embarazos de fetos con síndrome de Down se basa actualmente en dos tipos de pruebas diagnósticas:

- a) Las pruebas de presunción o sospecha, de naturaleza no invasiva; es decir, no se actúa directamente sobre los órganos femeninos relacionados con el embarazo por lo que no ofrecen riesgo de aborto. Entre estas pruebas, se encuentra el *análisis bioquímico*, el cual consiste en analizar ciertas sustancias de la sangre de la madre, que pueden detectar problemas cromosómicos o del desarrollo en el bebé.

El otro tipo de prueba es un *análisis ecográfico o ultrasonográfico*, el cual consiste en tomar imágenes intrauterinas del bebé, las cuales pueden detectar si hay problemas cromosómicos o del desarrollo.

- b) Las pruebas de confirmación, de naturaleza invasiva, mediante las cuales se obtienen células fetales con las que se realiza posteriormente el cariotipo. La técnica va asociada a un pequeño aumento en el riesgo de aborto. Entre estas otras pruebas se realizan 3 como principales, la primera de ellas es la *amniocentesis*, la cual consiste en hacer una ecografía, posteriormente aplicar la anestesia local y por último extraer líquido amniótico del cuerpo de la madre para poder hacer un cultivo de este y analizarlo, la segunda prueba es la llamada *biopsia de las vellosidades coriónicas*, esta consiste en extraer una porción de tejido placentario por la vía vaginal, para después hacer de las células del tejido un análisis cromosómico, la tercera y última prueba es la *cordocentesis* y consiste en la punción del cordón umbilical a través de la pared del vientre de la madre para obtener sangre fetal directa

Nos hemos adentrado en algunos casos que nos podrían alejar del tema principal, por lo tanto, se volverá a retomar el tema principal de este trabajo, y se seguirán mostrando los aspectos característicos del tema en cuestión, habiendo ya observado un panorama que amplía el horizonte de este trabajo.

1.6 Características físicas, psicológicas y cognitivas.

La mayoría de las anomalías del Síndrome de Down, se observan al momento de nacer. Conforme va pasando el tiempo, las deficiencias se van haciendo más notorias, impidiendo que el niño con Síndrome de Down se desarrolle normalmente. Las características que aquí se mencionarán son las físicas, psicológicas y cognitivas.

A. Físicas.

Las características físicas, pueden empezar a notarse incluso antes de que nazca el niño, ya que empieza a aparecer un retardo entre la sexta y duodécima semana. La anomalía puede consistir en una malformación de las estructuras del cráneo con los consecuentes efectos en el sistema nervioso (García, 1983). Algunas de las características al nacer son: llanto débil, apatía e hipotonía muscular.

En este sentido, las características más comunes que se pueden presentar en las personas con Síndrome de Down, son las siguientes:

- Su cabeza es más pequeña de lo normal. La parte trasera de la cabeza es a menudo prominente. Las fontanelas (espacios situados entre los huesos del cráneo) pueden ser relativamente grandes y cerrarse más tarde que en el niño normal. Su nariz es pequeña y con la parte superior plana. Los ojos son ligeramente sesgados con una pequeña capa de piel en los ángulos interiores. La parte exterior del iris puede tener manchas ligeramente coloreadas, las cuales son llamadas como manchas de Brushfield, sus orejas habitualmente son pequeñas igual que los lóbulos auriculares (Lambert, 1982). La boca es relativamente pequeña y su lengua es redondeada, presenta dos anomalías: fisuras e hipertrofia (crecimiento anormal de un órgano) papilar, además de que es demasiado grande para la cavidad bucal (García, 1983). Los dientes son pequeños y en ocasiones están formados e implantados de manera anormal. Su cuello es corto y sus manos son pequeñas con sus dedos cortos, en ocasiones, la mano sólo presenta un pliegue palmar en lugar de dos. Los pies pueden presentar una ligera distancia entre el primer y segundo dedo, con un corto surco entre ellos en la planta. La piel puede ser ligeramente amoratada y tiende a ser seca sobre todo a medida que el niño va creciendo. Sus cabellos son finos, relativamente ralos y lacios (Lambert, 1982).
- En cuanto a su crecimiento físico, este comienza a advertirse después de los 4 años de edad, ya que, el tamaño al nacer generalmente es

normal. Los niños con Síndrome de Down, la mayoría de las veces son más pequeños que una persona normal. Su apariencia corporal es robusta por el tamaño reducido de los miembros con respecto al tronco. Su porte es falto de vigor debido a la hipotonía (disminución del tono muscular) que presentan.

- En cuanto a su desarrollo sexual: este comienza más tarde que en la mayoría de los adolescentes normales y en ocasiones puede quedar incompleto en cuanto a los caracteres sexuales primarios (órganos reproductores internos y externos) y secundarios (características físicas unidas al sexo). En cuanto a las características físicas de los genitales, en los hombres, el tamaño del pene es más pequeño de lo habitual, pudiendo no estar presente uno de los dos testículos (Stratford, 1989), aparte de ser infértiles, en cuanto a las mujeres, su pecho es casi siempre poco desarrollado, sin embargo los periodos menstruales se producen con normalidad.

B. Psicológicas

El desenvolvimiento psicológico de una persona con Síndrome de Down es lento, presentando patrones de aprendizaje de grado inferior al del término medio. Por lo general son receptivos, llenos de afecto, muestran una variante considerable en cuanto a su comportamiento psicológico, configurado por sus actitudes y respuestas, hábitos y tendencias.

El perfil emotivo de la persona con Síndrome de Down se presenta bajo los siguientes aspectos característicos de su personalidad: son obstinados debido a que imponen sus preferencias en todo aquello que les place y lo repiten hasta que se cansan; son imitativos, esta característica es una de las más comunes, gracias a esta imitación la persona tiene un amplio margen de aprendizaje (Canning, 1991 citado en Arranz, 2002). Por medio de la mímica expresa todas las actitudes y actividades que copia de las personas; son afectivos, esto quiere decir que en cuanto a la reciprocidad de sentimientos es inherente a sus valores afectivos, la persona con Síndrome de Down sabe

si es correspondido y reacciona rápidamente, jamás se acerca a aquellas personas que lo rechazan o demuestran poco cariño; son hipersensibles, quieren llamar la atención y en ocasiones tornan a volverse agresivos con aquellos que sienten que acaparan la atención (García, 1983). Cuilleret (1993), menciona que las personas con Síndrome de Down también se caracterizan por ser desconfiados de sí mismos y que tienden a presentar miedo al fracaso, presentan una gran necesidad de aprobación social, lo cual puede repercutir en el que constantemente repitan conductas que en un momento dado hayan sido aprobadas (Lalueza y Perinat, 1994 citado en Arranz, 2002). Son afables, esto quiere decir que son complacientes y les gusta que los mimen, a pesar de que le gusta que les hagan todo, esto crea cierto problema de dependencia, por lo que es necesario que se le de un espacio a la persona con Síndrome de Down, de manera que éste muestre un grado más alto de autosuficiencia y pueda ser más creativo, lo cual va desencadenar un desarrollo más completo de la persona; por último, en cuanto a su sensibilidad, esta característica destaca un poco más sobre las otras características, ya que, son afectivos y mimosos con las demás personas, aplauden y estimulan a las personas que empiezan a realizar una actividad.

C. Cognitivas

Existe un conjunto de datos e indicaciones teóricas en el campo del retraso mental sobre las características cognitivas de los individuos con discapacidad mental. Estos datos señalan un cierto número de problemas y de déficits en algunos procesos específicos del funcionamiento intelectual en estos individuos (Lambert, 1982). Castanedo (1999) menciona que la mayoría de las personas con Síndrome de Down pertenece al grupo de deficiencia mental moderada (CI de 35 a 49), teniendo algunos más potencial intelectual que otros.

En cuanto a los problemas y déficits que presentan se pueden dividir en los siguientes procesos:

- Actividades perceptivas

Clausen (1968 citado en Lambert, 1982) realizó comparaciones entre personas con Síndrome de Down, personas con retraso mental y con personas sin ningún tipo de discapacidad, en lo que encontró que las personas con Síndrome de Down presentan déficits en las funciones sensoriales, discriminativas y de rapidez perceptiva.

La capacidad de discriminar visual y auditivamente parece más afectada en las personas con Síndrome de Down que en las demás personas con discapacidades mentales de niveles intelectuales equivalentes (Lambert, 1982). De igual manera pasa con el reconocimiento al tacto y el de los objetos en tres dimensiones. En la copia y la reproducción de figuras geométricas pasa lo mismo. En cuanto a la rapidez perceptiva, se necesita de agudeza y discriminación visual, memoria verbal, movilización de las etiquetas verbales disponibles en la memoria, producción de las palabras en cuestión y por lo tanto articulación, las cuales se presentan con mucha dificultad en la mayoría de las personas con Síndrome de Down.

- Atención, memoria, categorización y codificación

Furby (1974, citado en Lambert, 1982) menciona que la actuación de las personas con Síndrome de Down es mediocre en los aprendizajes discriminativos y la resolución de problemas, principalmente por dos razones: 1) la habituación a las reacciones de orientación (reacción normal de todo organismo a un estímulo), es por esto que no pueden removilizar su capacidad de atención tan deprisa como las demás personas y centrarla en otros estímulos que pueden ser de mayor importancia en determinados aprendizajes y 2) las personas con Síndrome de Down presentan grandes dificultades en inhibir (retener su respuesta hasta después de haberse tomado el tiempo de examinar con detalle los aspectos más sutiles y/o los componentes más abstractos de los estímulos), a lo cual se debe la menor calidad de sus respuestas y su mayor frecuencia de error cuando se requiere un análisis más refinado. En cuanto a la memorización, Siegel y Fosse (1960 citado en Lambert, 1982) y Ellis (1963 citado en Lambert, 1982) mencionan la posibilidad de que las huellas mnésicas persistan menos tiempo en los

circuitos nerviosos de la memoria a corto plazo en las personas con Síndrome de Down. O'Connor y Hermelin (1963 citado en Lambert, 1982), insisten en la dificultad de la categorización conceptual y la codificación de la información perceptiva, según ellos, estas dificultades son en gran medida responsables de las dificultades y malos resultados obtenidos por las personas con Síndrome de Down en el aprendizaje y la memorización. Brown (1974 citado en Lambert, 1982) hace referencia a que la memoria de reconocimiento en las personas con Síndrome de Down es buena y que esta actividad mnésica no necesita necesariamente una organización elaborada de los datos a reconocer, al menos en las tareas de reconocimiento elemental.

Sin embargo, desde hace poco más de 2 décadas, algunos autores, tales como Pueschel y Cunningham (2002), entre otros, se han dedicado a la creación de perfiles de personas con Síndrome de Down, ya que mencionan que cada persona es distinta entre sí, que ninguna conducta es igual y que solamente presentan ciertas similitudes unas con otras, sin embargo, estos autores, mencionan que como característica común de la gran mayoría de personas con Síndrome de Down, se presentan 2 perfiles: las áreas fuertes y las áreas débiles, los primeros hacen referencia a las áreas en las que presentan cierta facilidad estas personas, tales como las habilidades sociales y los procesamientos visuales, en cuanto a las áreas débiles, estas representan aquellas en las que las personas tienden a mostrar más dificultad, como las habilidades lingüísticas y los procesamientos auditivos (Pueschel, 2002).

1.7 Incidencia.

La incidencia global del Síndrome de Down, se aproxima a uno de cada 700 nacimientos (Cunningham, 1990 citado en Arranz, 2000), pero el riesgo varía con la edad de la madre. La incidencia en madres de 25 años es de 1 por 2000 nacidos vivos, mientras que en madres de 35 años es de 1 por cada 200 nacimientos y de 1 por cada 40 en las mujeres mayores de 40 años (Castanedo, 1999).

En cuanto a la esperanza de vida, esta se encuentra situada en torno a los 50 años; sin embargo, las enfermedades asociadas a la vejez, se dice, empiezan a partir de los 35 años y los fallecimientos a partir de los 50 (Rondal, Perera y Nadel, 2000).

1.8 Evaluación.

La evaluación representa el primer paso para la habilitación de la persona con Síndrome de Down, ya que por medio de ésta se puede determinar la naturaleza o magnitud de dicho Síndrome, de manera que se tomen las medidas apropiadas para la intervención y la prevención (Fallen, McGovern, 1978).

Hoy en día, en México, uno de los instrumentos psicológicos más utilizados y más útiles para evaluar necesidades especiales es el Inventario de Habilidades Básicas, diseñado por Macotela y Romay (1992 citado en Guevara y Cols., 2005).

En total, el inventario evalúa de 726 habilidades ubicadas en cuatro áreas del desarrollo infantil, dichas áreas se dividen en subáreas y éstas en categorías, reactivos e incisos. Las áreas a evaluar se mencionan a continuación:

- **Básica:** el objetivo de esta área consiste en determinar si la persona posee repertorios básicos de conducta indispensables para establecer otras habilidades. Esta área se divide en cuatro subáreas, la atención, el seguimiento, la imitación y la discriminación
- **Coordinación visomotriz:** el objetivo de esta área es determinar si el niño/a posee las destrezas necesarias para realizar actividades que impliquen al cuerpo en su conjunto y a partes específicas de éste. Esta área se divide en dos subáreas, la coordinación motora gruesa y la fina.
- **Personal-Social:** su objetivo es determinar las habilidades que el niño/a posee para atender las necesidades básicas de su persona y las habilidades que le permitan relacionarse con otras personas en su medio cotidiano. Esta área se divide en dos subáreas, el autocuidado y la socialización.

- Comunicación: el objetivo de esta área está en determinar si el niño/a es capaz de comprender el lenguaje hablado, se expresa de manera oral o por medio de gestos o ademanes y qué tan eficiente es su habilidad articularia. Esta área cuenta con tres subáreas, la vocal-gestual, la verbal-vocal y la articulación.

Como ya se mencionó, el IHB, es un instrumento que mide los aspectos básicos del repertorio de desarrollo de las personas con Síndrome de Down, entre otros. Sin embargo, en España, se utilizan algunos otros instrumentos de evaluación, los cuales van enfocados a ciertas áreas del desarrollo humano. Uno de ellos es el Test MABC que se encarga evaluar la coordinación y la habilidad motriz en niños con Síndrome de Down (Rodríguez, Graupera y Ruíz, 2002). Por su parte, el Inventario de desarrollo Comunicativo McArthur Bates con adaptaciones específicas para Síndrome de Down, se basa en la evaluación del desarrollo comunicativo y lingüístico de niños con Síndrome de Down (Soto y Cols., 2006). Otro instrumento es el desarrollado por Lidz y Jespen (<http://www.solociencia.com/medicina>) llamado Escala de Aplicación de Funciones Cognitivas (ACFS) el cual va enfocado a niños en etapa escolar entre los 3 y 5 años, y se encarga de evaluar la aplicación de las estrategias de aprendizaje y procesos cognitivos en tareas típicas del curriculum de la etapa de educación infantil.

Por último, es necesario mencionar que la evaluación de la persona con Síndrome de Down no se debe realizar una sola vez, ya que si se inserta en un programa educativo, se deberán ir registrando los avances para poder así continuar con su instrucción.

1.9 Tratamiento.

Los niños con Síndrome de Down, reciben una educación diferencial, que comienza en el seno familiar relacionada con la actitud de los padres, por lo que el niño debe permanecer y disfrutar psicoafectivamente del ambiente hogareño, en un clima de adaptación y cariño, ya que sus primeras vivencias marcarán su existencia. En lo que respecta a la educación psicosocial del

niño Down, se debe mencionar que es relativamente fácil y fructífera, y aunque su instrucción es lenta, muchos de ellos aprenden a leer, a escribir a sumar y restar satisfactoriamente, no se les debe presionar durante su proceso de aprendizaje, ya que, la educación de estos niños debe estar centrada en aspectos concretos, sistemáticos e inmediatos (Candel, 2000).

