



CUVAQH
EDUCAR, RESTAURAR
TRANSFORMAR

**CENTRO UNIVERSITARIO VASCO DE QUIROGA
DE HUEJUTLA, A.C**

**INCORPORADA A LA UNAM CLAVE: 8895-25
AV. JUÁREZ # 73, COL. JUREZ, HUEJUTLA, HIDALGO**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

**“LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN INFANTES
CON SÍNDROME DE DOWN”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

LUZ MARÍA ÁNGELES VITE

KARLA JUDITH GONZÁLEZ SALVADOR

GENERACIÓN 2014 – 2018

HUEJUTLA, HIDALGO.

NOVIEMBRE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A Dios por haberme permitido llegar a este día

A mis padres, Nazario Ángeles Nava y Esther Vite Rojo
por el amor, cariño y apoyo que me han brindado.

A mis hermanos, Augusto y Herlindo por su comprensión y apoyo incondicional.

A Fernando, con amor, respeto y admiración. La ayuda que me has brindado ha sido sumamente importante, siempre fuiste muy motivador y esperanzador, me decías que lo lograría perfectamente.

A Karla por su amistad desinteresada y sincera.

Al Centro Universitario "Vasco de Quiroga" en especial a la facultad de psicología y los psicólogos que contribuyeron a mi formación profesional y transmitieron en mi los conocimientos pero sobre todo el amor a mi carrera.

Luz María Ángeles Vite

DEDICATORIAS

Dedico esta investigación a mi familia especialmente a mi mamá Gaudé Salvador quien me ha apoyado para concluir el nivel superior y forjado a ser la persona que soy.

A mi esposo Víctor Velázquez por estar incondicionalmente conmigo y por amarme tanto.

A mi hijo Víctor Emir que a pesar de ser tan pequeño me dio la motivación necesaria para concluir con la tesis.

A mi suegra María del Carmen que fue de gran ayuda para asistir a las citas de trabajo.

A mi amiga Luz Ángeles por su valiosa amistad

Finalmente, dedico mi investigación a mi asesora de tesis Ana Isabel Terán Ponce y lectora Marlene Redondo que sin ellas esto no hubiera sido posible.

Karla Judith González Salvador

RESUMEN

La presente investigación, tiene como objetivo descubrir si la estimulación temprana beneficia a los infantes con síndrome de Down de una edad de 4 a 7 años en el área del lenguaje. Fundamentándose principalmente en la teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget, Arnold Gesell y en la teoría del desarrollo de Lev Vygotsky, para llegar al resultado se aplicaron instrumentos como son la encuesta a padres y entrevista a padres y expertos, estas herramientas arrojaron datos e información válida, llegando a la conclusión que la estimulación temprana si es quien determina el avance del lenguaje en lo niños con síndrome de Down.

Palabras claves: Estimulación temprana, Lenguaje, Encuesta, Entrevista, Desarrollo cognitivo, Jean Piaget, Arnold Gesell, Lev Vygotsky, Síndrome de Down.

ABSTRACT

The present investigation, aims to discover if early stimulation benefits infants with Down syndrome from an age of 4 to 7 years in the area of language. Based mainly on the theory of cognitive development of Jean Piaget, Arnold Gesell and on the theory of development of Lev Vygotsky, to reach the result instruments such as the survey of parents and interview of parents and experts were applied, these tools yielded data and information valid, concluding that early stimulation is the one who determines the progress of language in children with Down syndrome.

Keywords: Early stimulation, Language, Survey, Interview, Cognitive development, Jean Piaget, Arnold Gesell, Lev Vygotsky, Down syndrome.

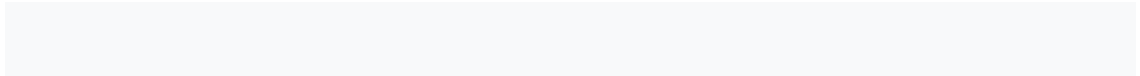
INTRODUCCIÓN

El desarrollo Infantil es un proceso dinámico, sumamente complejo, en el que el niño crece y evoluciona a todos los niveles. Los primeros años de vida constituyen una etapa especialmente importante, en ellos se desarrollarán las principales habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales del niño, que constituirán la base para su posterior desarrollo con ayuda del ambiente y todo lo que le rodea.

La estimulación temprana es una herramienta fundamental para potenciar el desarrollo integral del niño, a través de una serie de técnicas y actividades fundamentadas teórica y científicamente que se aplican de manera sistemática y secuencial. Aunque de hecho la estimulación temprana intenta promover el proceso de humanización, potenciando al máximo los aspectos estructurales del desarrollo: capacidades cognitivas, física, emocional, social, afectiva y lingüística de los infantes.

Es importante dar a conocer que un niño con Síndrome de Down es, ante todo, una persona con toda una vida por delante, la responsabilidad de los padres, de la comunidad en la que habitan, de los estados, consiste en facilitarles un entorno social y adecuado a sus demandas. Y es que no debemos olvidar que el lenguaje es el medio fundamental de la comunicación entre los humanos lo que va a permitir a los niños expresarse, comunicarse y comprender el medio que les rodea. Esos requerimientos son de pura justicia, apuntan sencillamente a que estas personas consigan, a través de un proceso formativo integrador que los estimule y extraiga de ellos sus mejores cualidades.

En la siguiente investigación se analiza la información recolectada y obtenida a través de teorías de algunos autores e instrumentos de evaluación para obtener una mayor comprensión del beneficio de la estimulación temprana en infantes con Síndrome de Down en el área el lenguaje y de esta manera ratificar la participación integral de las personas encargadas en el cuidado del niño en los diferentes ambientes así como la importancia de recibir estimulación mejorando aspectos importantes en el pequeño.



DICTAMEN

Nombre de la tesista: Luz María Ángeles Vite
Karla Judith González Salvador

Título de la investigación: “La estimulación temprana en infantes
con Síndrome de Down”

Título a recibir: Licenciatura

Nombre de la Licenciatura: Psicología

Fecha: Huejutla, Hgo; 28 de noviembre de 2019

La que afirma Lic. Ana Isabel Terán Ponce, acredita por el Centro Universitario “Vasco de Quiroga” de Huejutla, como asesora de tesis de licenciatura, hace constar que el trabajo de tesis aquí mencionado cumple con los requisitos establecidos por la División de Estudios e Investigación, para tener opción al título de licenciatura y se autoriza su impresión.

ATENTAMENTE

LIC. EN PSIC. ANA ISABEL TERÁN PONCE

ÍNDICE

PORTADILLA

DEDICATORIAS

DICTAMEN

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES	2
1.2 JUSTIFICACIÓN	5
1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.4 OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES.....	7
1.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.6 INTERROGANTE DE LA INVESTIGACIÓN.....	8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 INFANCIA.....	10
2.1.1 ETAPAS DE LA INFANCIA	10
2.1.2 SOCIABILIDAD CON OTROS NIÑOS	14
2.1.3 TEORÍAS DEL DESARROLLO	15
2.1.4 ENFOQUE PIAGETANO: ETAPA PREOPERACIONAL	18
2.2 ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	19

2.2.1 PRINCIPALES ÁMBITOS DE ACTUACIÓN.....	20
2.2.2 ÁREAS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA: DESARROLLO MOTRIZ, COGNITIVO, EMOCIONAL Y SOCIAL.....	22
2.2.3 BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	25
2.2.4 PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN EN MÉXICO.....	27
2.3 LENGUAJE.....	28
2.3.1 SECUENCIA DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE INICIAL.....	28
2.3.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE.....	32
2.3.3 MECANISMOS PARA LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE.....	33
2.3.4 ENFOQUE PIAGETANO: LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE.....	34
2.4 HISTORIA DEL SÍNDROME DE DOWN.....	36
2.4.1 EL SÍNDROME DE DOWN.....	37
2.4.2 TIPOS DE ALTERACIONES CROMOSÓMICAS EN EL SÍNDROME DE DOWN	38
2.4.3 CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE DOWN.....	41
2.4.4 TEORÍAS DEL DESARROLLO INFANTIL Y EDUCACIÓN ESPECIAL.....	44
2.4.5 NECESIDADES DE APRENDIZAJE DE UN NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN	45

CAPÍTULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 HIPÓTESIS.....	48
3.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	48
3.3 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA.....	49
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	51

3.6 CRONOGRAMA.....	52
---------------------	----

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 TABLAS Y GRÁFICAS DE RESULTADOS REPRESENTATIVOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A PADRES DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE HUEJUTLA HIDALGO (CRIRH).	54
4.2 DISTRUBUCIÓN DE FRECUENCIAS.....	92
4.3 CORRELACION DE PEARSON.....	93
4.4 DIAGRAMA DE DISPERSIÓN	94
4.5 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS ENTREVISTAS A PADRES Y EXPERTOS	95
4.6 VALIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS	98
4.7 ANALISIS CRÍTICO: TRIANGULACION DE RESULTADOS	99

CAPÍTULO V: SUGERENCIAS

5.1 SUGERENCIAS	102
-----------------------	-----

ANEXOS

GLOSARIO

BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO I: PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

La palabra síndrome se define en medicina como el conjunto de signos y síntomas que constituyen una enfermedad, independientemente de la causa que lo origina y el término Down, es en honor a quien por primera vez hizo una descripción clínicamente amplia del padecimiento.

En cuanto a Seguin en 1846 atribuye la primera descripción de la entidad, que la designó "Idiocias Furfurásea"; sin embargo, no fue hasta 1866 cuando el médico John Langdon Down describió por primera vez a un grupo de niños que teniendo retraso mental compartían características diferentes a las de otros. Down, que en ese entonces era superintendente de un asilo de niños con retraso mental en la ciudad de Surrey Inglaterra hizo una clara distinción entre los que en esa época se llamaron cretinos (que después se identificó que padecían Hipotiroidismo) y los que él denominó "mongoloides", nombre que uso por el parecido que tenían estos niños con las personas originarias de Mongolia.

El término mongolismo se extendió a lo largo del siglo XX hasta que en los años sesenta, varios científicos a través de la revista *The Lancet*, señalaron que era inadecuado y se propuso, entre otros, el de trisomía del par 21 o síndrome de Down. Ya que este término fue considerado como un insulto étnico que generó gran revuelo en el decenio de 1960, cuando investigadores asiáticos propusieron que el nombre se eliminara por completo como de hecho sucedió quedando en su lugar el síndrome de Down.

Actualmente se entiende como un trastorno genético que implica una combinación de defectos congénitos de un cromosoma de más en el par 21. En otras palabras, las células de las personas con Síndrome de Down no albergan 46 cromosomas (23 pares), como las personas sanas, sino que tienen uno de más, que se localiza en el par 21, por lo que el trastorno también se denomina Trisomía del 3par 21: Entre los que se incluyen cierto grado de retardo mental, rasgos faciales característicos y, a menudo, defectos cardíacos, deficiencia visual y auditiva y otros problemas de salud.

El registro y vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas (RYVEMCE) informó una prevalencia del 11.37 por 10,000 nacimientos, para el periodo 2004-2008 en la población mexicana, por otra parte, obtuvo la información de 21 hospitales de 11 ciudades en el país. El número anual de nacimientos fue de 62,000, que correspondió al 3.5% de todos los nacimientos en México.

La Secretaria de Salud menciona que, a nivel mundial, se estima que la incidencia de este síndrome se encuentra entre 1 de cada mil y 1 de cada mil 100 recién nacidos. Durante 2017, en México nacieron 401 niñas y 339 niños con síndrome de Down.

En diciembre de 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas designó el 21 de marzo como el Día Mundial del Síndrome de Down.

Algunos datos importantes que destacó la organización mundial de la salud fueron que la incidencia del Síndrome Down se sitúa entre uno por cada mil nacimientos a nivel mundial y en México la incidencia es de aproximadamente uno por cada 650 nacimientos, la expectativa de vida es de 50 años, contra 10 años a principios de 1900.

Actualmente en México existe una fundación llamada John Langdon Down; una institución líder en México y en el mundo que brinda atención educativa, médica y psicológica a niños, adolescentes y adultos con síndrome de Down y sus familias. Fue creada en la ciudad de México el tres de abril de 1972 por la maestra Sylvia G. Escamilla, y actualmente es la sede de la escuela mexicana de arte Down y creadora de la cadena de cafeterías "Tres 21 Arte Café.

En el año 2017 se rescataron cifras de la fundación John Langdon Down, resaltó que uno de cada 700 recién nacidos presenta síndrome de Down y de las 150 mil personas con esta condición, sólo 3% accede a una educación con apoyos.

Los infantes que padecen este síndrome, pueden ser beneficiados desde su temprana edad al recibir una estimulación, para un mejor desarrollo cognitivo, físico, emocional, social, afectivo y lingüístico que con el tiempo le ayude a una construcción de crecimiento, formación para la vida, que adquiera conocimientos y habilidades.

La atención temprana no puede ser vista exclusivamente como una vertiente de una rehabilitación, de la intervención Psico-social o de la educación, sino que debe formar parte de un proceso integral que tiene como fin último el desarrollo armónico de los niños integrados en su entorno.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La estimulación temprana en el área lenguaje juega un papel importante, cuanto más pronto se empiece la intervención es mejor, ya que ellos tienen la necesidad de ser enseñados en gran parte de sus adquisiciones a diferencia de otros niños que las aprenden por sí solos. Es imposible predecir la edad exacta a la que se alcanzarán estos logros en el desarrollo. No obstante, los programas de intervención temprana, que comienzan en la infancia, pueden ayudar a estos niños a alcanzar su potencial individual.

La presente investigación tiene como propósito reconocer el beneficio de la estimulación temprana en la etapa de la infancia en el área del lenguaje como una formación adecuada para un infante con síndrome de Down y así puedan brindarle posibilidades mediante técnicas especializadas y adaptadas a sus capacidades, utilizando diferentes instrumentos que ofrece nuestro entorno así como también las herramientas que ofrece las instalaciones del Centro de Rehabilitación Integral Regional – Huejutla Hidalgo, haciendo uso de técnicas y estrategias que el área de psicología y terapia de lenguaje brindan, teniendo así una mejor interiorización de conocimientos para quien desarrolla la presente investigación.