De igual manera, se puede señalar que muchos de ellos se destacan por un buen nivel memorístico, desarrollando un vocabulario adecuado, y llegando a pronunciar correctamente; todo esto se logra con paciencia y con la aplicación de ejercicios concretos y reiterativos.

De la organización y dirección de las actividades de los niños dependerá la efectiva asimilación de los contenidos y el conjunto de conductas que deberá desarrollar para conseguir los objetivos fijados dependiendo del período de maduración.

Estas actividades presentan ciertas categorías:

- a) Automatismo: Patrón de conductas seleccionadas que permiten desafiar de manera rápida y económica situaciones comunes en su trabajo; a esta categoría corresponde: los hábitos, las destrezas y las habilidades.
- b) Elementos cognitivos: Es la información y conocimiento sistematizado que se debe adquirir, para resolver situaciones o conflictos.
- c) Elementos afectivos o emotivos: Son la base de la integración a la vida social – escolar y profesional los que comprenden las actitudes, preferencias e ideales.

Las actividades van desde activar la función madurativa básica hasta aprendizajes complejos de tipo escolar; desde la estimulación temprana hasta el final del proceso de la recuperación funcional; centrándose en funciones de senso-percepción, atención, memoria, razonamiento, imaginación, orientación tiempo-espacial, etc.,; en habilidades motoras finas y gruesas, y en técnicas de auto cuidado.

Candel (2000), menciona que para el logro de estos objetivos deben planificarse en forma segura las actividades que deben empezar en la cuna:

Estimular la fijación y seguimiento visual, mostrar al niño un objeto por vez, cambiando tamaños y colores, no muy cerca de sus ojos y tratando de que tenga la cabeza derecha. Luego cuando ya haya logrado fijar sus ojos en los objetos, irlos desplazando primero lento y luego más rápido, estimular la percepción auditiva, buscar objetos que emitan sonidos diferentes, y agradables, y luego pasárselos para que los manipule, estimular la coordinación vasomotora, acostar al niño en una colchoneta y mostrarle los objetos, estimulándolo para que los tome. A medida que el niño va creciendo ponerlo cada vez a más distancia y luego poner a su disposición distintos objetos y juguetes.

1) Ejercitación auditiva y rítmica:

- Ejecutar melodías sencillas con pasajes fuertes y suaves.
- Tocar en diferentes tonalidades un pandero.
- Golpear sobre una mesa con un martillo de madera con pasajes suaves, agitando los brazos en los pasajes fuertes.
- Hacer que el niño imite sonidos

2) Ejercitación previa y posterior al caminado

- Masaje con la palma de la mano, comenzando desde el cervical al sacro, esto puede ser con guantes de seda, terciopelo, tocuyo, etc. Luego en piernas, brazo, torso, espalda.
- Usar andadores fijos que le permitan el desplazamiento con los pies.
- Hacer rodar al niño con ayuda de otra persona.
- Marcha del equilibrio
- En posición de rodillas
- Movimientos de los pies
- Desplazamiento

3) Ejercicios de motricidad fina:

- Rasgar y arrugar papeles.
- Trabajar dedos sobre una superficie plana, avanzando y retrocediendo
- Tocar el piano y otros instrumentos.
- Apretar con ambas manos una pelotita compacta, de esponja o goma.
- Pintar con diferentes materiales.
- Modelar con plastilina.
- Recortar con tijeras y marcar figuras libremente.
- Recortar con tijeras punta roma figuras estampadas.
- Armar y desarmar rompecabezas con un mínimo de 10 piezas.

4) Ejercicios de Logopedia:

- Movimiento de la Lengua dentro de la boca hacia cada uno de los lados y debajo de cada uno de los labios sin separarlos.
- Movimiento de la lengua sacándola y punteando, llegando a la barbilla; hacia la nariz, costado de la boca lo más amplio que se pueda.
- Jugar a inflar la boca, llenándola con aire y dar golpes suaves sobre los pómulos.

5) Ejercitación bucal:

- Beber en vasos o jarritos con mango.
- Comer helado en barquillo
- Masticar todo tipo de alimentos, empezando por los suaves hasta llegar a los más duros.

6) Intervención Lingüística:

- Se le debe favorecer el vocabulario tanto en el aspecto articulatorio como en el aspecto semántico, trabajando ambos paralelamente.

- Para ayudar al niño a articular, es necesario hablarle clara y lentamente para que pueda reconocer las palabras e imitarlas, siempre mirándolo a la cara. El niño pronuncia al principio sonidos simples y luego más complejos; al niño pequeño no se le debe exigir sonidos demasiado difíciles y es importante sensibilizarle el oído con un sonido por vez.
- 7) Ejercitación en la comprensión y reconocimiento de palabras: Para que la persona comprenda la relación entre la palabra y lo que él designa entre lo que visualiza en su entorno, es importante usar siempre la misma palabra para designar a cada persona, objeto o acontecimiento. Es importante también aprovechar todas las ocasiones posibles, mientras se le da la comida, juega o se sale de paseo para nombrar los objetos que se emplean, cuidando nombrar una cantidad limitada cada vez. Sin embargo no basta con nombrar los objetos y las personas, sino mostrar al niño las acciones y atributos de ellas. Es importante que el niño manipule los objetos de los que se está hablando, y asimismo mostrarle imágenes de ellos.

Por último cabe recalcar la importancia de la coordinación entre la intervención familiar y escolar, así como las actividades extraescolares: paseos, visitas a los compañeros, presenciar espectáculos para hacer del niño con Síndrome de Down, un ser integrado a la sociedad

CAPITULO 2 HABILIDADES SOCIALES.

A partir de los años 20, en Norteamérica, el psicólogo Edward Thorndike y otros autores, realizan numerosos trabajos bajo el nombre de inteligencia social; este término servía para hacer referencia a las capacidades que se necesitaban para comprender y poder relacionarse con las demás personas. En la década de los años 30, se empiezan a realizar los primeros estudios sobre socialización infantil, así como una serie de trabajos referidos fundamentalmente a la incompetencia social producida por la deficiencia mental. Sin embargo, es para la década de los años 40 cuando en Europa el tema empieza a cobrar importancia, pero es hasta la década de los 60 cuando el tema obtuvo especial relevancia a raíz de la aplicación en el ámbito industrial del enfoque del procesamiento de la información. Estas aportaciones junto al desarrollo de la terapia conductual y a la elaboración de las teorías del aprendizaje social establecieron las bases de este enfoque, que a partir de los años 60 quedó definitivamente consolidado (Gil, 1995).

Ahora bien, la aplicabilidad de dicho enfoque tiene que tener como premisa básica, el hecho de que todo ser humano tiene el derecho de aprender, ser feliz consigo mismo y su entorno, ser respetado y respetar a los demás, no importando su condición social, raza, religión, discapacidad, inteligencia, género, edad, etc., ya que se vive dentro de una sociedad en donde reina la diversidad, por lo que la convivencia es fundamental (Gil, 1995).

A esta respecto, Álvarez (1996) afirma que todos los individuos necesitan de los demás en virtud de la diferencia de conocimientos, habilidades y posibilidades que cada quien tiene, y precisamente es esta interdependencia la que nos obliga a buscar las formas de ayuda que dan lugar a la aparición y a la práctica de buenas relaciones interpersonales en todos los ámbitos.

Se han presentado diversas maneras para referirse al aprendizaje social, por ejemplo, para lo que algunos es competencia social, para otros se denomina

habilidad social, ambos términos son utilizados para hacer referencia al proceso por el cual la gente se relaciona de forma eficaz o hábil con los demás (Spitzberg y Cupach, 1989 en Gil, 1995).

De esta manera, el desarrollo de las habilidades que permitan la convivencia con las personas que forman parte de nuestro entorno es esencial. Caballo (2005) menciona que la conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente permite la resolución los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas.

Para Michelson (1987) las habilidades sociales:

- Se adquieren, principalmente, a través del aprendizaje, mediante la observación, la imitación, el ensayo y la información.
- Incluyen comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos.
- Suponen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas.
- Acrecientan el reforzamiento social.
- Son recíprocas por naturaleza y suponen una correspondencia efectiva y apropiada.
- Su práctica está influida por las características del medio y por factores como la edad, el sexo y el estatus del receptor.
- Los déficits y excesos de la conducta social pueden ser especificados y objetivados a fin de intervenir.

Según Kelly (1996), las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales. Estas conductas son aprendidas y facilitan la relación con los otros, además de la reivindicación de los propios derechos sin negar los derechos de los demás. El poseer estas capacidades evita la ansiedad en situaciones difíciles o

novedosas, de igual manera, facilitan la comunicación emocional y la resolución de problemas.

Para Furnham (1992 citado en Gil y León, 2000), el término de habilidad social hace referencia a las capacidades o aptitudes empleadas por un individuo cuando interactúa con otras personas en un nivel interpersonal.

Por su parte, Gil y León (2000), definen a las habilidades sociales como la capacidad de ejecutar las conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva.

Por último, encontramos que las habilidades sociales son una serie de conductas y gestos que expresan sentimientos, actitudes, deseos y derechos del individuo, siempre de una manera adecuada y de modo que resuelven satisfactoriamente los problemas con los demás. Si cultivamos y dominamos estas habilidades podremos conseguir satisfacciones en el ámbito de la familia, de las amistades y en las relaciones amorosas. E incluso nos ayudarán a la hora de conseguir un empleo, de relacionarnos con nuestros jefes y compañeros de trabajo y de convencer de nuestras posturas o planteamientos (Martínez, 2001).

Goldstein (1989) realiza la siguiente clasificación de habilidades sociales en adolescentes y adultos mayores:

1. Iniciación de habilidades sociales:

- Atender
- Comenzar una conversación
- Mantener una conversación
- Preguntar una cuestión
- Dar las gracias
- Presentarse a sí mismo
- Presentar a otras personas
- Saludar

2. Habilidades sociales avanzadas

- Pedir ayuda
- Estar en compañía
- Dar instrucciones
- Seguir instrucciones
- Discutir.
- Convencer a los demás

3. Habilidades para manejar sentimientos

- Conocer los sentimientos propios
- Expresar los sentimientos propios
- Comprender los sentimientos de los demás
- Afrontar la cólera de alguien
- Expresar afecto
- Manejar el miedo
- Recompensarse por lo realizado

4. Habilidades alternativas a la agresión

- Pedir permiso
- Formar algo
- Ayudar a los otros
- Negociar
- Utilizar el control personal
- Defender los derechos propios
- Responder a la amenaza
- Evitar pelearse con los demás
- Impedir el ataque físico

5. Habilidades para el manejo de estrés

- Exponer una queja
- Responder ante una queja
- Deportividad tras el juego
- Manejo de situaciones embarazosas
- Ayudar a un amigo

- Responder a la persuasión
- Responder al fracaso
- Manejo de mensajes contradictorios
- Manejo de una acusación
- Prepararse para una conversación difícil
- Manejar la presión de grupo

6. Habilidades de planificación

- Decidir sobre hacer algo
- Decir qué causó un problema
- Establecer una meta
- Decidir sobre las habilidades propias
- Recoger información
- Ordenar los problemas en función de su importancia
- Tomar una decisión
- Concentrarse en la tarea

Como se puede observar, existen muchas definiciones acerca de lo que son las habilidades sociales, por lo cual, es importante mencionar las características más relevantes de las mismas, aceptadas por la mayoría de los expertos, las cuales son (Gil, 1995):

- Comportamientos manifiestos: las habilidades sociales implican capacidades de actuación que se manifiestan en situaciones de interacción social.
- Orientación a objetivos: se trata de comportamientos orientados a la obtención de distintos objetivos o refuerzos, ya sea materiales o personales.
- Especificidad situacional: los sujetos han de adecuar su comportamiento en función de sus objetivos y de las exigencias de la situación.
- Componentes de las habilidades: las habilidades sociales comprenden tanto componentes conductuales como cognitivos y fisiológicos, de

esta manera la exhibición de una habilidad social implica la combinación adecuada de sus distintos componentes y elementos.

2.1 Técnicas generales de entrenamiento.

Son numerosas las estrategias que pueden utilizarse para entrenar las habilidades sociales, éstas técnicas pueden aplicarse bien individualmente o de manera combinada y pueden ser aplicables tanto en el contexto escolar como en el entorno familiar.

Por otro lado, las habilidades sociales están basadas en una serie de supuestos, que se fundamentan en un conjunto de principios y conocimientos, los cuales se encuentran establecidos y desarrollados en diferentes disciplinas científicas, entre las más importantes y reconocidas se encuentran (Gil, 1995):

- Las teorías del aprendizaje, las cuales consideran el comportamiento social como fruto de la interacción entre factores intrínsecos y extrínsecos.
- La psicología social, la cual facilita conocimientos sobre procesos psicosociales implicados tales como la percepción social, la atracción interpersonal, la comunicación no verbal, el desempeño de roles, etc.
- La terapia de conducta, ésta proporciona un marco útil para el análisis del comportamiento social, utilizando un conjunto de técnicas y metodologías eficaces.

Debido a las contribuciones de estas disciplinas, se han desarrollado algunos entrenamientos, es decir, procedimientos que integran un conjunto de técnicas orientadas a la adquisición de conductas socialmente eficaces, entre las cuales se encuentra el modelado, el role playing, los reforzamientos, la reestructuración cognitiva, la relajación, la resolución de problemas, actividades colaborativas, tutorías entre iguales, etc.

A. Técnicas conductuales

Estas técnicas son apropiadas cuando la persona no tiene una o varias habilidades sociales en su repertorio. A través de estas técnicas, se pueden adquirir las destrezas requeridas inicialmente en contextos muy controlados y estructurados para posteriormente generalizarlos a otros entornos y situaciones. Normalmente estas técnicas resultan accesibles para cualquier educador, no implican materiales excesivamente sofisticados y sus resultados pueden ser altamente exitosos. La clave está en su aplicación sistemática e intencionada (Verdugo, 1997).

Modelado e imitación: consiste en el aprendizaje por medio de la observación. Se trata de exponer al sujeto, en un primer momento, a modelos que muestran correctamente la habilidad o conducta objetivo de entrenamiento. Posteriormente, el joven debe practicar la conducta observada en el modelo. Por ejemplo, si queremos entrenar la habilidad "pedir la vez/ turno en una tienda", el modelo realizará esta conducta en diferentes comercios, invitando finalmente a la persona a que lo haga, al principio acompañada del modelo, posteriormente de manera totalmente autónoma (Kelly, 1987 citado en Pérez, 2000)).

Para conseguir un modelado más efectivo hay que tener en cuenta algunos aspectos claves (Méndez, 1998 citado en Pérez, 2000):

- Características del modelo: debe tener experiencia en la habilidad a entrenar, que existan ciertas similitudes entre el modelo y observador, y que cuente con características personales que faciliten la comunicación. Puede ser interesante también exponer al joven a diferentes modelos realizando la misma conducta.
- Características de la situación a modelar: las conductas a imitar deben presentarse de manera clara y explícita, comenzando por las más sencillas, con repeticiones que permitan su aprendizaje.

- Características del observador: la conducta o habilidad a imitar debe responder a necesidades reales del observador, debe resultar un aprendizaje significativo y funcional, así como procurarle refuerzos o recompensas. El aprendizaje de la habilidad será más efectivo si ésta tiene consecuencias positivas.

Role-playing o representación: para incorporar realmente las habilidades entrenadas a su repertorio y ponerlas en práctica en situaciones naturales, puede inicialmente ensayarlas en situaciones simuladas. En realidad, el alumno ensaya la habilidad o conducta en un contexto simulado, más controlado y estructurado que le permite adquirir confianza y seguridad sin ningún riesgo de fracaso.