1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En las personas con síndrome de Down se refiere que “una de las áreas más difíciles de rehabilitar es el lenguaje y se hace evidente el déficit lingüístico que abarca un amplio espectro” (Gomez, Arizmendi, & Espinosa, 2013). Es decir que el problema del lenguaje es afectado desde sus distintas áreas que lo componen.

El lenguaje es difícil para los niños con síndrome de Down, y en edad escolar suelen tener otras dificultades como: retrasos y problemas en el lenguaje expresivo, un lenguaje expresivo inferior a su lenguaje receptivo, dificultades con la gramática y las frases de su habla son cortas. Esto ocasiona una preocupación para los padres, cuando no reciben una atención en su problema y no pueden ser incluidos a la sociedad en edad escolar.

Es por ello que desde el momento en que se diagnostica al infante con síndrome de Down, cae la responsabilidad en el profesional debido a que debe de comunicar a la familia cuales son las áreas específicas para estimular en el infante, y así pueda ser mejor su desarrollo en las diferentes áreas.

En el Centro de Rehabilitación Integral Regional - Huejutla Hidalgo (CRIRH) asisten cinco infantes con síndrome de Down con edades de 4 a 7 años quienes los padres están interesados en una rehabilitación para las diferentes áreas del infante, una de ellas es el lenguaje por lo tanto la labor del psicólogo y el terapeuta del lenguaje es verificar la eficacia de la estimulación temprana.

1.4 OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES

Objetivo General.

- Describir el desarrollo en el área del lenguaje en el infante con síndrome de Down moderado en una edad de 4 a 7 años para evidenciar la efectividad de la estimulación temprana.

Objetivos Específicos.

- Observar el proceso de desarrollo del lenguaje por medio de la estimulación temprana en usuarios con síndrome de Down.
- Describir herramientas y técnicas que favorecen una estimulación temprana en el área del lenguaje demandando la situación del infante y el contexto en el que se desenvuelve.
- Describir la importancia del psicólogo en una intervención temprana hacia un infante con Síndrome de Down.

1.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, los niños con síndrome de Down son un foco de interés para la sociedad y principalmente para los profesionistas que abordan estos casos, ya que estos niños no están condenados a un estancamiento intelectual, se puede decir que los límites en el desarrollo no están firmemente establecidos, ya que dependen del tipo de estimulación que su entorno les brinda y como se desenvuelven ante la sociedad.

Generalmente, pueden realizar la mayoría de las actividades que realiza cualquier niño, sin embargo, comienzan a hacerlo más tarde que los demás niños. De una u otra forma puede ser posible un desarrollo del lenguaje para un niño Down. Existen profesionistas que intervienen instruyendo programas de estimulación para el desarrollo del infante, es muy importante considerar la presente investigación para fines de estudio, por lo que se plantea la siguiente interrogante:

1.6 INTERROGANTE DE LA INVESTIGACIÓN

¿De qué manera la estimulación temprana beneficia el desarrollo del lenguaje en infantes con Síndrome de Down de 4 a 7 años de edad que acuden al Centro de Rehabilitación Integral de Huejutla Hidalgo?

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 INFANCIA

De acuerdo con el libro de *la primera infancia y su futuro*, La infancia es: “La etapa evolutiva más importante de los seres humanos, pues las experiencias que los niños viven en estos años son fundamentales para su desarrollo posterior”. (Palacios, 2011)

En el desarrollo físico de los bebés es notorio que, al nacer operan en diversa medida todos los sentidos y sistemas del cuerpo. Se incrementa la complejidad del cerebro, que es muy sensible a las influencias ambientales. En esta etapa se obtiene el rápido crecimiento físico y desarrollo de las destrezas motrices.

Están presentes las capacidades de aprender y recordar incluso en las primeras semanas. Hacia el final del segundo año se desarrolla la capacidad de usar símbolos y de resolver problemas. Se desarrolla rápidamente la comprensión y uso del lenguaje.

En la edad inicial está presente el apego a padres y a otros. Se desarrolla la autoconciencia. Se produce el cambio de la dependencia a la autonomía y aumenta el interés en otros niños. (Papalia, 2012)

2.1.1 ETAPAS DE LA INFANCIA

De acuerdo con lo mencionado en la página de Psicología y mente:

Se considera que la infancia empieza desde el momento de nacer, es probable que en algunos casos comience antes, esto sería en caso de un parto prematuro aunado a esto se desarrollan los primeros aprendizajes, especialmente a través del

oído debido que aún recuerdan sonidos que solían escuchar estando aun en el vientre.
(Psicología, 2012)

- Período neonatal

Esta fase de la infancia se inicia en el nacimiento y finaliza, aproximadamente, al final del primer mes. En el período neonatal los bebés aprenden las principales regularidades del mundo que les rodea y se establece la comunicación más directa con otros seres humanos, si bien aún no se está en condiciones de entender el concepto del "yo" y "tú" ya que aún no se domina el lenguaje.

Además, ya desde los primeros días los bebés muestran una asombrosa facilidad para distinguir fonemas y, de hecho, son capaces de discriminar diferentes idiomas por cómo suenan. Esta es una habilidad que se va perdiendo en los primeros meses de vida.

Por lo que respecta a los cambios físicos, en esta etapa de la infancia se empieza a producir el crecimiento de todo el cuerpo menos de la cabeza. Además, en esta fase se es muy vulnerable, y la muerte súbita es mucha más frecuente en este espacio de tiempo.

- Período posneonatal o lactante

Esta sigue siendo una de las etapas de la infancia más tempranas, pero en este caso, a diferencia de la etapa anterior, los cambios físicos y psicológicos son más fáciles de notar, dado que hay más cambios cualitativos en el comportamiento.

En la etapa lactante se empieza a desarrollar una musculatura suficiente para mantener una postura erguida y, además, hacia los 6 meses se empieza a emitir balbuceos y falsas palabras. Además, se aprende a coordinar partes del cuerpo para que sea sencillo moverlos a la vez con precisión a esto se le llama desarrollo motor fino.

Por supuesto, la lactancia es un elemento muy importante en esta fase del crecimiento, ya que proporciona tanto alimento como un canal de comunicación con la madre que permite que se estrechen lazos afectivos.

- Período de la primera infancia

La primera infancia va del primer al tercer año de edad, y coincide aproximadamente con la etapa en la que los niños y las niñas asisten a la guardería. Aquí ya se empieza a controlar el uso del lenguaje propiamente dicho, aunque al principio es un lenguaje telegráfico con palabras sueltas y más tarde se gana la capacidad de formular frases simples con incorrecciones como la generalización, por ejemplo, llamar "gato" a un perro.

Por otro lado, en esta fase se empieza a ganar el control de los esfínteres y se muestra una fuerte voluntad de explorar y descubrir cosas; según Jean Piaget, esta curiosidad era justamente, el motor del aprendizaje.