De acuerdo con Kelly (1987 citado en Pérez, 2000), para que esta técnica sea realmente eficaz, la persona debe mostrar y mantener una actitud activa y participativa. Esta técnica es muy adecuada para el entrenamiento de una amplia escala de habilidades sociales; por ejemplo, responder de manera activa, saber decir no ante una demanda injusta, etc. En estos casos, el entrenamiento de esta habilidad puede tener un valor preventivo ya que se trata de adquirir la habilidad en situaciones ficticias para que, llegado el momento o situación real, se tenga adquirida la habilidad correspondiente para manejar dicha situación. La puesta en práctica de esta técnica de entrenamiento puede implicar la colaboración de varias personas y es sumamente importante describir con detalle la situación simulada, el objetivo a conseguir y la conducta a exhibir. Durante las representaciones, el educador o padre supervisa las ejecuciones, orienta, presta ayuda y dirige el ensayo de la conducta hasta que se adquiere soltura. Si es necesario, se puede ayudar de estímulos visuales o auditivos que favorezcan la utilización de frases - tipo, gestos, etc.

Reforzamiento: Para la estabilidad y mantenimiento de las habilidades sociales que el joven está poniendo en práctica o aprendiendo es fundamental reforzarlas adecuadamente. Podemos hablar de tres tipos de refuerzo: el refuerzo material, el refuerzo social y el autorrefuerzo. Cada uno

de ellos debe aplicarse adecuadamente en el momento oportuno. De ello depende su efectividad. Por ejemplo, los refuerzos materiales (premios, dinero, comida, etc.) nos permiten reforzar una conducta con una eficacia inmediata pero se trata de un efecto a corto plazo, ya que pierden su poder reforzante al cabo de un tiempo. Por ello, es apropiado introducir refuerzos sociales (sonrisas, palabras de aprobación, palmada, etc.) ya que son más fácilmente aplicables y además pueden ser dispensados por diferentes personas y en diferentes contextos. Sin embargo, es importante que el joven aprenda a autorreforzarse, esto es, a ser él mismo quien se aplique refuerzos (tanto sociales como materiales) de manera que se ajuste a la realización adecuada de diversas habilidades. El autorrefuerzo favorece la autonomía, la generalización de las conductas y su estabilidad, ya que no depende de los refuerzos proporcionados por los demás (Segura, 2002).

Para que un refuerzo o autorrefuerzo sea realmente eficaz debe ser aplicado de manera claramente relacionada con la conducta - objetivo. Es decir, debe aparecer inmediatamente después y la persona debe saber con claridad qué habilidad o conducta le ha permitido obtener el refuerzo. Asimismo, se debe considerar cuándo y cuánto refuerzo se va a aplicar. Por ejemplo, en las primeras fases del entrenamiento de una nueva habilidad o conducta, es eficaz aplicar refuerzos con más frecuencia. Posteriormente, podemos reforzar de manera intermitente, ya que está demostrado que este tipo es más eficaz para el mantenimiento de la conducta o habilidad (Segura 2002).

B. Técnicas cognitivas

Estas técnicas no inciden directamente sobre la conducta o habilidad sino en los procesos cognitivos y emocionales que subyacen en la misma. Si se modifican los procesos cognitivos y emocionales erróneos, la persona podrá desplegar sus habilidades sociales sin trabas (Verdugo, 1997).

Reestructuración cognitiva: Consiste en un conjunto de estrategias que ayudan al sujeto a percibir e interpretar el mundo que le rodea de una manera más adaptada. Se intenta que el sujeto sea consciente de los errores y

distorsiones cognitivas que comete (personalización, victimización, magnificar detalles irrelevantes, etc.) para controlar sus autoverbalizaciones y pensamientos negativos (Caballo, 2005).

Técnicas de relajación: Cuando la ansiedad o temor a las situaciones sociales es la principal causa de las dificultades de relación es imprescindible que el sujeto aprenda a relajarse en las mismas. Para ello, técnicas como la relajación progresiva o el entrenamiento autógeno serán muy útiles. En la medida en que sea capaz de reducir la ansiedad y, por tanto, controlar la activación fisiológica que la acompaña, estará en disposición de modificar sus pensamientos y de afrontar nuevas conductas. La relajación puede además ser muy útil para controlar respuestas asociadas a emociones negativas fuertes como la ira y la agresividad.

Entrenamiento en resolución de problemas interpersonales: Cuando las dificultades del sujeto son de carácter perceptivo-cognitivo es aconsejable que el sujeto participe en algún programa de entrenamiento enfocado a potenciar las siguientes habilidades cognitivas implicadas en la resolución de conflictos interpersonales (Pérez, 2000):

- Pensamiento alternativo o habilidad para elaborar diversas soluciones ante un problema interpersonal
- Pensamiento causal o capacidad para establecer una relación causa-efecto entre la propia conducta y los efectos que produce
- Pensamiento consecuencial o capacidad para evaluar las soluciones planteadas en función de sus efectos positivos y negativos
- Pensamiento medio-fines o capacidad para planificar los pasos necesarios para lograr una meta interpersonal

C. Técnicas de control del entorno.

Ya se indicó que el manejo adecuado de estímulos y contingencias ambientales puede fortalecer el repertorio de habilidades interpersonales de un sujeto. Si bien las características del contexto son vitales para el

mantenimiento de las conductas sociales, su control resulta imprescindible durante la fase de entrenamiento (Verdugo 1997).

Clima de relación: Cualquier entrenamiento en habilidades de relación interpersonal debe producirse en un contexto acogedor en el que todos los alumnos se sientan respetados, apoyados y aceptados. El establecimiento de unas normas de convivencia y funcionamiento de grupo básicas y asumidas por todos es condición no única pero si necesaria para que el entrenamiento transcurra de manera favorable. Un ambiente que propicie la comunicación positiva basada en la aceptación incondicional de cada alumno, el modelado continuo del profesor, el establecimiento de metas y objetivos, tanto grupales como individuales, realistas y una organización de las sesiones sistemática son otras de las condiciones básicas (Monjas, 1994 citado en Pérez, 2000).

Actividades colaborativas: El entrenamiento en habilidades interpersonales puede igualmente beneficiarse de este enfoque propio de la enseñanza colaborativa. Las dinámicas de grupo, las actividades que impliquen la distribución de funciones y responsabilidades y la necesidad de lograr el consenso grupal ayudan a poner en práctica numerosas habilidades de relación. Las metas compartidas y el éxito logrado entre todos son una de las mejores recompensas del esfuerzo grupal. Estos aspectos favorecen en el aprendiz el sentimiento de pertenencia al grupo y de identificación con sus iguales (Monjas, 1994 citado en Pérez, 2000).

Tutorías entre iguales: Los propios alumnos pueden convertirse en entrenadores excepcionales de sus compañeros con más dificultades. Las tutorías entre iguales ayudan a los alumnos a salvar las barreras del desconocimiento recíproco, a aceptarse mutuamente y a lograr un encuentro verdaderamente interpersonal, a pesar de las diferencias cognitivas, cronológicas, etc. (Caballo, 2005).

Contexto facilitador y reforzante: De acuerdo con Segura (2002), un contexto en el que las habilidades sociales y de relación interpersonal sean valoradas y premiadas favorecerá en los alumnos el interés por adquirir y poner práctica las mismas. Aquellos ambientes en los que primen los

aspectos disciplinarios y normativos pueden, en caso de ser excesivamente rígidos, limitar la capacidad de los sujetos para mostrarse abiertamente, expresar con claridad y sin reservas sus miedos, inquietudes, peculiaridades, etc. En el fondo de esta cuestión, encontramos el modelo de hombre y mujer que queremos promover: una persona abierta y enfocada a las relaciones con los demás, cuyo motor sea el crecimiento y desarrollo basado en el encuentro interpersonal.

2.2 Consideraciones prácticas para el entrenamiento de habilidades sociales.

- Pasos para enseñar habilidades interpersonales

Primero se debe analizar qué técnicas específicas son apropiadas para cada caso, si son conductuales, cognitivas y/o de control ambiental, para que de esta manera, se de un entrenamiento efectivo (Pérez, 2000).

Definición del problema. Presentación del problema y ayuda al niño para definirlo. Ayuda para que el niño se imagine y proponga diferentes alternativas para solucionar el problema.

Identificaciones de soluciones. Se proporcionarán instrucciones concretas de la conducta social que se desea. Se ayuda a identificar los componentes de la habilidad en cuestión.

Exposición a un modelo. Un modelo realiza la habilidad o conductas interpersonales. El modelo da cuenta de los componentes cognitivos y verbales, y realiza la habilidad.

Ensayo y representación de la conducta. Se guía verbalmente al niño a través de los pasos consecutivos para que realice la habilidad. Se representa lo aprendido tomando situaciones reales.

Información sobre la actuación. Se alaba o refuerza la correcta realización de la conducta social deseada en la situación de representación. Se

proporciona información correctiva y una nueva exposición a un modelo cuando la realización no es correcta. Si se da el caso anterior se proporcionan nuevas oportunidades de ensayo y representación de la conducta deseada hasta que se realiza correctamente.

Eliminación de problemas de conducta. Los problemas de conducta que interfieren con la adquisición y realización adecuada de las conductas interpersonales se eliminan a través de técnicas basadas en el manejo de contingencias.

Autoinstrucción y autoevaluación. Se pide al niño que "piense en voz alta" durante el entrenamiento viendo al modelo. Se modifican las autoafirmaciones que reflejan un modo de pensar o sistemas de creencias distorsionados. Las sesiones de entrenamiento incluyen un cambio gradual de instrucciones en voz alta a instrucciones pensadas y no verbalizadas.

Entrenamiento para generalizar y mantener lo aprendido. Durante todo el tiempo de entrenamiento, las situaciones, conductas y representaciones se realizan de una forma tan real y cercana a la situación social natural como sea posible.

Para enseñar las habilidades sociales a terceros, se cree que, el ejemplo es el mejor modo. Además, existen algunas condiciones que pueden ayudar a realizar este entrenamiento (Jiménez, 2000):

- Permitir a los niños y adolescentes experimentar las emociones normales como miedo, ira, frustración, alegría, tristeza, etc. Protegerles de estas emociones impide que posteriormente sean capaces de reconocer y comprender estas emociones en los demás.
- Facilitar al niño situaciones en las que deba ponerse en el lugar del otro y ofrecer ayuda. Esto se puede lograr a través de historietas en las que el niño deba asumir diferentes roles, ejemplificaciones, etc.

A continuación se presentan algunas actividades que se consideran prácticas para el entrenamiento de habilidades sociales (Jiménez, 2000).

- Proporcionar ocasiones para el trato con otros niños
 - Exponerle desde muy pequeño al contacto con otros niños.
 - Celebrar fiestas de cumpleaños u otras en casa e invitar a sus amigos y amigas.
 - Permitir que acuda a las invitaciones que reciba.
 - Fomentar que sus amigos y amigas vayan a casa a merendar, pasar la noche, etc.
 - Inscribirle en grupos deportivos, recreativos, parroquiales, campamentos de verano, etc.
 - Organizar excursiones con sus amigos.

- Fomentar las conductas prosociales
 - Enseñar a compartir (juguetes, comida, etc.).
 - Enseñar a cooperar y ayudar a los demás (empezando por sencillas tareas del hogar).
 - Enseñarle a ser altruista.
 - Enseñar a disculpar los errores de los demás.
 - Enseñarle a comprender los afectos de los demás.
 - Enseñarle a mostrar simpatía, empatía y compasión.

- Entrenar habilidades de conversación
 - Enseñarle a expresar sus sentimientos y necesidades con claridad.
 - Enseñarle a compartir información personal con amigos.
 - Enseñarle a hacer preguntas sobre los demás.
 - Enseñarle a escuchar.
 - Enseñarle a expresar afecto y aprobación cuando habla con los demás.
 - Enseñarle a mantenerse en la conversación y no cambiar de tema a destiempo.
 - Estimularle a que llame a sus amigos.
 - Ayudarle a que se exprese con propiedad.
 - Estimularle a que participe en conversaciones con personas mayores.

- Atención a los modales
 - Enseñarle a ser amable.
 - Procurar evitar las malas contestaciones.
 - Enseñarle y exigirle que dé las gracias, pida las cosas por favor, etc.
 - Exigirle que se disculpe cuando interrumpe a los demás.
 - Procurar evitar malos gestos.
 - Alabarle cada vez que muestre interés o preocupación por los demás.
 - Otras habilidades
 - Enseñarle juegos de mesa.
 - Enseñarle a contar chistes, cuentos, etc.
 - Estimularle a que aprenda a tocar algún instrumento.
 - Enseñarle a reírse de sus meteduras de pata.

Por otra parte, ciertamente, la amistad tiene un papel vital en el desarrollo global del niño y en la adquisición de las habilidades interpersonales que deberá poner en práctica en su adultez. La amistad no incluye sólo la aceptación y/o admisión del otro sino que implica el establecimiento de una relación caracterizada por un afecto mutuo, una preferencia recíproca y un sentimiento de compartir algo importante (Shaffer, 2000).

Según Asher y Parker (1997 citado en Shaffer, 2000), las principales funciones o beneficios de la amistad son:

Compañerismo. Sentimiento de disfrutar de la mutua compañía. Este es el beneficio más básico de la amistad.

Alianza fiable. Este aspecto hace referencia al sentimiento de seguridad que se deriva de saber que se puede contar con la lealtad del otro. Saber que se tiene a alguien para sentarse en el autobús de vuelta a casa, en el comedor, etc. puede ser una motivación añadida en la vida escolar.

Ayuda y orientación. Los niños valoran la disposición por parte de sus amigos para ayudarles, prestarles sus objetos personales, etc. También se comparten consejos, información, etc. Casi todos los niños creen que compartir y ayudar son obligaciones que conlleva la amistad con otras personas.

Base para la comparación social. Los amigos ayudan a desarrollar y mantener una imagen de uno mismo como persona competente, atractiva y que merece la pena. La amistad es un contexto no amenazante en el que se pueden comparar los propios intereses, actitudes, miedos e inquietudes.

Intimidad y afecto. La amistad proporciona oportunidades para comunicar al otro cuestiones personales, experiencias, deseos e ilusiones sin miedo al rechazo o temor al ridículo. Esto es especialmente importante a partir de la preadolescencia, cuando aparecen las amistades con personas del otro sexo.

Apoyo emocional. La amistad garantiza un sentimiento de seguridad ante vivencias desconocidas o amenazantes. La amistad puede amortiguar las vivencias negativas al contar con la protección del otro. Con frecuencia, el niño ensaya nuevas conductas y asume nuevos retos personales en compañía de su mejor amigo.

Estos procesos de socialización se va dando a través de un complejo proceso de interacciones de variables personales, ambientales y culturales. Como se puede ver, la familia es el grupo social básico donde se producen los primeros intercambios de conductas sociales y afectivas, valores y creencias, que tienen una influencia muy decisiva en el comportamiento social. Los padres son los primeros modelos significativos de conducta social afectiva y los hermanos constituyen un sistema primario para aprender las relaciones con sus padres. Por otro lado los padres transmiten ciertas normas y valores respecto a la conducta social, ya sea a través de información, refuerzo, castigo o sanciones, comportamiento y modelado de conductas interpersonales.

Posteriormente la incorporación del niño al sistema escolar le permite y obliga a desarrollar ciertas habilidades sociales más complejas y extendidas. El niño debe adaptarse a otras exigencias sociales: diferentes contextos, nuevas reglas y necesidades de un espectro más amplio de comportamiento social, al tener nuevas posibilidades de relación con adultos y con niños de su edad, mayores y menores que él. Este es un período crítico respecto a la habilidad social, ya que estas mayores exigencias pueden llevar al niño a presentar dificultades que antes no habían sido detectadas (Segura, 2002).

Después tenemos la relación con el grupo específicamente en la relación con los pares que siendo una parte significativa del contexto escolar representa otro agente importante de socialización en el niño. La interacción con sus iguales afecta el desarrollo de su conducta social, proporcionándole al niño muchas posibilidades de aprender normas sociales y las claves para diferenciar entre comportamiento adecuado e inadecuado en el ámbito social, como mencionábamos anteriormente, la amistad contribuye a la socialización del niño a través de su impacto en la formación de la imagen de sí. La pertenencia a un grupo de pares, fuera de las fronteras familiares, le ayuda a desarrollar su propia identidad e individualidad y a ensayar patrones nuevos de conducta en un círculo más cerrado (Shaffer, 2000).

Al comienzo de la adolescencia el joven ya tiene una autoconciencia y se reconoce a sí mismo y a los demás como expuestos a la opinión pública, quien enjuicia la pertenencia y la adecuación social. Esta autoconciencia de sí mismo parece ser un rasgo generalizado del entrenamiento de la socialización. Los niños son enseñados a que los demás observen su apariencia y sus maneras de comportarse socialmente.

El período de la adolescencia es una etapa en que el individuo debe encausar múltiples tareas que implican relaciones interpersonales diferentes a las de la infancia y debe desarrollar habilidades para resolver problemas de manera independiente. Los adolescentes deben hacer amigos, amigas, compañeros y compañeras, aprender a conversar con sus coetáneos y semejantes, deben participar en diferentes grupos de actividades que no

poseen un vínculo directo con la actividad docente, aprender comportamientos heterosexuales y por sobre todas las cosas sentirse identificados e integrarse al grupo. El aprender y desarrollar estas habilidades es fundamental para conseguir óptimas relaciones con los otros, ya sean de carácter social, familiar, laboral, etc. (Segura, 2002).

Como se puede entender, la problemática derivada del desarrollo de las habilidades sociales es de gran importancia para el buen desenvolvimiento de las personas en sociedad, actualmente en México existe un proceso de cambio, para lograr la modificación de las estructuras sociales que paralizan el desarrollo del individuo, inculcándole valores y formas de vida que lo oprimen y lo convierten en un ser infeliz y temeroso de la vida. Puede ser un proceso largo, pero ante la mirada optimista se vislumbra una nueva sociedad, con nuevos valores y nuevas formas de interacción (Brito, 2000 citado en Alcaraz, 2001).

Este proceso de cambio que actualmente experimenta nuestra sociedad, puede resultar contraproducente si no se encausan de manera correcta los nuevos valores y las nuevas formas de interacción. Como apunta Weeks (2000 en Alcaraz, 2001), los individuos están en peligro de volverse desarraigados, ser retornados a las frágiles individualidades, cuando lo que se necesita es formar lazos indisolubles entre libertad individual y pertenencia social.

CAPITULO 3

HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAS CON SINDROME DE DOWN.

En épocas no muy lejanas la vida de los niños con síndrome de Down era muy distinta a lo que es hoy en día. Ya que muchos niños eran reclusos en instituciones especiales donde se les abandonaba o simplemente se quedaban en casa y no recibían una educación adecuada ni un ambiente estimulante por parte de sus padres. Sin embargo, con los avances en el diagnóstico y tratamiento que se han venido dando en torno al Síndrome de Down, y con la importancia que han adquirido las teorías de estimulación temprana, no sólo ha aumentado notablemente la expectativa de vida de estos niños, sino que también se ha hecho posible que alcancen grandes logros en su proceso cognitivo, y por consiguiente, formas más adecuadas de relacionarse con su entorno.

Como es sabido, el síndrome de Down está determinado genéticamente, sin embargo, podemos ver a niños con este tipo de padecimiento que presentan mayores habilidades y capacidades que otros que se encuentran en la misma situación, esto se debe en gran medida al tipo de educación que han tenido a lo largo de su vida, y a la estimulación que se les ha brindado, al apoyo y convivencia que han tenido y a las relaciones que han formado con los demás. Hoy en día se hacen grandes esfuerzos para que muchos de estos niños se encuentren inscritos en escuelas tradicionales, con el fin de que obtengan una educación de calidad y de esta manera logren integrarse con niños que no tienen este tipo de discapacidad, a demás de que las experiencias han demostrado que se trata de algo muy positivo, porque ellos aprenden pautas de conducta por imitación y hacen suyas conductas sociales.

En definitiva, una persona con Síndrome de Down es como cualquier otra, con algunos problemas adicionales que debe enfrentar, por lo tanto, se debe

poner mayor énfasis en el desarrollo de sus habilidades sociales para que se desenvuelva de la mejor forma posible como persona.

Sin embargo, lo correspondiente a las habilidades sociales debe considerarse dentro de un marco determinado, ya que en cada país y en cada cultura se tienen patrones de comportamiento propios y existen sistemas de comunicación distintivos que definen los hábitos y las costumbres de cada sociedad.

Hoy en día las Habilidades sociales reciben una importancia capital en el caso de los niños con síndrome de Down, quienes encuentran dificultades debido a las exigencias sociales y la complejidad en que se desenvuelven los seres humanos.

Ahora bien, toda persona necesita de un contexto social que lo signifique y con el cual pueda interactuar, esa interacción es clave ya que marca de manera singular la integración o no a determinados ámbitos, dada la cantidad de códigos que se ponen en juego en cualquier intercambio. De esta manera, es importante saber que todo proceso de socialización no es ajeno a los otros procesos de desarrollo de la personalidad, tales como los procesos cognitivos, al desarrollo fisiológico, al proceso emocional y afectivo, entre otros (Ahumada, 2004).

3.1 Personalización, integración y normalización.

Al considerar al niño con síndrome de Down en su valor total como persona, también debe ser considerado como un niño con necesidades especiales, para esto, es primordial tener conocimiento del principio de personalización, logrando así la consideración de los discapacitados en integridad y su valor como persona, promoviendo su dignidad humana.

Junto al concepto de personalización, se debe asociar el principio de normalización e integración, ya que normalización e integración connotan una dimensión personalista de respeto hacia todo hombre por entender que, por sobre las limitaciones o perturbaciones que éste presente, tiene como tal, el

derecho a un desarrollo armónico y pleno de sus potencialidades, a constituirse en un miembro participante dentro de la comunidad en iguales consideraciones de deberes y derechos que el resto de sus conciudadanos (Capacce, 1987 citado en Ahumada 2004).

En tanto, normalización se define como posibilitar en el discapacitado una rutina de vida normal, un ritmo de actividades similar al de sus semejantes, disfrutar del goce de los derechos y el ejercicio de los deberes del resto de las personas consideradas normales, el desarrollo óptimo de sus capacidades propiciando el logro de conductas socialmente aceptadas y el máximo de independencia y autovalimiento (Capacce, 1987 citado en Ahumada 2004).

A finales de los años 50 en Escandinavia, el director del Servicio Danés para la Deficiencia Mental, Bank-Mikkelsen, introdujo el término de normalización, el cual dio un vuelco en la sociedad creando de esta manera una revolución en cuanto a las perspectivas sociales de la deficiencia mental, este término lo definía como la posibilidad de que los deficientes mentales llevaran una existencia tan próxima a la normal como les fuera posible (Bank-Mikkelsen, 1975 citado en Muntaner, 1998).

Para el año de 1969, el multidisciplinario B. Nirje, reformuló la idea que Bank-Mikkelsen había propuesto años atrás, haciendo principal énfasis en que esta seguía siendo orientada principalmente a las personas con deficiencia mental y que la normalización se refería a las condiciones de vida del deficiente mental, lo cual debía implicar un cambio positivo en la sociedad, la cual debía reconocer al deficiente mental como a uno más del grupo al que pertenecía.

Sin embargo, es para la década de los 70 cuando este concepto se expande por toda Europa, Estados Unidos y Canadá, gracias al académico W. Wolfensberger, el cual redefine el concepto propuesto por Bank-Mikkelsen y reformulado por B. Nirje, dictaminando que la normalización es aplicable para todas las personas discapacitadas y no únicamente a las personas con

deficiencia mental, y sobre todo que el principio de normalización esta encaminado para modificar el sistema de vida de la persona con discapacidad así como a la sociedad en la que este vive.

Para poder llevar a cabo el principio de normalización es necesario que primero se pongan en marcha los principios de integración y de sectorización. Por su parte el principio de integración se refiere a la participación y a la cooperación de las personas con discapacidad y no a la ubicación de estos en determinado sector social, exigiendo un intercambio y una interacción entre las personas con discapacidad y la sociedad. A su vez, el principio de sectorización hace referencia a la readecuación de servicios que respondan a las demandas requeridas por el discapacitado, es decir, consiste en prestar servicios a quienes lo necesitan en donde lo necesitan (Muntaner, 1998).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, se debe poner énfasis en el principio de Integración social; el cual implica el acercamiento social entre las personas con y sin necesidades especiales, mediante interacciones espontáneas y establecimiento de vínculos afectivos. De esta manera, la integración de la persona con discapacidad favorece el proceso de socialización, permite la adquisición de conductas espontáneas y activas mediante la actuación de los roles, estimula la elaboración de una auto imagen positiva (Capacce, 1987 citado en Ahumada, 2004) y evita situaciones de rechazo, considerando que uno de los problemas básicos de las sociedades latinoamericanas es la exclusión social, la que implica dificultades severas para acceder a los mercados de trabajo y consumo, pero junto a ella se presenta también la imposibilidad de integración a los marcos de la sociedad (Kliksberg, 2000 citado en Ahumada, 2004).

3.2. Importancia de las habilidades sociales en niños con discapacidad.

De acuerdo con la Asociación Americana de Retraso Mental (2000), las habilidades sociales son aquellas que se relacionan con los intercambios sociales que se realizan con otras personas. Por tanto incluyen:

- Iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros

- Comprender y responder a los indicios situacionales pertinentes
- Reconocer sentimientos, proporcionar realimentación positiva y negativa
- Regular la propia conducta; ser consciente de los iguales y de la aceptación de éstos; calibrar la cantidad y el tipo de interacción a mantener con otros
- Ayudar a otros
- Hacer y mantener amistades y relaciones de pareja
- Responder a las demandas de los demás
- Elegir, compartir
- Entender el significado de la honestidad y de la imparcialidad
- Controlar los impulsos
- Respetar normas y leyes y adecuar la conducta a éstas
- Mostrar un comportamiento sociosexual adecuado

Todos necesitamos relacionarnos, expresarnos, y darnos a conocer; necesitamos a la vez, conocer a otros y ser conocidos por ellos.

En nuestra sociedad, como en la gran mayoría de los países, el niño socialmente hábil es más capaz de desarrollarse y prosperar en el complejo ambiente social diario. En este caso, la conducta interpersonal del niño juega un rol vital en el logro de refuerzos sociales y culturales, y en esta línea, aquellos niños que carecen de una apropiada conducta social, experimentan aislamiento y rechazo, lo que conlleva a problemas afectivos e infelicidad.

Tanto los niños con necesidades educativas especiales, dificultades de aprendizaje y otras deficiencias, carecen de habilidades interpersonales necesarias para establecer relaciones de amistad con compañeros sin minusvalías, a consecuencia de lo cual permanecen en un estado de aislamiento social y rechazo por parte de sus compañeros, siendo los alumnos con deficiencia mental y parálisis cerebral los más rechazados, seguidos por aquellos alumnos con deficiencias sensoriales y epilepsia, por último aquellos afectados por deficiencias motrices. (Tortosa y Arándiga, 1996).

Las personas con deficiencia mental, como lo son las personas con Síndrome de Down, se caracterizan por su dificultad de adaptación provocada por una difícil relación de intercambios y de comunicación en su entorno, así como por problemas en la elaboración de la información recogida de sus experiencias, la cual se ve incrementada por su falta de interés, que se traduce en una actitud pasiva ante los estímulos del exterior (Muntaner, 1998).

3.2.1 Competencia social de los niños con Síndrome de Down.

La competencia social de muchos de los niños con necesidades educativas especiales es motivo de consideración. Su déficit en habilidades de interacción tienen un carácter diferencial en función de la naturaleza y grado de discapacidad (psíquica, sensorial, motora, etc.) y de su historial de socialización e integración educativa (Ahumada, 2004).

La escasa, nula o deficiente interacción social de los niños con síndrome de Down y de muchos otros niños con discapacidad se deben principalmente a:

- La ausencia de habilidades específicas, tales como el lenguaje, normas de convivencia, entre otros.
- Las dificultades para inferir las exigencias de las situaciones sociales.
- Las expectativas de los profesores y compañeros/as, que pueden estar mediatizadas por percepciones erróneas.
- Forma de estructurar el trabajo escolar cuando éste se ha centrado sobre las incompetencias del alumno con necesidades especiales. (Tortosa y Arándiga, 1996).

3.2.1.1 Lenguaje.

El área del lenguaje ha sido descrita generalmente como la que presenta un mayor retraso en los niños/as con síndrome de Down, sobre todo en los aspectos expresivos, en comparación con los niveles globales de desarrollo.

Las características generales del lenguaje de los niños con síndrome de Down según Tortosa y Arándiga (1996) son:

- Retraso de las primeras adquisiciones motrices.
- Comunicación gestual y mímica limitadas.
- Balbuceo limitado.
- Deficiente control de la respiración y de los órganos de la fonación.
- Pobre motilidad buco facial.
- Deficiente discriminación fonemática.
- Trastornos del habla; tartamudez, pronunciación precipitada.
- Alteraciones importantes en adquisición y uso de formas gramaticales; concordancia, género, número, flexiones verbales.
- Abundan las construcciones sintácticas simples y frases cortas.
- Mayores dificultades en la construcción gramatical.
- Creatividad lingüística muy limitada.
- Vocabulario reducido. Pobreza semántica.
- Verborrea.
- Evoca palabras por analogía de imagen y no por razonamiento lógico.
- Aspectos pragmáticos del lenguaje condicionados por el ambiente lingüístico que rodee al niño/a.
- Nivel de comprensión superior y anterior al expresivo. Ambos inferiores al de un niño "normal".
- Dominio del lenguaje escrito más fácil que el lenguaje hablado.
- En su lenguaje expresivo, manifiesta poco sus demandas concretas aunque tenga la capacidad de mantener un nivel de conversación.
- Dificultades para dar respuestas verbales.
- Dificultades en la articulación, en la fluidez y en la inteligibilidad del lenguaje.
- Dificultades para integrar la información.
- Dificultades para expresarse oralmente.
- En el desarrollo del lenguaje hay que señalar:
- El pronóstico lingüístico es muy variable de un niño/a a otro.
- Casi siempre presentan alteraciones no lingüísticas que afectan negativamente.

- La edad lingüística no suele coincidir con la cronológica ni la mental.
- El desarrollo del lenguaje transcurre generalmente por las mismas etapas que en los demás niños, aunque de manera más lenta y con mayor duración.

El retraso en la adquisición y desarrollo del lenguaje está en relación con el grado de deficiencia que el niño presenta y el nivel de afectación varía en función de las propias características personales.

3.2.1.2 Lectura y escritura.

La lectura y la escritura son necesidades imprescindibles para desarrollar una conducta ordinaria y quienes no pueden realizarlo se encuentran limitados en todas sus actividades, reciben una baja consideración social y su autoestima se encuentra muy disminuida. Si a todo esto le añadimos las dificultades de las personas con síndrome de Down para vivir en integración social, el objetivo de aprender a leer y escribir se convierte en una urgente necesidad.

Es por eso que, como menciona Ahumada (2004), tanto en la escuela como en la casa se deben programar objetivos mínimos de “lectura funcional”, que les permita distinguir signos y señales públicas como “salida”, “caballeros”, “peligro”, otros.