Además, en esta etapa el pensamiento es fundamentalmente egocéntrico en el sentido de que cuesta mucho imaginarse lo que piensan o creen los demás.

En cuanto a los cambios físicos, el tamaño del torso y de las extremidades sigue creciendo, y la diferencia de tamaño entre la cabeza y el resto del cuerpo se reduce, aunque este desarrollo es más lento que en las etapas anteriores.

- Período preescolar

El período preescolar va de los 3 a los 6 años. Esta es la etapa de la infancia en la que se gana la capacidad de la teoría de la mente, es decir, la habilidad de atribuir intenciones, creencias y motivaciones únicas (que sean distintas de las propias) a los demás. Esta nueva capacidad enriquece mucho las relaciones sociales, aunque también permite que la mentira resulte más útil y eficaz como recurso.

Además, aquí su capacidad para pensar en términos abstractos se desarrolla más, en parte por la mielinización de su cerebro y en parte porque empiezan a tratar habitualmente con comunidades amplias que no son únicamente el padre y la madre.

Por un lado, la mielinización hace que más partes del cerebro estén conectadas entre sí, lo cual permite que se creen conceptos más abstractos a partir de la combinación de ideas de muchos tipos, y por el otro el enriquecimiento del tipo de interacciones a las que el niño o niña se somete hace que sus capacidades cognitivas aprendan a desenvolverse en tareas más complejas.

En esta etapa los niños comienzan a negociar y a buscar su propia imagen al igual que comienzan a ajustarse a un comportamiento relacionado a los roles de género, aunque cabe mencionar que en estas edades los menores pasan por diversas emociones frecuentemente.

- Período escolar

El período escolar es la última etapa de la infancia y la que da paso a la adolescencia. Va de los 6 a los 12 años y en esta fase la capacidad de pensar en términos abstractos y matemáticos se desarrolla mucho, aunque no llega a su máximo. Esto es debido a que la mielinización del cerebro sigue su curso (y no se ralentizará hasta la tercera década de vida). Los lóbulos frontales empiezan a estar mejor conectado con otras partes del encéfalo, y esto facilita un mejor dominio de las funciones ejecutivas como la gestión de la atención y la toma de decisiones siguiendo estrategias consistentes.

Además, en la etapa escolar la imagen que se da empieza a tener aún más importancia, y se trata de ganar la amistad de quienes se considera importantes.

El círculo social ajeno a la familia empieza a ser uno de los factores que configuran la identidad de los niños y niñas, y esto hace que las normas familiares empiecen a ser quebrantadas con frecuencia y teniendo consciencia de ello.

2.1.2 SOCIABILIDAD CON OTROS NIÑOS

Los infantes y, aún más, los niños pequeños, muestran interés por la gente externa por su hogar, en particular por la de su tamaño. Durante los primeros meses, miran, sonríen y arrullan a otros bebés.

Entre los seis y doce meses, les sonríen, los tocan, y les balbucean cada vez más, alrededor del año, cuando los principales asuntos de su agenda son aprender a caminar y manipular objetos, los bebés prestan menos atención a otras personas aún que esta etapa no dura mucho. Más o menos entre el año y medio y tres años, los

niños muestran cada vez más interés en lo que hacen los otros niños y una mejor comprensión de cómo tratar con ellos¹. Los niños pequeños aprenden de la imitación mutua, juegos como “sigue al líder” los ayuda a relacionarse con otros niños y preparan el camino para realizar juegos más complejos durante los años preescolares.

La imitación de las acciones del otro da lugar a una comunicación verbal más frecuente como “tú vas a la casita”, “¡no lo hagas!” o “mírame”, lo cual ayuda a los pares a coordinar la actividad conjunta. La actividad cooperativa se desarrolla durante el segundo y tercer año a medida que aumenta la cooperación social, igual que en el caso del hermano el conflicto también puede tener el propósito de ayudar a los niños a aprender como negociar y resolver problemas. Por su puesto, algunos niños son más sociables que otros, lo cual refleja rasgos temperamentales como su estado de ánimo usual, su disposición para aceptar a gente nueva y la capacidad para adaptarse al cambio. La sociabilidad también recibe la influencia de la experiencia; los bebés que pasan tiempo con otros bebés cómo la guardaría son más sociables antes que los niños que permanecen en casa casi todo su tiempo.

2.1.3 TEORÍAS DEL DESARROLLO

En el libro de Niños con síndrome de Down el autor Milagros Díaz Damián describe que las teorías del desarrollo psicológico del niño pueden dividirse en dos grupo: las teorías endógenas, que sitúan el motor del desarrollo dentro del individuo, es decir, que hacen hincapié en la determinación interna de los procesos psíquicos y de las

¹ Papalia, D.E (2012), Psicología del desarrollo, McGraw-Hill Interamericana

teorías exógenas, que sitúan el motor del desarrollo en el ambiente, que recalcan la determinación externa de los procesos psicológicos. (Damián, 2003)

Teoría del desarrollo de Jean Piaget: La investigación teórica y experimental del desarrollo cualitativo de las estructuras intelectuales. El enfoque evolutivo de Piaget se basa en la descripción y el análisis teórico de los estados sucesivos por los que atraviesa el desarrollo psicológico del niño. Así como el dato principal lo constituye la evolución del comportamiento hacia estados cada vez más avanzados.

La teoría cognoscitiva de Piaget se basa en una serie de supuestos que se fundamentan en los principios siguientes: el crecimiento biológico da lugar a los procesos mentales, y son estos la continuación de los procesos motores innatos. No obstante, la adquisición de sistemas cognoscitivos en el ser humano no es exclusivamente social, y tampoco es del todo un resultado de la maduración.

Antes bien esos sistemas se originan a partir de las formas naturales de vida de un individuo. Así, la conducta cognoscitiva humana es resultado, según Piaget, de la interrelación de las cuatro áreas siguientes:

1. Maduración (diferenciación del sistema nervioso)
2. Experiencia (interacción con el mundo físico)
3. Transmisión social (el cuidado y la educación para influir sobre la naturaleza de la experiencia individual).
4. Equilibrio (autorregulación de la adaptación cognoscitiva)

Además, Piaget considera al desarrollo psíquico como un proceso evolutivo inalterable. Dentro de este proceso existe una serie de faces y subfaces conocidos como

estadios, y el estudio de las fases es un instrumento esencial para el análisis de los procesos de desarrollo. Según Piaget, las fases del desarrollo que ha definido son la fase sensoriomotriz, la fase preconceptual, fase operacional formal son una base adecuada para explicar el desarrollo cognoscitivo. Cada fase manifiesta pautas de organización que, dentro de un rango de edad aparecen en una secuencia definida a lo largo del desarrollo. A cada fase le corresponde una capacidad potencial y un nivel de conducta probable. A Piaget le interesa la pauta y el orden de la secuencia, no el análisis cuantitativo del proceso, lo importante para él es el orden de sucesión de las fases. (Piaget e Inhelder, 1960; citados en Damián, 2003)

Teoría del desarrollo de Vygotsky: Vygotsky se concentró en los procesos sociales y culturales que guían el desarrollo cognoscitivo de los niños. Vygotsky veía el crecimiento cognoscitivo como un proceso colaborativo.

Los niños, decía Vygotsky, aprenden en la interacción social. En las actividades compartidas los niños internalizan los modos de pensar y actuar de su sociedad y se apropian de sus usos. Vygotsky recalca que el lenguaje no sólo era una expresión del conocimiento y el pensamiento, sino un medio esencial para aprender y pensar en el mundo. Según Vygotsky, los adultos o compañeros más avanzados deben ayudar a dirigir y organizar el aprendizaje de un niño para que éste pueda dominarlo e internalizarlo.

Esta guía es más eficaz para hacer que los niños crucen la zona de desarrollo próximo, la brecha que hay entre lo que pueden hacer y lo que todavía no están listos para conseguir por ellos mismos, pero que, con la guía adecuada, lograrían. La responsabilidad de dirigir y vigilar el aprendizaje pasa gradualmente al niño. El

andamiaje es el apoyo temporal que padres, maestros y otros dan a un niño para que cumpla su tarea hasta que pueda hacerla solo. La teoría de Vygotsky tiene implicaciones importantes para la educación y las pruebas cognoscitivas. (Papalia D. E., 2012)

La aportación de Vygotsky a la educación especial consiste en una concepción teórica del desarrollo desviado que parte de la esencia cultural y social del desarrollo psíquico humano. En el caso concreto de la estimulación temprana, una contribución muy importante de Vygotsky es el hecho, planteado ya en 1935 y desde una perspectiva psicológica, de la existencia de periodos óptimos para el aprendizaje, es decir, de periodos sensibles al desarrollo. (Damián, 2003)

No obstante, ni Vygotsky ni la escuela cultural-histórica han derivado de esta concepción teórica una tecnología aplicada para el diagnóstico y el tratamiento del retardo. Su contribución práctica consiste en una serie de estrategias de intervención que han dado lugar, junto con otras técnicas de origen diverso a la defectología soviética contemporánea.

2.1.4 ENFOQUE PIAGETANO: ETAPA PREOPERACIONAL

Jean Piaget llamo a la niñez temprana etapa preoperacional del desarrollo cognoscitivo porque en esa etapa los niños todavía no están listos para realizar operaciones mentales lógicas como estarán en la etapa de las operaciones concretas de la niñez media, sin embargo la etapa preoperacional se extiende más o menos de los dos a los siete años. (Papalia D. E., 2012)

Las personas que se encuentran en la fase preoperacional empiezan a ganar la capacidad de ponerse en el lugar de los demás, actuar y jugar siguiendo roles ficticios y utilizar objetos de carácter simbólico. Sin embargo, el egocentrismo sigue estando muy presente en esta fase, lo cual se traduce en serias dificultades para acceder a pensamientos y reflexiones de tipo relativamente abstracto.

Además, en esta etapa aún no se ha ganado la capacidad para manipular información siguiendo las normas de la lógica para extraer conclusiones formalmente válidas, y tampoco se pueden realizar correctamente operaciones mentales complejas típicas de la vida adulta (de ahí el nombre de este período de desarrollo cognitivo). Por eso, el pensamiento mágico basado en asociaciones simples y arbitrarias está muy presente en la manera de interiorizar la información acerca de cómo funciona el mundo.

2.2 ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Se llama Estimulación Temprana a toda aquella actividad de contacto o juego con un bebe o niño que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos, mediante la repetición de diferentes eventos sensoriales que aumenten el control emocional, proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce.

En el libro blanco de la estimulación temprana se define a la **estimulación temprana o atención temprana**, como:

El conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos, (Temprana, 2005).

Es decir que para trabajar con infantes desde el nacimiento debe programarse un grupo de profesionales para la orientación de la estimulación temprana, esta busca estimular al niño de manera oportuna, el objetivo no es desarrollar niños precoces, ni adelantarlos en su desarrollo natural, sino ofrecerle una gama de experiencias que le permitirán formar las bases para la adquisición de futuros aprendizajes.

El principal objetivo consiste en convertir la estimulación en una rutina agradable que vaya estrechando cada vez más la relación madre-hijo, aumentando la calidad de las experiencias vividas y la adquisición de importantes herramientas de desarrollo infantil.

2.2.1 PRINCIPALES ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Centros de desarrollo infantil y atención temprana: Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana son servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0-6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos.

La creación y evolución de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana ha sido paralela a la existencia y orientación de otros servicios e instituciones que desde los ámbitos sanitario, social y educativo en las respectivas comunidades autónomas, han dado y dan respuestas a determinados colectivos o a necesidades

específicas de los mismos. Esta adecuación, y la diversa dependencia administrativa, ha generado diferentes modelos de CDIAT, si bien se mantiene un mismo objetivo: proporcionar la atención que precisan todos los niños que presentan trastornos o disfunciones en su desarrollo sin exclusión en función del origen, tipo y grado de los mismos, o que están en una situación de riesgo biológico, psicológico o social.

Programas dirigidos a familias y futuros padres: Se engloban aquí todas aquellas actividades dirigidas a proporcionar una mejor información y orientación a las familias y sociedad en general con el fin de evitar la aparición de desviaciones del desarrollo normal del niño:

- Programas de información sobre el desarrollo normal del niño a familias y futuros padres en los centros de atención primaria, centros de salud y planificación familiar, centros de servicios sociales, guarderías y escuelas infantiles.

Programas dirigidos a profesionales: Estos programas pretenden ofrecer a aquellos profesionales que están en una situación de privilegio por su relación con los padres una información operativa. El objetivo es que ellos puedan ser los primeros agentes de promoción de la salud y de la educación del niño, así como de detección de posibles alteraciones en el desarrollo normal. Estarán dirigidos a:

- Profesionales de la salud.
- Profesionales de servicios sociales.

- Profesionales de la educación infantil.²

2.2.2 ÁREAS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA: DESARROLLO MOTRIZ, COGNITIVO, EMOCIONAL Y SOCIAL.

Áreas a estimular en el niño (Antolín, M. 2004 citado en Gómez, C. 2014, p. 20-24), fundamenta la importancia en la estimulación temprana el conocimiento de las áreas que se desarrollan en el niño.

Área cognitiva

- La percepción: Estimular la percepción se vincula con la selección y el reconocimiento de formas, colores, tamaños, texturas.
También se relaciona con la posibilidad de analizar y descubrir las relaciones de parte todo en los objetos que rodean al niño.
- La Inteligencia: Para estimular la inteligencia deberán seguirse los postulados piagetianos, mediante experiencias sensoriales y motrices entre los cero y los dos años de vida, luego entre 21 los dos y los seis años, se deberán intensificar las experiencias que le permitan al pequeño representar de algún modo la realidad en la que vive.
- La atención: De forma gradual, el pequeño podrá sostener esta función durante períodos de tiempo más largos; esto posibilitará un importante avance en su capacidad de aprender y de apropiarse de la realidad.

² Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2005.