Algunos autores consideran que no hay que precipitar este conocimiento, así, se debe tener en cuenta la edad mental y no la cronológica. Otros consideran que las edades lectoras de los niños están por encima de las edades mentales y sus edades lingüísticas por debajo de su edad cronológica. Consideran que hay que empezar cuanto antes, pues mejora notablemente el lenguaje (expresión-comprensión) (Ahumada 2004).

La familia debe centrarse en comprender el contenido de los mensajes de sus hijos/as y no en la forma que se producen. Cualquier persona, cuando no se le entiende, se siente frustrada y reduce sus intentos por comunicarse. Si los interlocutores corrigen siempre la forma de expresarse del niño, lo que éste aprende es que dicha forma es más importante que su contenido. Hay

que moldear el discurso, más que corregir, repitiendo la forma adecuada de las producciones poco inteligibles del niño, como al descuido, sólo en determinados momentos.

3.2.1.3 Relaciones interpersonales.

La comunicación y las relaciones interpersonales son elementos claves en nuestro desarrollo personal, en la realización de quiénes somos (en potencia); y de quienes estamos llamados a ser, en la existencia o la ausencia de comunicación, así como en nuestro estilo de comunicación y en nuestro modo de ser (Ahumada, 2004).

En el caso de los niños con síndrome de Down, las habilidades de comunicación están limitadas debido a la motilidad buco facial y a la dificultad en la articulación y fluidez del lenguaje, lo que entorpece la capacidad de expresarse oralmente, haciendo que se comuniquen mediante gestos. Esto se constituye en un problema ya que las relaciones interpersonales son en nuestra vida una de las fuentes de mayor alegría y satisfacción y, a la vez, son causa de las mayores dificultades y de las más profundas tristezas (Ahumada, 2004).

Por esto, el refuerzo de la habilidad comunicativa en estos niños se hace necesario, con el fin de que sus relaciones con los otros sean fuente de alegría y no de insatisfacciones que pudieran causar frustración personal.

Según Herrera (2001), las relaciones interpersonales son definidas como la interacción recíproca entre dos o más personas e involucra los siguientes aspectos:

- La habilidad para comunicarse efectivamente.
- El escuchar.
- La solución de conflictos expresión auténtica de uno.

3.2.1.4 Destrezas.

Las destrezas son tanto de carácter social como emocional, promueven la habilidad clara y directa, la escucha atenta, la resolución de conflictos y la expresión de manera honesta y auténtica.

De acuerdo con Ahumada (2004), las destrezas pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Sociales: autoimagen positiva y confianza, asertividad productiva, iniciación al contacto, comienzo de comunicación, apoyo, entre otros.
- Comunicación: escuchar activamente, respuesta reflexiva, expresión, resolución de conflicto, otros.
- Autoconocimiento: autenticidad, asertividad, base en la realidad, distanciamiento, entre otros.
- Límites: reconocimiento y honor de valores comunes, escuchar, sentido de identidad, perdón, otros.

Si se logra desarrollar estas destrezas en el contexto y momento adecuado, lo más posible es que el tipo de relaciones interpersonales que se establezcan entre los miembros que lo componen sean eficientes y eficaces, logrando así una mejor comunicación y expresión de lo que se quiere.

Las habilidades en la infancia son la base de la competencia social. Desde edades tempranas el niño comienza a interactuar con su medio consolidándose así, el proceso de socialización, en el que va adquiriendo y ensayando un conjunto de destrezas sociales que le permitirán adaptarse al ambiente que lo rodea y lograr una participación competente y efectiva en distintas situaciones interpersonales.

Ahumada (2004) menciona que la aceptación y la popularidad que tiene el niño con síndrome de Down entre sus compañeros, juega un rol importante en la socialización durante la edad infantil. Las habilidades sociales proveen a los niños de un medio a través del cual ellos pueden dar y recibir recompensas socialmente positivas, con lo cual guían e incrementan su desarrollo social, generando a su vez positivas relaciones interpersonales.

De este modo, el proceso de socialización se lleva a cabo en primer lugar por la familia, quien inicia el camino en la formación de habilidades sociales, y favorece el desarrollo de competencias sociales en los hijos, los ayudan a ser más responsables e independientes y a tener un mayor nivel de autoestima; asimismo, poseen más estrategias de resolución de problemas interpersonales.

Por otro lado, este proceso se continúa en la escuela, donde se enfatiza y obliga a desarrollar las habilidades más complejas y específicas, simultáneamente a éste hecho actúa el propio desarrollo o etapas de la vida de un individuo, lo cual le va proporcionando ciertas exigencias, mismas que ocupan un lugar importante dentro de las relaciones que se establecen con el grupo de amigos.

Bajo esta lógica los niños que poseen el apoyo de estos dos contextos, educacional y familiar, tendrán mejores herramientas para desarrollarse en las diversas áreas de la vida cotidiana, lo que permitirá que sean más autosuficientes al momento de enfrentarse con el mundo moderno, el que cada vez exige mayores niveles de autonomía.

Así, las habilidades sociales se desarrollan de manera eficiente en dos contextos principales que están relacionados entre sí, lo que sucede en uno de ellos, tiene influencia sobre el otro: familia, escuela y grupo de iguales conforman los diferentes mundos sociales de los niños y son las fuentes donde se aprenden y actualizan las conductas socialmente competentes

3.3 Familia y Síndrome de Down.

Sabemos que la familia es el primer escenario donde se desarrolla el niño y es considerada como el lugar en el cual se ponen en juego los primeros comportamientos interpersonales. Es en el seno familiar en donde la persona con Síndrome de Down se integra por primera vez a un ambiente o núcleo

social y en el cual se empiezan a manifestar los primeros aprendizajes tanto psicológicos como sociales, económicos y educativos (Troncoso, 2008).

Ahumada (2004) menciona que las familias son los agentes más apropiados dentro de la sociedad para transmitir las competencias humanas de generación en generación. La familia y los servicios de la comunidad apoyan este núcleo para que realicen sus funciones durante el ciclo vital familiar, teniendo en cuenta la particular forma de ser de la familia que viene dada por las reglas que rigen la interacción de todos sus miembros y por las variables que intervienen en la estructura de la familia.

Los padres son una excelente fuente de información respecto al comportamiento de sus hijos en el hogar, pero también deberán estar preparados para enseñar al niño capacidades adicionales que éste necesitará para desenvolverse fuera de la familia.

Siendo la familia el pilar fundamental en el apoyo de los niños, esforzándose para que ellos sean cada vez mejores, y sacrificándose día a día para sacarlos adelante, deben tener claro que como institución sufrirán algunas modificaciones y cambios en la rutina del diario vivir, por lo tanto, deberán asumir otra dinámica y otro estilo de vida, es por esto que las familias con algún miembro discapacitado tiene ciertas características particulares reflejadas en distintos ciclos desde el nacimiento.

Existen variadas formas en las que se clasifican las etapas que muchas familias pasan al tener un integrante con discapacidad, sin embargo la mayoría tienen similitudes, Ross (1991 en Ahumada, 2004) define estas etapas como: confusión, negación, regateo, depresión y consolidación.

Las etapas anteriormente mencionadas tienen que reflejarse en última instancia en la aceptación de las limitaciones, lo que permitirá que el niño crezca asumiendo su deficiencia, que se sienta seguro de sí mismo y con alta autoestima. El trabajo de la familia es criar a sus hijos para ser independientes, esto no varía para las familias que tienen niños con síndrome

de Down, éstos deben aprender desde jugar con sus amigos hasta usar transporte público, trabajar y saber cuidarse.

La actitud que los familiares de la persona con Síndrome de Down tomen ante la deficiencia de la persona, es la que determinará en todo momento las relaciones que se puedan establecer entre la persona y el entorno. Debido a esto, es sumamente importante que la familia, en especial los padres, tomen conciencia de las necesidades especiales con las cuales va a vivir la persona el resto de su vida, y así sean capaces de construir y mantener una actitud positiva y de normalidad en sus relaciones con este. Ya que, de esta actitud dependerán las oportunidades de relación social positivas con el medio que le rodea, dando pauta a que la persona con Síndrome de Down gane en confianza en sí mismo, se supere y desarrolle al máximo sus capacidades.

Al permitirles y alentarlos a desarrollar sus potenciales individuales les proporcionan igualdad de oportunidades, lo que se traducirá en que las personas con Síndrome de Down llegarán a ser individuos que lleven una vida significativa, productiva e independiente.

3.4 Integración educativa.

La integración educativa nace de la idea de que la educación es un derecho humano y básico el cual proporciona los fundamentos para lograr una sociedad más justa (Romero y Lauretti, 2006). La Organización de la Naciones Unidas para la Ciencia, la Cultura y la Educación (UNESCO, 1994) menciona que todos los alumnos tienen derecho a la educación sin importar sus características o dificultades particulares. Este derecho se justifica por la necesidad de que se eduque a todas las personas de la misma manera, obligando a las instituciones educativas a idear modalidades de enseñanza para las diferencias individuales; al educar a todas las personas juntas se sientan las bases para una sociedad más justa, animando a la gente a vivir en concordia y en paz. Este hecho también tiene un impacto económico, ya que se ha determinado que integrar al sistema educativo a todas las personas, aun con sus limitantes y diferencias, resulta menos costoso que

establecer distintos tipos de escuelas (UNESCO, 2003 en Romero y Lauretti, 2006).

La educación de las personas con discapacidad mental presenta los mismo objetivos que la educación en general, es decir, ofrecer el máximo de oportunidades a cada persona para que alcance el mayor desarrollo posible de sus capacidades tanto intelectuales como sociales. Para llevar a cabo dicho proceso, es necesario que se realice en ambientes lo menos restrictivos que se pueda, en un ambiente de cooperación entre los educadores, la familia y la sociedad en general, que integre las oportunidades de igualdad y asegure la adquisición de habilidades básicas de autonomía y socialización

Por otro lado, la integración educativa no va dirigida a que la persona adquiera un amplio bagaje de información que posteriormente no pueda o sepa como usar, sino que está orientada a que la persona desarrolle una interacción con su ambiente, de tal manera que esto repercuta en un desarrollo de su personalidad lo cual le permita adaptarse a su entorno para que después se pueda integrar a la sociedad.

Muntaner (1998), menciona que para lograr este objetivo se deben tener en cuenta cuatro puntos:

1. Estimular a la persona, de manera que esto la conlleve a resolver los problemas que se le vayan presentando en el momento.
2. Aumentar su interés y espontaneidad para que de este modo la persona muestre una mejor interacción con su entorno y un cambio de actitud ante las situaciones que se le presenten con el mismo.
3. Incluir todo lo que se suponga útil para la persona, tales como conocimientos que su nivel mental le permita asimilar y su nivel social le permita ejecutar. Y por último
4. Los esfuerzos pedagógicos deben adaptarse al momento evolutivo de la persona y a la situación individual de cada una.

La escolarización de las personas con Síndrome de Down, y en general la de todas las personas con discapacidad, debe de realizarse de acuerdo a dos premisas fundamentales:

1. Modelo curricular: la situación escolar de las personas con deficiencia mental deberá ser revisada continuamente y valorada por la institución a la que pertenece junto al equipo multidisciplinario y los familiares.
2. Adaptaciones curriculares: la institución educativa deberá prever toda una gama de modalidades didácticas en donde se pueda atender de la forma más adecuada posible a los alumnos con deficiencia mental.

Ante esto, Molina (1994 citado en Arranz, 2002), realiza una interesante propuesta para llevar a cabo lo anteriormente mencionado, así, se deben implementar estrategias dentro de la institución escolar que podrían resultar ventajosas para la integración de las personas con Síndrome de Down, tales como:

- Estrategias didácticas individualizadas.
- Criterios de evaluación basados en los progresos de cada alumno de acuerdo con sus capacidades.
- Clima social cooperativo dentro del salón de clases.
- Trabajo continuo de tipo psicoterapéutico y de asesoramiento respecto a los alumnos y a las familias.
- Erradicación de los grupos homogéneos e inflexibles de los alumnos.
- Integración de los alumnos con Síndrome de Down en los equipos de personas sin problemas de aprendizaje.
- Planificación de actividades didácticas a través de Talleres.

De acuerdo con esto, Beveridge (1992 citado en Arranz, 2002) propone como estrategia para la integración escolar satisfactoria el apoyo de un profesor extra dentro del salón de clases, al igual que el trabajo en equipo de la institución con el resto del equipo multidisciplinario.

Al igual que Molina, Hanson en 1994 (Arranz, 2002) propuso que para que se diera una integración escolar óptima de las personas con Síndrome de Down y un aprendizaje enriquecedor era necesario el aprendizaje cooperativo, es decir, aplicar estrategias en las que los otros compañeros fungieran como tutores y mediadores ante los nuevos aprendizajes del niño con Síndrome de Down, lo cual resultaría positivo para el salón de clases en general.

Valencia (2000 en Lauretti y Romero, 2006), a través de un estudio que realizó en México en el cual se realizaron adaptaciones y adecuaciones curriculares para la integración de niños con Parálisis Cerebral al sistema educativo, considera que la paciencia, el estudio, la creatividad y el amor juegan un papel importante en la integración, reto que implica un trabajo conjunto entre la educación especial y la educación regular.

De igual modo, el educador deberá conseguir que la persona deficiente sea un individuo íntegro, por lo tanto, antes de lograr que sepa leer o cualquier otra cosa, deberá, en su educación, cuidar desde lo más rudimentario hasta el aprendizaje de un oficio. En definitiva, se tendrá que lograr una formación de acuerdo a las necesidades del niño como ser que vive en sociedad, subrayando la autonomía, la comunicación, la socialización, y la ocupación que, complementándose entre sí, cubren las necesidades de la persona (Pérez-Portabella, 2000 citado en Ahumada, 2004).

Sin embargo, el apoyo escolar por si solo no tiene validez si no se complementa con el refuerzo que otorgan las familias de las personas con Síndrome de Down para la integración de sus hijos, en este sentido, la cultura puede realizar un aporte efectivo a la institución mas básica de integración social, la familia, una de las principales redes de protección social y el marco primario de integración (Kliksberg, 2000 citado en Ahumada, 2004).

Por otro lado, existen los colegios especiales, que dan ayuda y reforzamiento especializado a los niños que lo necesitan de manera más específica, atendiendo las necesidades particulares de cada uno.

De esta manera, las medidas pedagógicas destinadas a los niños, niñas y jóvenes con Necesidades Educativas Especiales, configuran una serie de recursos humanos, técnicos y materiales que dan origen a una modalidad diferenciada e interdisciplinaria, denominada “Educación Especial” (Mineduc, 1998 citado en Ahumada, 2004).

Ramírez y Cueto (1999 en Lauretti y Romero, 2006) replantean el papel del educador en la educación especial a partir del Proyecto Nacional de Integración Educativa propuesto por el Gobierno de México en 1998; conciben al educador especial como el profesional que puede generar cambios en las prácticas educativas colaborando estrechamente con los maestros de educación regular. En resumen, el profesional de la educación especial debe ser un promotor de la integración educativa en condiciones justas, equitativas, tal como lo demanda la sociedad actual.

En México, la integración escolar se desarrolló de manera activa a partir de 1993, involucrando al sistema de Educación Especial, el cual reorganizó las estrategias educativas para promover y apoyar el proceso, sin embargo, estos cambios crearon confusión en los distintos servicios, lo cual propició que no se diera un consenso respecto a la misión de la Educación Especial, ante esto, se originaron discrepancias entre la Educación Especial y la educación regular lo cual originó que la integración educativa fuera tarea exclusiva de la Educación Especial.

Estas dificultades han perfilado el camino de la integración en México como tortuoso y algunos estudios han planteado que la integración no está realmente ocurriendo (Eскурra y Molina, 2003; Fletcher, 2003; Guajardo, 1998 en Romero y Lauretti, 2006). Para ello se requieren reformas y adiciones de carácter formal, jurídico y reglamentario que den lugar al establecimiento de políticas en el ámbito de la educación regular y de las necesidades educativas especiales y acciones de carácter técnico pedagógico: definición de competencias y atribuciones concurrentes, así como el establecimiento de mecanismos de intervención, asegurando una integración educativa exitosa.

Es por esto, que el proceso de integración debe formar parte de una estrategia global cuya meta sea alcanzar una educación de calidad para todos. Entre las condiciones para desarrollar una integración exitosa, propuestas por Blanco (1997 en Romero y Lauretti, 2006), están:

- Actitudes positivas y acuerdo consensuado de toda la comunidad.
- Legislación clara y precisa.
- Proyectos educativos institucionales que contemplen la diversidad.
- Capacidad de trabajo conjunto entre los profesores, padres, especialistas y alumnos.
- Currículo flexible, amplio, equilibrado y medios de acceso.
- Estilo de enseñanza abierta y flexible.
- Recursos de apoyo humanos y materiales.
- Formación adecuada a la nueva concepción de las necesidades educativas especiales.

Además es importante que la institución, aparte de presentar un plan de estudio coherente y acorde a las deficiencias de sus alumnos, considere en su visión como institución y en sus principios orientadores de educación, el concepto de integración escolar, mismo que se entiende como: educar niños y niñas, jóvenes y adultos con y sin discapacidad durante una parte o la totalidad del tiempo en establecimientos de educación común, el que comenzará preferentemente en el período de la educación parvularia, pudiendo continuar hasta la educación superior (Mineduc,1998 citado en Ahumada, 2004).

La aceptación y el reconocimiento de las diferencias individuales en la escuela exige un cambio radical en los planteamientos metodológicos y curriculares del sistema educativo, para así ofrecer igualdad de oportunidades a la hora de acceder a los bienes y recursos de la comunidad, por muy diferente que se sea, en el marco en el que viven los demás (Toledo, 1984 en Muntaner, 1998).

De acuerdo con lo que se ha venido mencionando, se puede concluir diciendo que la integración escolar de las personas con discapacidad mental, entre ellos las personas con Síndrome de Down, tiene como finalidad llevarlos a cumplir en forma dinámica y participativa su proceso de formación personal, aceptar sus limitaciones y revalorizar sus posibilidades, elaborando así su propio proyecto de vida, entendiéndose por proyecto de vida la capacidad de percibirse a sí mismo como un ser convocado para elegir un modo de presente y propuesta de futuro en coincidencia con sus posibilidades y su propio ser, por tanto, elegir una forma de estar en el mundo. Esta elección sólo será posible si la persona con Síndrome de Down es incorporada, desde el más temprano momento, a todo el quehacer social mediante un sistema de integración que derribe las barreras de la incompreensión y haga viables las de la aceptación.

3.5 Integración social.

La integración es la consecuencia del principio de normalización, es decir, el derecho de las personas con discapacidad a participar en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo, ocio, cultura, y servicios sociales, reconociéndoles los mismos derechos que el resto de la población (Melero y Guerrero, 2002).

Ante esto, Almuneda y Cols. (2001), mencionan que todo ser humano tiene derecho a formar parte de un grupo social en la medida en que todos somos importantes para el desarrollo de dicho grupo. La integración es un proceso en el que la persona con discapacidad y la persona sin discapacidad aprenden a estar y aceptar sus modos de ser, de relacionarse y organizarse, favoreciendo así la convivencia.

De igual modo, Integrar a una persona con Síndrome de Down es hacerlo beneficiario de aquellos bienes que una sociedad brinda a sus integrantes y que constituyen la verdadera convivencia, tales como: la vivienda, la

seguridad social, la remuneración económica, la participación en la vida ciudadana, la vida sexual, etc. (Jasso, 1991).

De acuerdo con lo anterior, la integración social hace referencia al contacto que tienen las personas que presentan Síndrome de Down y los demás miembros de la sociedad. Se exige que este contacto se mantenga con regularidad y espontaneidad de tal manera que se considere a todas las personas partes iguales de la comunidad. Así, el integrar a una persona con Síndrome de Down a la sociedad, más que una cuestión de carácter político, tiene que ver con la filosofía de vida de todo ser humano, dependiente a su vez del tipo de sociedad de la cual se forme parte.

Jasso (1991), nos presenta una definición que integra lo mencionado anteriormente, para dicho autor, la integración social se entiende como la inclusión del individuo a determinados ámbitos de la sociedad, de la familia, el trabajo y la relación social.

El principio de integración tiene como objetivo final más que un cambio en la vida de las personas con deficiencia, una modificación en el ambiente en que se desenvuelven, por lo tanto, el campo de aplicación al que va dirigido este concepto es primordialmente a toda la estructura social (Jasso, 1991).

De esta manera, la integración social exitosa se produce cuando hay una actuación activa de la persona con Síndrome de Down y el resto de la comunidad, cuando su participación se realiza mediante intercambios significativos con los compañeros y se llega a experimentar una sensación de pertenencia real al grupo (Muntaner, 2001).

Si se quiere integrar socialmente a un individuo debemos primero considerarlo en su condición y dignidad de persona. Par hacerlo es necesario:

- Información y conocimiento apropiados sobre la discapacidad.
- La utilización de un lenguaje adecuado.
- Trato adecuado y respetuoso.

- La participación en actividades y utilización de servicios integrados.

Por lo tanto, para que las personas con discapacidad se integren a la sociedad es necesario tener en consideración los siguientes puntos:

- La aceptación de la propia discapacidad.
- Desarrollo de hábitos y habilidades sociales.
- Desarrollo de técnicas de adaptación.
- Vivir con los demás.
- Vivir como los demás

3.6 Integración laboral.

Igual de importante que la integración social, la integración laboral de las personas con Síndrome de Down es vital para alcanzar una vida adulta, plena y con independencia, ya que el trabajo representa la puerta de entrada que les permitirá elevar su nivel de autoestima, su capacidad en la toma de decisiones, así como su seguridad y responsabilidad, permitiendo con ello, librarse de las presiones sociales que experimentan (García, 1998).

Debido a que el valor social que se le concede al trabajo actualmente no tiene que ver sólo con una actividad física o intelectual, sino que representa también un generador de riqueza social, se entiende, en nuestro contexto social, que vale la pena quien produce. En otras palabras, es persona social quien potencialmente puede generar riquezas o ya las produjo, y genera riqueza no sólo la persona que aporta recursos materiales, sino todo aquel que socialmente desempeña una función de interés común (Blanco, 2007).

Lo anterior ha conducido, desafortunadamente, a que la persona con deficiencia mental sea catalogada como no productiva, ya que se considera que no es capaz de aportar riquezas al sistema, lo cual no lo hace valioso socialmente (Blanco, 2007).

De esta manera, si en determinado momento, todas las personas con Síndrome de Down encontraran las puertas cerradas para poder pasar a la vida adulta, lo cual implica el poder desarrollarse de manera autónoma y poder poner en práctica sus conocimientos y aprendizajes adquiridos, entonces, se estaría hablando del fracaso de los programas de integración escolar y social, ya que los principios de normalización e integración tienen como objetivo fundamental hacer posible la participación social de las personas con deficiencia mental en cualquier momento de su vida.

Por lo tanto, es importante elaborar y desarrollar estructuras económicas y productivas que favorezcan la incorporación laboral de las personas con deficiencia mental, en este caso con Síndrome de Down, sin perder de vista que se trabaja con personas con cierto tipo de discapacidad, pero a la vez sin caer en el grave error de utilizar sistemas y estructuras de gestión y producción deficientes. En el momento de plantear puestos de trabajo no rentables y poco competitivos dentro de la organización, sería como no considerar a la persona con discapacidad como trabajador con sus derechos y obligaciones (Perera, 1997).

De acuerdo con lo anterior, Muntaner (2001), menciona que es de vital importancia nunca dejar de tener en cuenta el triple objetivo por el cual se rige la vida adulta de una persona con deficiencia mental:

1. Potenciar su desarrollo potencial.
2. Crear las condiciones necesarias para que la persona pueda alcanzar su integración social.
3. Cambiar las actitudes de la sociedad, para dar a las personas con deficiencia mental las mismas oportunidades y beneficios que cualquier otro ciudadano.

De esta manera, la formación profesional de las personas con Síndrome de Down pretende brindarles herramientas que contribuyan a desarrollar una personalidad bien adaptada a la vida en sociedad por medio de todas sus capacidades. Esta formación debe comprender una currícula que se ajuste a

las necesidades específicas de cada sujeto sin llegar a generalizarlas, por lo tanto, los objetivos de dicha formación no solo deben focalizarse en el preparar a la persona para realizar un determinado trabajo, sino que también se debe centrar en preparar a las personas en los distintos planos de acción requeridos en la vida, tales como lo individual, lo profesional y lo social, ya que, es necesario tener en cuenta que en un trabajo, a parte de poseer las habilidades técnicas que este requiere, también es importante que la persona tenga un comportamiento, un ritmo y una convivencia adecuada, lo cual le permita mantener el puesto de trabajo y así establecer relaciones normalizadas con sus demás compañeros.

La integración laboral parte del principio de que las personas con Síndrome de Down pueden realizar trabajos en empresas ordinarias, si se les presta un apoyo especializado por parte de formadores o preparadores laborales. Este apoyo va dirigido específicamente a facilitar al trabajador la adquisición de las habilidades propias del puesto laboral concreto en el que se va a integrar, así como a entrenarle en otros aspectos complementarios como son la autonomía en los desplazamientos, el control de horarios, las relaciones sociales con los jefes y compañeros de la empresa, y su actividad general diaria.

Una vez que el trabajador ha adquirido las competencias que se le demandan, el preparador laboral puede retirarse progresivamente, manteniendo un seguimiento mediante visitas periódicas al lugar de trabajo. Simultáneamente, el trabajador recibe en la formación continuada para progresar en los diversos aspectos de su vida laboral, cultural y social.

Una gran variedad de programas de este tipo son trabajados en España donde, programas como “Empleo con Apoyo” y proyectos de Integración Laboral como el “AVANCE” han tenido mucho éxito ya que han contado con el apoyo de grandes empresas que ofrecen trabajo y capacitación a las personas con Síndrome de Down (Fundación Síndrome de Down de Cantabria, 2007).

Por ello, es necesario que las empresas trabajen de manera conjunta con las fundaciones, la familia y la comunidad cercana a las personas con síndrome de Down, con el fin de que se lleve a cabo una integración al campo laboral y con ello logren su independencia en la adultez.

Las fundaciones y organizaciones encargadas de proporcionar apoyo a las personas con Síndrome de Down se deben de encargar de ofrecer:

- La posibilidad de facilitar a las personas con Síndrome de Down el cumplimiento del derecho y el deber de trabajar, recogidos en la Constitución.
- La ayuda para encontrar o crear el puesto laboral más adecuado para la persona que va a contratar.
- El candidato idóneo para el puesto que oferta la Empresa.
- El análisis de las tareas y la formación del trabajador en el mismo lugar de trabajo. Dicha formación es realizada por un preparador laboral, sin que ello represente compromiso alguno para la Empresa contratante u ofertante de empleo.
- Un seguimiento en el que se evalúa el rendimiento y la calidad de trabajo que realiza el trabajador.

Y las empresas, por su parte, se deben comprometer a:

- Ofrecer un puesto de trabajo para una persona con síndrome de Down.
- Especificar los trabajos que ha de realizar la persona que va a ser contratada.
- Facilitar la labor del preparador laboral durante el período de aprendizaje.
- Contratar a la persona que se ha estado preparando en la empresa, tan pronto como se comprueba que su grado de eficacia y autonomía dentro de la empresa son los adecuados

Así como para el resto de las personas, el trabajo para una persona con Síndrome de Down representa un elemento básico de la vida individual y

social, el cual le puede otorgar la oportunidad de alcanzar su autonomía en determinado momento. Cuando esto sucede, es entonces que puede hablarse de normalización y inserción laboral plena (Muntaner, 2001).

De esta manera, el término de integración laboral hace referencia a la no segregación, no discriminación, no marginación y no exclusión. Por lo que al momento en el que se integra a una persona con Síndrome de Down al campo laboral, significa que no está siendo marginado, lo cual da pie a que no se tome en cuenta la frase de que al no ser productivos no son rentables. De tal forma que la raíz de la exclusión no radica en las capacidades de la persona para el trabajo y de su productividad, sino en la persona que los emplee (Galcerán, 2003).

CAPITULO 4 MÉTODO

Participantes

Se encuestó a 20 personas dueños de negocios en el Municipio de Cuautitlán Izcalli; sus edades oscilaban entre los 23 y 75 años de edad: sus negocios fueron microempresas (ferretería, papelería, tienda de ropa y regalos, cocina económica, internet, jarciería, tienda de productos de limpieza, etc.).

Escenario

Se encuestó a los participantes en cada uno de sus negocios, cada uno disponía de un lugar para sentarse y otro para recargarse (un escritorio, el mostrador, una barra o una mesa). La mayoría de los negocios estaban bien iluminados y ventilados.

Materiales

Los materiales utilizados fueron lápices, plumas y los cuestionarios impresos.

Instrumento.

El instrumento utilizado fue un cuestionario de 18 reactivos (Anexo 1), a través del cual se cuestionaba a los participantes sobre sus conocimientos y la opinión que tienen acerca de la inserción laboral de las personas con Síndrome de Down, sus características básicas y las expectativas que tienen de este tipo de personas, es decir si las personas con este síndrome pueden trabajar, las habilidades que deben tener y si los dueños de los negocios les darían trabajo, así como si consideran que pueden lograr su independencia económica y laboral.

Procedimiento

Se elaboró un cuestionario con 18 reactivos, con el fin de conocer la opinión que tienen los dueños de las microempresas sobre la inserción laboral de las personas con Síndrome de Down. Se eligieron negocios al azar de un municipio, posteriormente se les entregó el cuestionario, explicándoles en qué consistía y el objetivo de la investigación. El tiempo para contestarlo fue ilimitado. Al terminar se les agradeció su tiempo y cooperación.

Al término de la aplicación de dichos cuestionarios, se procedió a un análisis de los resultados, con el fin de identificar la opinión que tienen los microempresarios acerca de la inserción laboral y así identificar las habilidades sociales que son necesarias para que las personas con Síndrome de Down puedan ser empleadas en un negocio así.

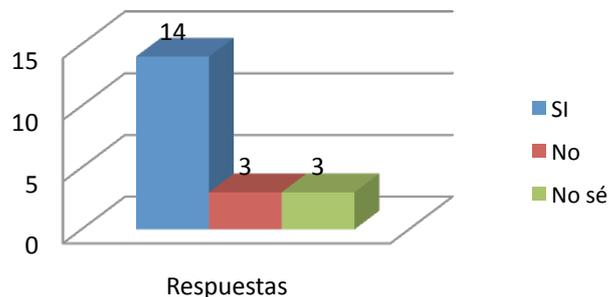
RESULTADOS

Resultados cuantitativos.

Los resultados obtenidos mostraron que de las 20 personas encuestadas, 13 pertenecían al sexo femenino y 7 al sexo masculino. Los rangos de edades oscilaban entre los 23 y 75 años de edad. Entre las microempresas más comunes se encontraron las papelerías, las tiendas de abarrotes, tiendas de ropa y de regalos, cocinas económicas y cafeterías.