- La memoria: La memoria reciente y remota deberá ser ejercitada para asegurar un adecuado archivo de las experiencias, de modo tal que puedan ser evocadas por el niño cada vez que resulte necesario.
- El lenguaje: El lenguaje es un instrumento indispensable para la adquisición de nuevos conocimientos. Asimismo, posibilitar la expresión y la comunicación de estados anímicos y de sucesos externos.
- La comprensión: Este aspecto del área cognitiva quedará estrechamente ligado a los procesos de pensamiento.
- El pensamiento: El pensamiento surgirá alrededor de los dos años de vida, con el incremento del lenguaje oral. La estimulación de la capacidad de pensar permitirá que el pequeño organice sus creencias e ideas previas acerca de la realidad. Así podrá elaborar sus primeras argumentaciones acerca de los hechos en los que participa o es espectador. El niño es el esta área donde absorbe todo tipo de información es por lo mismo que los adultos deben saber cómo estimular al niño.
- La imaginación: La imaginación de hechos que puedan acontecer en un futuro se relaciona con el incremento de la capacidad de anticipación del niño, indispensable para la organización de sus acciones. Se debe proporcionar al niño material para que el desarrolle su imaginación a través del pensamiento, de la pintura, de la memoria auditiva y la práctica.
- La fantasía: Es una facultad ligada al despliegue de la creatividad infantil. A la edad inicial el niño es muy fantasioso y se lograr con él un desarrollo altamente mejorado con estímulos.

Área afectivo-social

- La aceptación de la separación: Debe estimularse la aceptación de la separación temporaria, que el niño debe hacer respecto de su familia, mientras asiste a su ciclo escolar.
- La adaptación al cambio: acontece entre la dinámica interna de la familia y la dinámica institucional. Para adaptarse, el niño deberá adecuarse a nuevos ritmos y rutinas diarias, debe los padres influirlos a los ambientes que los rodean para lograr la aceptación de cambios.
- La significación de los espacios institucionales como propios: Si el niño experimenta este aspecto, tendrá un sentimiento de pertenencia que le permitirá vivenciar el jardín como un segundo hogar.
- La paulatina autonomía: Este aspecto se refleja en las conductas de autovalimiento ante la resolución de pequeños conflictos, en situaciones de búsqueda de conocimientos y más.
- Las interacciones con pares: El intercambio posibilitará el surgimiento de un creciente proceso de socialización.
- El deseo de saber: El niño por naturaleza experimenta esta necesidad en relación con todo lo que lo rodea. Por lo tanto, el docente deberá ayudarlo a ver, a comprender y a organizar la realidad de acuerdo con las posibilidades madurativas de su edad.
- La motivación: Es preciso estimular, con menor o mayor grado de exigencia, la motivación del niño para que se aboque a diferentes clases de actividades, el niño tiene que socializarse con juegos, trabajos de grupo e inter aulas y así se lograra motivarlo.

- La paulatina apropiación de valores: Debe estimularse la cooperación, la solidaridad, la importancia de las conductas responsables y más, inculcarle al niño además de buenos hábitos, la práctica tanto en el aula como en casa, el niño debe mantener una conducta, en la cual la formación es un tanto adecuada como formal, para lograr que el niño desde su primaria infancia sea formado con principios.

Área psicomotriz

- La motricidad gruesa: Estimular este aspecto, admitirá la larga conquista de la marcha, del salto, de la carrera y de otras destrezas más evolucionadas.
- El equilibrio postural: Estimular el equilibrio postural permitirá que el niño adquiera un creciente dominio de su cuerpo en distintas situaciones.
- La motricidad fina: El niño obtendrá ciertos dominios de sus manos en la medida en que se estimule adecuadamente su motricidad fina.
- La coordinación perceptiva motriz: Este aspecto posibilitará integrar los registros sensoriales con el movimiento. Ello incrementará la capacidad de que el niño dé respuestas a diferentes tipos de situaciones. (Gomez, 2014)

2.2.3 BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Los beneficios de la estimulación temprana son una técnica sumamente importante desde la etapa inicial de los infantes, sin embargo, se debe establecer que áreas se deben trabajar con el niño y no exceder más de 45 minutos, ya que pasar más tiempo no garantiza una estimulación avanzada.

La Doctora Megan Gunnar afirma estos seis beneficios que son:

- Ayuda a desarrollar y potenciar las funciones cerebrales de los bebés en diferentes planos: intelectual, físico y afectivo, mediante juegos y ejercicios repetitivos.
- Promueve las condiciones fisiológicas, educativas, sociales y recreativas.
- Estimula el proceso de maduración y de aprendizaje en las áreas, intelectual, afectivo y psicomotriz del bebé.
- Favorece la curiosidad y observación para conocer e interpretar en mundo que le rodea.
- Favorece el apego y los lazos afectivos entre los padres y el bebé.
- En algunos casos, ayuda en la detección de trastornos de aprendizaje.

Por otra parte, Somos Fundación Down hace mención sobre los niños con Síndrome de Down, al igual que cualquier niño tienen un cerebro muy plástico, se debe enfocamos en los hitos de su desarrollo para que los vayan adquiriendo de acuerdo a la edad. Es por ello que en los recién nacidos se estimula lo visual, porque si es capaz de fijar la mirada en un objeto y después seguirlo, estamos estimulando de forma indirecta el control de su cabeza.

También se ha demostrado, mediante varios estudios, que estimular a un niño desde el día que nace, su desarrollo neuronal es mucho mayor, habrá más conexiones nerviosas que se van a fusionar lo que se traduce en que los hitos motores los adquieran en forma más temprana. Sin duda, será un niño más resuelto y al tener

control de su cuerpo, podrán explorar mejor el ambiente, lo que ayuda en su desarrollo cognitivo y del lenguaje, que también se estimula desde los 0 meses.

Es por eso que se debe trabajar de manera tan dirigida y profesional. El resultado esperado es que el niño vaya adquiriendo las habilidades que necesita para su edad y se sienta lo más pleno y seguro para interactuar posteriormente con su entorno. (Fundación Down, 2017)

2.2.4 PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN EN MÉXICO

En México, los programas de estimulación temprana para niños con retardo en su desarrollo tienen en su mayoría un enfoque neurológico. Además, la carencia de datos sistemáticos dificulta su análisis y el poder extraer conclusiones a partir de ellos.

Sin embargo, algunos programas importantes que conviene mencionar son los de las instituciones gubernamentales, como la secretaria de salud (SSA), la secretaría de educación pública (SEP), y el desarrollo integral de la familia (DIF). Aunque no hay datos sistemáticos y concluyentes, existe un curriculum donde se presentan los lineamientos del desarrollo en forma general: las formas evaluativas son, por lo general, *baby test* (bayley, catell, Denver, brazelton, uzgirez y hunt, Gesell, etc.). No obstante, en algunas instituciones, como el instituto nacional de perinatología de la SSA, se han sometido a consideración algunos instrumentos valorativos, sugiriendo así otra forma de evaluar el desarrollo psicológico de los niños. Sin embargo, cabe aclarar que estos instrumentos aún están en la etapa de estudio y modificación. (Damián, 2003)

Una de las instituciones privadas y reconocidas en México para tratar a los niños que padecen síndrome de Down es el instituto John Langdon Down, A.C. Ahí se aplican los programas de Washington y Seattle (un programa preescolar para niños con síndrome de Down y otros retrasos en su desarrollo) junto con otros más, y se interviene terapéuticamente a los niños de corta edad (estimulación temprana).