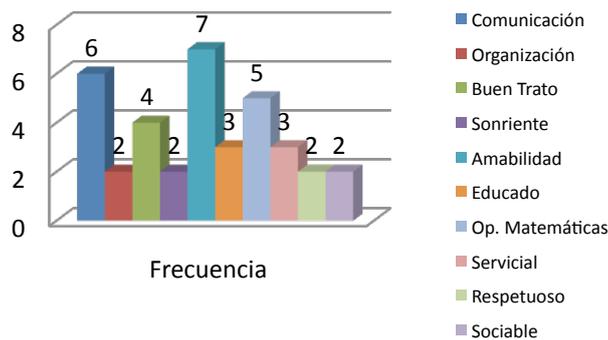
A continuación, de manera gráfica, se detallan los resultados de las preguntas que más datos aportaron a la investigación

Gráfica 1 ¿Cree usted que las personas con Síndrome de Down pueden trabajar en un establecimiento como éste? ¿Por qué?



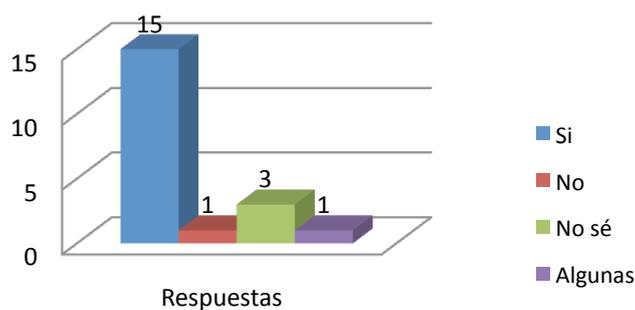
En esta gráfica se aprecia que 14 de las 20 personas entrevistadas, creen que las personas con Síndrome de Down sí pueden laborar en establecimientos de este tipo, 3 creen que no y otras 3 no lo saben. En cuanto a los por qué de esta pregunta, las personas mencionaron que no podrían laborar debido a que la maquinaria utilizada en el establecimiento era peligrosa y que básicamente lo veían por su seguridad, por su parte, las personas que dijeron que no sabían, mencionaron que esto dependería de las habilidades de la persona a contratar.

Gráfica 2 ¿Qué tipo de habilidades sociales considera que debe tener una persona para poder laborar en su negocio?



En esta pregunta se obtuvieron numerosas respuestas, sin embargo, la amabilidad fue una de las respuestas que más frecuencia tuvo, ya que 7 personas la mencionaron como una de las más importantes para poder laborar en el establecimiento, así como la comunicación, con 6 menciones. Es importante recalcar que 5 personas de las 20 entrevistadas mencionaron como habilidad social el tener conocimientos de las operaciones matemáticas básicas, tales como la suma, resta, multiplicación y división.

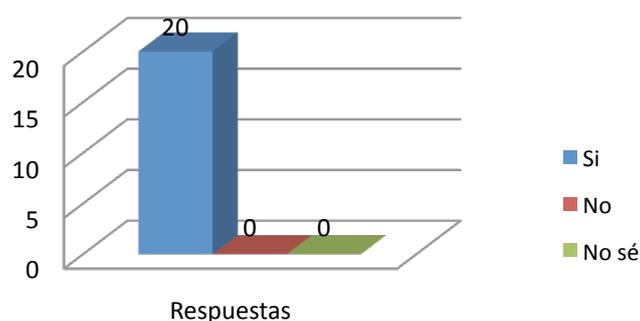
Gráfica 3 ¿Considera usted que las personas con Síndrome de Down poseen las habilidades sociales necesarias para trabajar en un negocio como el suyo? ¿Por qué?



En esta pregunta, las personas que hacen referencia a que sólo algunas personas podrían laborar en un negocio como el suyo, consideran que esto se debe al tipo de retraso que presentan y al tipo de educación obtenida previamente. La persona que dijo que no podrían laborar menciona que esto es debido a la maquinaria que se utiliza en su negocio, como la rebanadora y

los cuchillos, por su parte, la persona que menciona no saber, lo hace por que dice no conocer sus habilidades.

Gráfica 4 ¿Cree que una persona con Síndrome de Down tenga la capacidad de aprender habilidades sociales? ¿Cuáles?



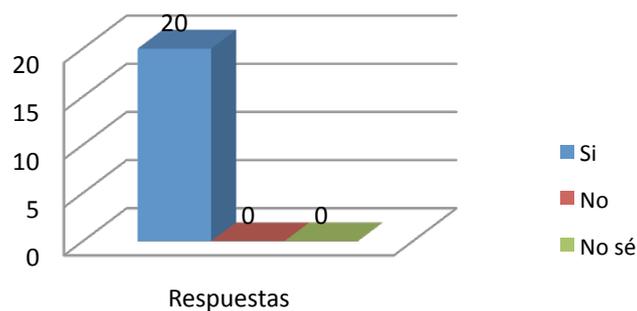
Como se puede observar en esta pregunta las 20 personas entrevistadas consideran que la población con Síndrome de Down sí puede aprender las habilidades sociales, entre las habilidades que la mayoría de la gente considera que se pueden aprender están la comunicación, el trato con los clientes, la amabilidad y el saludo/despedita, entre las menos mencionadas, se encuentran el respeto, la educación y el relacionarse con las personas.

Tabla 1 ¿De qué manera le enseñaría a una persona con Síndrome de Down a adquirir las habilidades sociales que se necesitan para trabajar en su negocio?

TÉCNICA DE ENTRENAMIENTO	FRECUENCIA
Ejemplo	7
Paciencia	6
Explicación	5
Observación	4
Práctica	3
Capacitación	2
Constancia	2
Otras*	1

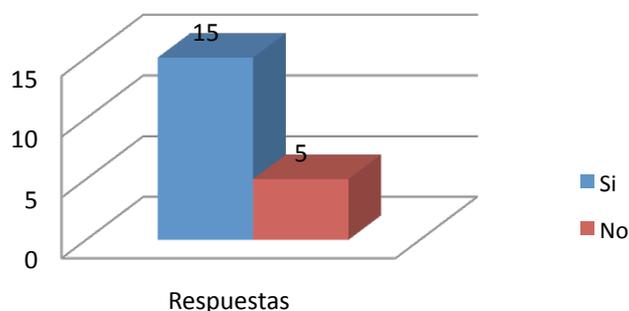
Nota: (*) Entre estas respuestas se encuentran las "dinámicas que supongan posibles eventos", "dedicación", "entrenamiento", "amor" y "entusiasmo", las cuales tuvieron la frecuencia de una nominación.

Gráfica 5 ¿Cree usted que una persona con Síndrome de Down, al tener un buen repertorio de habilidades sociales, pueda desenvolverse de mejor manera en el ámbito laboral? ¿Por qué?



Al igual que en la gráfica pasada, los 20 entrevistados consideran que esto es cierto, entre las causas de sus respuestas, se encuentra con mayor frecuencia la mención a que de esta manera las personas podrían notar que son capaces para desenvolverse, por otro lado, algunas personas consideran que de esta manera serían más útiles y por último se menciona que son de ante mano personas inteligentes y capaces.

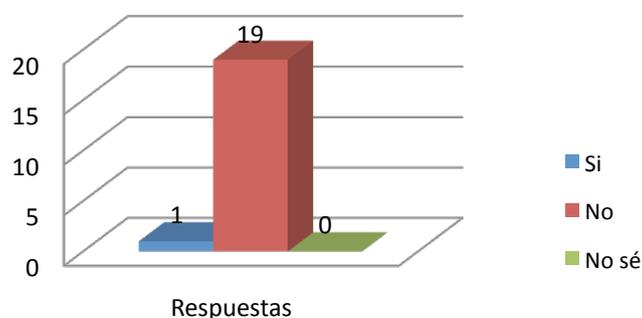
Gráfica 6 ¿Usted emplearía a una persona con Síndrome de Down? ¿Cuánto le pagaría? ¿Por qué?



Como se puede apreciar en la gráfica, en esta pregunta, 15 de las personas entrevistadas si contrataría a personas con Síndrome de Down, la mayoría de

la gente pagaría salarios mínimos, sin embargo, hubo personas que pagarían el doble del salario mínimo, algunas otras pagarían la mitad y algunas más pagarían menos del salario mínimo, entre los motivos de sus respuestas, se encuentra el que estas personas realizarían menos actividades que el resto de los trabajadores. Por otra parte, 5 de las 20 personas mencionaron que no le darían trabajo a una persona con Síndrome de Down, ya que son personas complicadas, no solicitan gente por el momento, se necesita gente más hábil o simplemente por seguridad.

Gráfica 7 ¿Cree usted que habría inconvenientes porqué una persona con Síndrome de Down labore en su negocio?



Como se puede ver en la gráfica, ante esta pregunta sólo 1 persona mencionó que sí habría inconveniente en que una persona con Síndrome de Down trabaje en su negocio, sin embargo no mencionó las razones. Por otra parte, de las 19 personas que mencionaron que no habría inconvenientes, 3 de ellas refirieron que tal vez para algunos clientes sí habría inconvenientes debido al racismo.

Tabla 2 ¿Sabe usted cuáles son las características de una persona con Síndrome de Down? ¿Podría enumerar algunas?

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA
FÍSICAS	
Ojos rasgados	8
Poco ágiles	5
Lengua grande	4
Mala coordinación	3

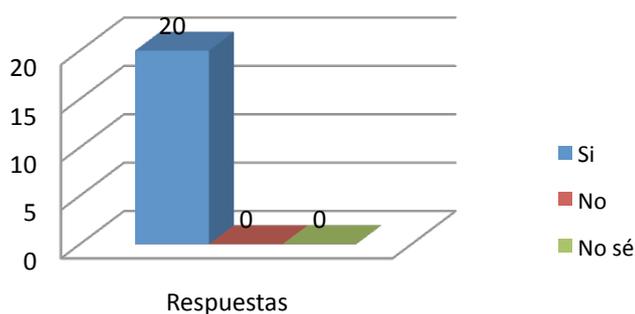
Lentos	3
Gorditos	3
Chaparritos	2
Otras*	1
PSICÓLOGICAS	
Sensibles	2
Otras**	1
COGNITIVAS	
Lenguaje	3
Otras***	1

Nota: (*) Entre estas respuestas se encuentran los “problemas del corazón”, “cara chistosa”, “deformidad”, “sonrisa bonita”, “falta de desarrollo”, “manos cortas y gordas” y “falta de equilibrio”, las cuales tuvieron la frecuencia de una nominación.

(**) Entre estas respuestas se encuentran el que son “dependientes”, “nerviosos”, “tímidos”, “indecisos”, “perceptivos”, “amables”, “cariñosos”, “inocentes” y “sinceros”, las cuales tuvieron la frecuencia de una nominación.

(***) Entre estas respuestas se encuentran el que son “bien entendidos”, que su “aprendizaje es menor” y que tienen “poco razonamiento”, las cuales tuvieron la frecuencia de una nominación.

Gráfica 8 ¿Está usted de acuerdo en que las personas con Síndrome de Down trabajen? ¿Por qué?



Ante esta pregunta, las 20 personas entrevistadas están de acuerdo en que la gente con Síndrome de Down labore, entre los por qué de sus respuestas, se pudieron observar diferentes puntos de vista, algunos de ellos mencionan que tienen que trabajar por derecho, otros mencionan que deben laborar

porque son humanos, por otra parte, mencionan que están de acuerdo ya que de esta manera podrán desarrollarse e integrarse a la sociedad, que de esta manera tendrían una vida útil o porque todos los seres humanos necesitan dinero para vivir y así cubrir sus necesidades, sin embargo, la mayoría de las personas contestó que de esta manera serían más independientes.

Resultados cualitativos.

Los resultados que se obtuvieron a partir de la aplicación de los cuestionarios fueron generalmente positivos, ya que la mayoría de las personas encuestadas mostraron buena disposición para responder el cuestionario. Solo tres personas se opusieron; una de ellas manifestó falta de tiempo, una más mencionó tener mucho trabajo y la última mencionó no tener las capacidades para contestar el cuestionario. Así que se seleccionó otro negocio para continuar con el procedimiento.

Durante la aplicación del cuestionario se pudo observar que la gran mayoría de las personas desconoce que son las habilidades sociales, por lo que se les tuvo que dar una breve explicación del término. Ante esta explicación, gran parte de las personas entrevistadas consideró que las habilidades sociales son la manera de relacionarse con los demás, y dentro de esta se encuentra la comunicación, el trato amable hacia el personal, las normas sociales, la ayuda, el saludo y la despedida, el respeto etc.

La mayor parte de las personas encuestadas sí emplearía a una persona con Síndrome de Down. Cuando se les preguntó qué actividades creían que podría realizar la persona con Síndrome de Down, mencionaron actividades tales como despachar, cobrar, vender, limpiar, acomodar, servir (en el caso de las cafeterías y cocinas económicas) o actividades como cortar listones, contar estampas, sacar copias, etc., si se trataba de papelerías. En el caso de las tiendas de abarrotes el pesar croquetas y en las tiendas de regalos y ropa el envolver regalos o adornar productos. Por otro lado, cuando se les planteó la pregunta acerca de las actividades que lo pondría a realizar, las

respuestas cambiaron, ya que no se consideraron actividades tales como vender o cobrar, sin embargo la frecuencia de las actividades de limpieza y acomodo aumentaron.

De acuerdo con las personas entrevistadas, la mayoría de ellas considera que una persona con Síndrome de Down si podría tener un negocio independiente, sin embargo mencionan que esto debería ser con ayuda y supervisión constante, también mencionan que para que pudieran establecer un negocio propio necesitarían un entrenamiento previo y que la persona que los vaya a ayudar tenga en cuenta sus habilidades. Por su parte, las personas que no creen que sean capaces de poner un negocio propio manifiestan que esto se debe a que no tiene la capacidad para realizar ciertas actividades, que tienen muchas limitantes o simplemente no son autosuficientes. En lo que corresponde al logro de independencia económica de las personas con Síndrome de Down, se mencionó que esta independencia no sería completa, ya que una persona con Síndrome de Down, como se comentó anteriormente, no podría hacerse cargo de un negocio por si sólo, esto podría suceder únicamente con la ayuda de otra persona en un inicio o con la condición de que alguien estuviera a cargo junto a él en el negocio.

Por último, es importante mencionar que la mayoría de las personas encuestadas, sólo conocen algunas de las características de la gente con Síndrome de Down, siendo en su mayoría características físicas y psicológicas, ya que mencionan que lo saben por las personas que ven en la calle, o por la televisión en programas como “Lo que llamamos las mujeres” y programas de ayuda a estas personas. En cuanto a sus características cognitivas, sólo mencionan que no hablan bien, tienen poco razonamiento y que su nivel de aprendizaje es menor que el de los demás.

CAPÍTULO 5 PROPUESTA

De acuerdo con los resultados obtenidos por medio del instrumento, se encontró, que la gran mayoría de las personas no tiene conocimientos acerca de lo que son las habilidades sociales y la importancias de estas dentro de los contextos sociales, así como de las características cognitivas de las personas con Síndrome de Down.

Debido a esto, y a que el instrumento fue diseñado y aplicado a personas que fueran propietarias de una microempresa; se propone llevar a cabo un programa de difusión, en el cual se aborden temas de introducción al Síndrome de Down, tales como ¿qué es? y ¿por qué se da? las características físicas, psicológicas y cognitivas de las personas; la importancia de las habilidades sociales dentro de cualquier contexto social, cómo lo son la escuela y el trabajo; las actividades que pueden realizar éstas personas dentro de los establecimientos y los beneficios que se podrían alcanzar tanto para los empleadores como para las personas con Síndrome de Down.

Ante esto, se plantea que esta difusión se lleve a cabo por medio de un tríptico (ver Anexo 2) con la información antes mencionada, el cual se repartirá en cada una de las microempresas visitadas para la investigación en un principio. Se recurre a esta propuesta del tríptico, debido a lo complicado que sería organizar un taller para los dueños de los establecimientos, ya que, es difícil adecuarse a cada uno de los horarios de las personas que las atienden.

El tríptico será entregado al dueño del negocio y se le dará una breve explicación sobre lo que éste contiene, también se le brindará la aclaración de las dudas que se presenten cuando el encargado este leyendo el tríptico, con el fin de que la información que obtengan sea adecuada y clara.

El objetivo de dicho programa de difusión consiste en transmitir mediante la utilización de un tríptico, información general acerca del Síndrome de Down, y

sobre todo la importancia que tienen las habilidades sociales para la inserción laboral, no sólo de estas personas, sino de la población en general, así como de las ventajas que se derivan de la inserción de las personas que presentan dicha discapacidad, con el fin de ampliar el panorama de los microempresarios con relación a este tema.

Después de que las personas obtengan esta información se aplicara una entrevista sobre lo que piensan acerca de la inserción laboral de las personas con Síndrome de Down con el fin de conocer, la forma en que perciben este tema después de estar mejor informados. Esta entrevista contendrá preguntas sobre la posibilidad de integrar a una persona con Síndrome de Down a su negocio y las posibilidades que creen que este tipo de personas tiene en el ambiente laboral así como las expectativas que las personas con Síndrome de Down podrían tener.

La propuesta antes mencionada está dirigida a ahondar en las problemáticas que la presente investigación puso de manifiesto, sin embargo, puede ser utilizada para perseguir objetivos más amplios, ya que la campaña de información propuesta a través del tríptico, puede servir como medio para llegar a sectores más grandes de la sociedad, y con ello, generar el conocimiento en la población acerca de los temas esenciales sobre el Síndrome de Down, para lograr de esta manera una integración social completa de las personas que lo padecen

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

En la actualidad se ha puesto demasiada atención a la problemática que gira en torno al Síndrome de Down. Se han llevado a cabo numerosas investigaciones que, apoyándose en los conocimientos derivados de la genética, han intentado determinar sus causas y sus principales características. En el campo de la educación, se han diseñado programas a partir de los cuales las personas con Síndrome de Down pueden recibir una formación adecuada de acuerdo a sus capacidades. A su vez, la psicología ha aportado también sus conocimientos con el fin de proporcionar herramientas que permitan dar soluciones a la problemática en cuestión, no sólo en el campo terapéutico, también en el ámbito social, poniendo énfasis en las habilidades que permiten la convivencia y las relaciones adecuadas con los integrantes de su entorno.

De esta manera, el estudio realizado en el presente trabajo puso en evidencia, en primer lugar, la falta de información por parte de las personas dueñas de pequeños negocios acerca de las características cognitivas que presentan las personas con Síndrome de Down, así como de las habilidades sociales elementales que les permiten ser parte integral de la sociedad.

Uno de los aspectos que permiten la integración social de las personas con Síndrome de Down lo representa el trabajo, este es un derecho del que cualquier ciudadano debe gozar, aun cuando estén presentes características que lo hagan diferente a la norma. En este sentido, se han puesto en práctica diversos procedimientos que intentan proporcionar oportunidades de trabajo a las personas con Síndrome de Down, sin embargo, estos cubren únicamente a un sector pequeño de la población que presenta dicha discapacidad, se debe tener en cuenta que son las empresas grandes las que se han preocupado por implementar tales estrategias. En los pequeños negocios, como tiendas de abarrotes, papelerías, ferreterías, etc., es difícil encontrar a personas con Síndrome de Down laborando, esto debido

principalmente al poco conocimiento que tienen los dueños de dichos negocios en torno a él.

De acuerdo con el contenido de los resultados proporcionados por la presente investigación, es importante recalcar el hecho de que gran parte de los dueños de pequeños negocios se muestran dispuestos a emplear a personas con Síndrome de Down, reconocen que son personas capaces de aprender las destrezas necesarias para desempeñar un buen trabajo dentro de sus establecimientos, sin embargo, aún con estas consideraciones, se pudo observar que tienen sus reservas, por lo que los pondrían a realizar tareas básicamente de limpieza del lugar y orden, lo cual concuerda con el planteamiento de Perera (1997), en el cual dice que en el momento en el que se establecen puestos de trabajo no rentables y poco competitivos dentro de la organización, sería como no considerar a la persona con discapacidad como trabajador con sus derechos y obligaciones (Perera, 1997).

De acuerdo con lo anterior, se siguen desconociendo las razones del porque siguen sin contratarse con mayor frecuencia a las personas con discapacidad, como menciona Galcerán (2003), el término de integración laboral hace referencia a la no segregación, la no discriminación, la no marginación y la no exclusión. Por lo que al momento en el que se integra a una persona con Síndrome de Down al campo laboral, significa que no está siendo marginado, lo cual da pie a que no se tome en cuenta la frase de que al no ser productivos no son rentables. De tal forma que la raíz de la exclusión no radica en las capacidades de la persona para el trabajo y de su productividad, sino en la persona que los emplee.

Por lo tanto, aun con la apertura y la promoción que los medios de comunicación y las instituciones de salud han llevado a cabo para cambiar la percepción de la población en torno al Síndrome de Down, hace falta un mayor esfuerzo para lograr una verdadera inserción social, y con ello laboral, de estas personas. Debido a que el valor social que se le concede al trabajo actualmente no tiene que ver sólo con una actividad física o intelectual, sino que representa también un generador de riqueza social, se entiende, en

nuestro contexto social, que vale la pena quien produce. En otras palabras, es persona social quien potencialmente puede generar riquezas o ya las produjo, y genera riqueza no sólo la persona que aporta recursos materiales, sino todo aquel que socialmente desempeña una función de interés común (Blanco, 2007).

Así, se plantea la posibilidad de continuar realizando estudios que permitan dar cuenta de la percepción que tiene la gente acerca del Síndrome de Down, y específicamente, acerca de la posibilidad de la inserción laboral de las personas que lo padecen, todo ello con el fin de crear métodos, a partir de un trabajo multidisciplinario, que lleven a su inserción total en el plano social. Sin dejar de tomar en cuenta que para esto, los contenidos de la enseñanza debe priorizar las necesidades y experiencias de los niños con Síndrome de Down, focalizando las habilidades de comunicación, habilidades sociales, de cuidado propio, de desarrollo motor, de responder exitosamente al medio ambiente, así como de fortalecer sus experiencias perceptivas, habilidades académicas y de la vida diaria. Y ya como adultos, poseer las habilidades necesarias para vivir en comunidad, entrenamiento vocacional y en el empleo. Para lograr un bienestar y una vida adulta y plena, así como una independencia económica en la medida de sus posibilidades.

REFERENCIAS

1. AARM. (2000). Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid, Alianza.
2. Ahumada, E., Gómez, I y Moller, C. (2004). Desarrollo de habilidades sociales un camino a la integración social de los niños con síndrome de Down del colegio especial alameda de la comuna de estación central. Publicación de la escuela Santo Tomas. Santiago de Chile. <http://www.fnd.cl/TESIS%202004.doc>
3. Alcaraz, C. (2001). Entrenamiento de habilidades sociales a través del video como alternativa para padres y madres de niños y niñas con Síndrome de Down. México, UNAM FES Iztacala.
4. Almudena, R.; Jiménez, R.; Martínez, E.; Ordoño, J. Y Ortega, P. (2001). Iguales pero diferentes: un modelo de integración en el tiempo libre. Madrid, Editorial Popular.
5. Álvarez, J. (1996). Las Relaciones Humanas. México, Jus.
6. Arranz, P. (2002). Niños y jóvenes con Síndrome de Down. España, Egido.
7. Blanco, A. (2007, septiembre). Integración laboral de jóvenes con síndrome de Down (56 párrafos). Capital Humano: Revista para la integración y desarrollo de los recursos humanos 20, 216 (En Red). Disponible en: <http://www.revistadecomunicacion.es/asp?idEjem=1580>
8. Caballo, V. (2005). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid, Siglo XXI.
9. Candell, I. (2000). Programa de atención temprana. Intervención en niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo. Madrid, Ciencias de la educación preescolar y especial.
10. Castanedo, L. (1999). Deficiencia mental. Aspectos teóricos y tratamientos. Madrid, CCS.
11. Cuilleret, M. (1993). Los trisómicos entre nosotros. No hablemos más de Síndrome de Down. Barcelona, Editorial Masson.

12. Del Prette, Z. (1999). Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación. México, Manual Moderno.
13. Fallen, N. Y McGorven, J. (1978). Niños con Necesidades Especiales. Ohio, Merrill.
14. Fundación Síndrome de Down de Cantabria. Proyecto de Integración Laboral "AVANCE". En: <http://empresas.mundivia.es/downcan/avance.html>
15. Galcerán, G. (2003, enero). El derecho a la integración de las personas con síndrome Down (36 párrafos). Revista Iberoamericana de Educación, 25, 10 (En Red). Disponible en: <http://www.rieoei.org/investigacion.htm>
16. García, C. (1998). Integración sociolaboral del deficiente Psíquico. Salamanca, Amarú.
17. García, S. (1983). El niño con Síndrome de Down. México, Editorial Diana.
18. Gil, F. (1995). Habilidades sociales y salud. Madrid, Biblioteca Eudena.
19. Gil, J. Y León, J. (2000). Habilidades Sociales. Teoría, investigación e Intervención. Madrid, Síntesis.
20. Goldstein, A. (1989). Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza. Barcelona, Martínez Roca.
21. Herrera, L. (2001). Familia y los niños con deficiencia mental. Salamanca. Amarú.
22. <http://www.solociencia.com/medicina/07120101.htm>
23. Jasso, L. (1991). El niño Down. Mitos y realidades. México, Manual Moderno.
24. Jiménez, M. (2000). Las relaciones interpersonales en la infancia. Sus problemas y soluciones. Málaga, Aljibe.
25. Kelly, J. (1996). Entrenamiento en habilidades sociales. Bilbao, Editorial Descole de Brouwer .
26. Lambert, J. (1982). EL Síndrome de Down. Barcelona, Editorial Herder.
27. López, M y Guerrero, J. (2002). Lecturas sobre integración escolar y social. Barcelona, Paidós.
28. Martínez, A. (2000) Desarrollo de habilidades sociales. Bilbao, Mensajero.

29. Michelson, L. (1987). Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento. Barcelona, Martínez Roca.
30. Muntaner, J. (1998). La sociedad ante el deficiente mental. Normalización, integración educativa, inserción social y laboral. Madrid, Narcea S. A. De Ediciones.
31. Muntaner, J. (2001). La persona con retraso mental. Bases para su inclusión social y educativa: Guía para padres y educadores. Malaga, Aljibe.
32. Ortega, T. (1997). El síndrome de Down: guía para padres, maestros y médicos. México, Trillas.
33. Pérez, I. (2000). Habilidades sociales: Educar hacia la autorregulación: conceptualización, evaluación e intervención. Barcelona, Horsori.
34. Pueschel, S. (2002). Síndrome de Down: hacia un futuro mejor. Guía para los padres. España, Maseon.
35. Rodríguez, M.; Gruapera, J. Y Ruíz, L. (2002, noviembre). Aplicabilidad del Test MABC en escolares con Síndrome de Down (36 párrafos). Revista internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 2, 7 (En Red). Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista7/MABC.html>
36. Rogers, P. y Coleman, M. (1994) Atención médica en el Síndrome de Down: Un planteamiento de medicina preventiva. Barcelona, Fundación Catalana Síndrome de Down.
37. Romero, R. Y Lauretti, P. (2006, marzo). Integración de las personas con discapacidad en Latinoamérica (48 párrafos). EDUGERE – Investigación Arbitrada, 10, 33 (En red). Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/educere/vol10num33/articulo18.pdf>
38. Rondal, J.; Perera, J y Nadel, L. (1997). Integración social y laboral de las personas con Síndrome de Down (70 párrafos). Revista Síndrome de Down, perspectivas psicológica, psicobiológica y socio educacional, 5, 5 (En Red). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extaut?codigo=307464>
39. Rondal, J.; Perera, J. Y Nadel, L. (2000). Síndrome de Down: Revisión de los últimos conocimientos. España, Espasa.

40. Segura, M. (2002). Ser personas y relacionarse: Habilidades cognitivas, sociales y crecimiento moral. Madrid, Secretaría General de Educación.
41. Serés, A.; Cuatrecasas, E. y Catalá, V. (2005). Genética, diagnóstico prenatal y consejo genético. En: Corretger, J.; Serés, A.; Casaldáliga, J. y Frías, K. Síndrome de Down: Aspectos médicos actuales. Barcelona, Masson.
42. Shaffer, D. (2000). Psicología del desarrollo: infancia y Adolescencia. México, Thomson.
43. Soto, P.; Pulido, L.; Galeote, M.; Serrano, A.; Rey, R. Y Martínez, P. (2006). Un nuevo instrumento para evaluar el desarrollo comunicativo y lingüístico de niños con Síndrome de Down (57 párrafos). Revista Fundación Down Cantabria, 88 (En red).
<http://www.downcantabria.com/revistapdf/88/galeote.pdf>
44. Stratford, B. (1989). Síndrome de Down. Pasado, presente y futuro. México, Editorial división.
45. Tortosa, A. y Arándiga (1996). Las habilidades sociales en la escuela: una propuesta curricular. Madrid, EOS.
46. Troncoso, M. (2008, febrero). El papel de la familia en la educación de las personas con Síndrome de Down (62 párrafos). Revista Fundación Síndrome de Down Cantabria 24, 4 (En Red). Disponible en:
<http://www.downcantabria.com/revista02.htm>
47. Verdugo, M. (1997). PHS. Programa de habilidades sociales; Programas conductuales alternativos. Salamanca, Amaru.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____

Tipo de establecimiento _____

Por favor responda con toda la honestidad posible las preguntas que se presentaran a continuación, los datos que proporcione son confidenciales y para fines estadísticos. El objetivo de esta entrevista es conocer la opinión que tiene de la inserción laboral de las personas con Síndrome de Down.

1. ¿Qué tipo de destrezas considera que son necesarias para que una persona pueda laborar en su negocio (hacer cuentas, despachar los productos, etc.)?
2. ¿Cree usted que las personas con Síndrome de Down pueden trabajar en un establecimiento como éste? ¿Por qué?
3. ¿Usted qué entiende por habilidades sociales?
4. ¿Qué tipo de habilidades sociales conoce?
5. ¿Qué tipo de habilidades sociales considera que debe tener una persona para poder laborar en su negocio?
6. ¿Considera usted que las personas con Síndrome de Down poseen las habilidades sociales necesarias para trabajar en un negocio como el suyo? ¿Por qué?
7. ¿Cree que una persona con Síndrome de Down tenga la capacidad de aprender habilidades sociales? ¿Cuáles?
8. ¿De que manera le enseñaría a una persona con Síndrome de Down a adquirir las habilidades sociales que se necesitan para trabajar en su negocio?

9. ¿Cree usted que una persona con Síndrome de Down, al tener un buen repertorio de habilidades sociales, pueda desenvolverse de mejor manera en el ámbito laboral? ¿Por qué?
10. ¿Qué tipo de actividades cree usted que podría realizar?
11. ¿Qué tipo de actividades lo pondría a realizar dentro de su negocio?
12. ¿Usted emplearía a una persona con Síndrome de Down? ¿Cuánto le pagaría? ¿Por qué?
13. ¿Cuál es el salario que reciben los otros empleados?
14. ¿Considera usted que una persona con Síndrome de Down pueda operar el tipo de maquinaria que utiliza usted en su negocio?
15. ¿Cree usted que habría inconvenientes porque una persona con Síndrome de Down labore en su negocio?
16. ¿Considera usted que una persona con Síndrome de Down puede tener un negocio independiente? ¿Por qué?
17. ¿Sabe usted cuáles son las características de una persona con Síndrome de Down? ¿Podría enumerar algunas?
18. ¿Está usted de acuerdo en que las personas con Síndrome de Down trabajen? ¿Por qué?