2.3 LENGUAJE

El lenguaje visto como una actividad intrínseca del aprendizaje constituye el vínculo intuitivo y racional, orgánico y perceptible de nuestra interacción con el entorno físico y social. Según Papalia el lenguaje es:

Un sistema de comunicación basado en palabras y gramática. Cuando los niños conocen las palabras las usan para representar objetos y acciones. Pueden reflexionar sobre personas, lugares y cosas, y comunicar sus necesidades, sentimientos e ideas con el fin de ejercer mayor control sobre su vida³.

Esas características son parte de los hitos del desarrollo del lenguaje y del habla inicial, en la evolución del lenguaje podemos considerar dos etapas diferenciadas: una prelingüística y otra lingüística o verbal.

2.3.1 SECUENCIA DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE INICIAL

Antes de que los bebés pronuncien palabras, dan a conocer necesidades y sentimientos mediante sonidos que van del llanto a los arrullos y balbuceos, hasta la imitación

³ Papalia, D.E (2012), Psicología del desarrollo, McGraw-Hill Interamericana

accidental y la deliberada, esos sonidos se conocen como habla prelingüística.

Primeras vocalizaciones: Para Lester y Boukydis el llanto es: “el único medio de comunicación del recién nacido. Los distintos tonos, patrones e intensidades señalan hambre, sueño o enojo”⁴.

Entre las seis semanas y los tres meses, los bebés comienzan a arrullar cuando están contentos: chillan, gorjean y prefieren sonidos vocales como ahhh.

Entre los tres y los seis meses comienzan a jugar con sonidos articulados que corresponden a los sonidos que oyen de los demás. El balbuceo como la repetición de cadenas de consonante y vocal, como “ma-ma-ma-ma” ocurre entre los seis y los 10 meses. El balbuceo no es un lenguaje real, puesto que para él no comunica ningún significado, pero con el tiempo se vuelve más parecido a las palabras. La imitación es clave para el desarrollo temprano del lenguaje. Luego, de los nueve a los 10 meses, imitan de manera deliberada los sonidos sin entenderlos. Por último, cuando los niños se familiarizan con los sonidos de palabras y frases, comienzan a asignarles significados.

Percepción de sonidos y estructuras del lenguaje: Kuhl describe en este tema que los infantes demandan que:

La imitación de los sonidos del lenguaje requiere tener la habilidad de percibir diferencias sutiles entre sonidos, y los infantes la poseen desde que nacen o incluso antes. Parece que su cerebro está predispuesto para discriminar las unidades lingüísticas básicas, percibir patrones lingüísticos y clasificarlos como parecidos o diferentes (Kuhl, citado en Papalia, p.162).

⁴ Lester y Boukydi, 1985, Llanto infantil: perspectivas teóricas y de investigación. Nueva York: Plenum.

De esta manera se puede demostrar que los infantes adquieren una discriminación sonora desde la etapa prenatal.

A partir de los seis meses para las vocales y de los 10 meses para las consonantes, aumenta considerablemente el reconocimiento de los sonidos fonéticos de la lengua materna, a la vez que disminuye la discriminación de los sonidos ajenos a ella. Para el final del primer año, los bebés pierden su sensibilidad a los sonidos que no forman parte de la lengua o lenguas que suelen escuchar. Durante la segunda mitad del primer año, los bebés comienzan a tomar conciencia de las reglas fonológicas de su idioma: cómo se organizan los sonidos del habla.

Gestos: Los gestos simbólicos, como soplar para indicar caliente o respirar hondo para decir flor, aparecen al mismo tiempo que los niños dicen sus primeras palabras y funcionan en buena medida como palabras. Cuando emplean estos gestos, los bebés entienden que los símbolos se refieren a objetos concretos, sucesos, deseos y condiciones. En general, los gestos aparecen antes de que los niños tengan un vocabulario de 25 palabras y desaparecen en el momento en que aprenden la palabra con que se dice la idea que expresaban gesticulando, y que entonces ya pueden decir ellos mismos. Al parecer, el aprendizaje de gestos ayuda a los bebés a aprender a hablar. En consecuencia, los primeros gestos pronostican de manera correcta el caudal futuro del léxico.

Primeras palabras: “El bebé promedio dice su primera palabra entre los 10 y los 14 meses, con lo que inicia el habla lingüística: la expresión verbal que comunica significados” (Papalia, 2012). Es decir que en estos meses los infantes abandonan la etapa prelingüística para adquirir la expresión verbal.

Al principio, el repertorio verbal total de un infante se reduce casi a mamá o papá. O es una sílaba simple que tiene más de un significado, el cual depende del contexto en que el niño la prefiere. Mucho antes de que vinculen sonidos con significados, los infantes aprenden a reconocer los patrones sonoros que oyen a menudo, como su nombre.

También advierten la pronunciación, el énfasis que se hace en las sílabas y los cambios en el tono. Este aprendizaje auditivo temprano establece las bases para el desarrollo del vocabulario.

Durante los 10 meses y los dos años de edad, los bebés pasan por un proceso donde aprenden a sustituir palabras de manera gradual, de la simple asociación y la adaptación de las reglas sociales. A los 10 meses los infantes asocian palabras con objetos que les resultan interesantes aunque no es su nombre adecuado. A los 12 meses, prestan atención a las palabras claves de los adultos. De los 18 a 24 meses comienzan a socializar mediante claves para aprender nombres. A los 24 meses los niños ya reconocen los nombres de los objetos que se encuentran a su alrededor en su vida diaria⁵.

Primeras frases: El siguiente adelanto lingüístico se presenta cuando un niño pequeño junta dos palabras para expresar una idea. En general, los niños lo hacen entre los 18 y 24 meses. Sin embargo, esta edad varía de manera considerable. El habla prelingüística está muy relacionada con la edad cronológica, no así el habla lingüística. Casi todos los niños que empiezan a hablar muy tarde, al cabo se oponen

⁵ Papalia, D.E (2012), Psicología del desarrollo, McGraw-Hill Interamericana

al enfoque y muchos desquitan el tiempo perdido hablando sin parar a quien quiera oírlos.

Braine, Rice y Slobin refieren que: “Lo común es que la primera frase de un niño se relacione con acontecimientos diarios, personas y actividades (Braine, citado en Papalia, 2012, p.165). Esto resulta evidente ya que al tener contacto diario en un mismo entorno el infante comienza a discriminar las cosas a su manera de su interés.

En algún momento entre los 20 y los 30 meses, los niños muestran mayor competencia en el manejo de la sintaxis, las reglas que indican cómo poner en orden las frases del idioma. Además, cada vez son más conscientes del fin comunicativo del habla y de lo que significan sus palabras⁶: A los tres años, el habla es más fluida, extensa y compleja. Aunque los niños omiten partes del habla, comunican bastante bien los significados.

2.3.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Para que tenga lugar el desarrollo del lenguaje se considera necesario la ocurrencia de una serie de condicionantes básicos⁷:

- Ausencia de lesión en los órganos implicados aparato fonador, sistema auditivo, etc.
- Correcto funcionamiento y maduración adecuada del sistema nervioso

⁶ (Shwe y Markman, 1997)

⁷ (Temas para la educación: Revista digital para profesionales de la enseñanza, 2012)

- Una capacidad intelectual mínima, ya que es conocido que algunas personas con retraso mental profundo no llegan a adquirir ni el uso normal de la lengua
- Habilidades sociales cognitivas mínimas, es decir, la intencionalidad o motivación de comunicación con las personas que lo rodean, esta capacidad estaría ausente en los niños autistas.
- Contacto con hablantes competentes, la intervención del adulto es importante, ya que sin contacto con adultos o personas con competencia lingüística son incapaces de desarrollar lenguaje por sí mismos, aun poseyendo una inteligencia normal.

Muy pronto se produce en el niño la motivación e intento comunicativo, hecho que se denomina protoconversación. Son diálogos muy primitivos, caracterizados por el contacto ocular, sonrisas, gorgojeos y alternancia de las expresiones. Podemos encontrar este tipo de conducta ya en niños de dos meses.

2.3.3 MECANISMOS PARA LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE

La revista digital para profesionales de enseñanza: *Temas para la educación*, describe cuatro principales actos que los infantes realizan para adquirir el lenguaje propio⁸:

Imitación: Tener un modelo que imitar es la primera condición para empezar a hablar. El niño reconstruye desde la imitación una nueva organización de lo adquirido, pero a la vez crea nuevas formas de expresión utilizando en ellas una lógica propia.

⁸ (Federación de Enseñanza, 2012)

Observación: Elemento esencialmente motivador y contexto significativo para la adquisición del lenguaje. Observación irá dirigida a:

- Reconocer objeto - denominarlo - incluirlo clase semántica - utilizarlo en diferentes frases
- Fijar atención acontecimiento - sacar múltiples posibilidades comprensivas y expresivas
- Interpretar un dibujo - sacar partido a una lectura o narración de cuentos

Estos procesos observacionales son muy importantes para la explicación de palabras genéricas y abstractas, que resultan muy difíciles fuera de un contexto.

Acción: Decisiva para la adquisición comprensiva y expresiva del lenguaje, el niño clasifica, analiza, establece relaciones, agrupa. Al operar de forma activa y concreta el lenguaje, el niño pasa de un conocimiento y utilización práctica - concreta a una capacidad mental y posteriormente al uso de la palabra y de la frase de forma independiente de sus acciones.

Juego: El interés del juego radica en las relaciones sociales que implican en consonancia con los usos del lenguaje en el discurso, su dominio comporta el dominio de aspectos cruciales del diálogo.

2.3.4 ENFOQUE PIAGETANO: LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE

En 1923, Jean Piaget el psicólogo suizo publica *El lenguaje y el pensamiento en el niño*, donde establece la primacía del pensamiento.

El lenguaje sería un producto de la inteligencia por lo que el desarrollo del lenguaje es el resultado del desarrollo cognitivo. Piaget sostiene que el pensamiento y el lenguaje se desarrollan por separado, ya que la inteligencia empieza a desarrollarse desde el nacimiento, antes de que el niño hable, por lo que el niño va aprendiendo a hablar según su desarrollo cognitivo va alcanzado el nivel necesario para ello (Alvarado, 2008).

En el proceso de adquisición del lenguaje Piaget establece:

- Habla egocéntrica: un niño que todavía no ha aprendido un lenguaje no puede expresar sus primeros pensamientos inteligentes, estos sólo existen como imágenes o acciones físicas. El habla egocéntrica es la que el niño utiliza para poder expresar sus pensamientos en esta etapa, más que para comunicarse socialmente. Este lenguaje se va reduciendo hasta desaparecer después de los 7 años.
- Habla social: es la que se desarrolla después de la egocéntrica

Para Piaget, la construcción progresiva de diferentes esquemas sobre la realidad es una señal de que la inteligencia del niño se está desarrollando. Los esquemas son un elemento fundamental para que los seres humanos se adapten al ambiente y puedan sobrevivir, es decir, que desde que los niños nacen, construyen y acumulan esquemas debido a la exploración activa que llevan a cabo dentro del ambiente en el que viven, y donde a medida que interactúan con él, intentan adaptar los esquemas existentes para afrontar las nuevas experiencias.

Otra idea de Piaget es que el aprendizaje empieza con las primeras experiencias sensoriomotoras, formadas con el desarrollo cognitivo y el lenguaje, donde el aprendizaje continúa por la construcción de estructuras mentales, basadas en la integración de los procesos cognitivos propios donde la persona construye el conocimiento mediante la interacción continua con el entorno (Alvarado, 2008).

2.4 HISTORIA DEL SÍNDROME DE DOWN

Las primeras descripciones del fenotipo de la trisomía 21 fueron realizadas por los franceses Jean-Etienne-Dominique Esquirol en 1838 y Edouard Séguin en 1846. Esquirol, en su primer libro, dedicó una sección que denominó *Idiocy*, que ahora se refiere a discapacidad mental o retardo mental (RM).

El Doctor Francisco Cammarata Scalisi y la Doctora Gloria Da Silva junto con su equipo profesional refiere que:

Este autor describió una particular categoría de pacientes caracterizados por: hendiduras palpebrales ascendentes, pliegues epicánticos, puente nasal plano y protusión lingual. Además, señaló entre las características: talla baja, cuello corto, alteraciones a nivel de extremidades y RM; descripción fenotípica correspondiente a los pacientes con trisomía 21 (Cammarata, 2010).

Esto hace referencia a que el autor Esquirol describió características físicas que fueron considerados como hallazgos clínicos de los niños con Síndrome de Down.

Posteriormente, en 1856 y 1866 este mismo autor publicó que a pesar del *profound idiocy*, estos buenos niños, podían presentar mejoría en su lenguaje y adquirir ciertos conocimientos básicos, en 1866 John Langdon Haydon Down, describe un determinado tipo de RM, así como los aspectos clínicos más comunes de este grupo que representaban 10% entre sus pacientes.

Para las personas con estos casos se utilizó el término de *Mongolian que* fue asignado por el parecido fenotípico que presentaban estos pacientes con los pobladores de los grupos étnicos mongoles y fue ampliamente utilizado hasta 1961, momento en el que un grupo de expertos en genética escriben a la revista *The Lancet* sugiriendo cuatro denominaciones alternativas: Anomalía Langdon Down, síndrome de Down, trisomía 21, acromicria congénita.

Ese mismo año, una delegación de la República Popular de Mongolia pidió a la OMS que se evitará el término mongolismo, al referirse a esta entidad clínica.

Finalmente se eligió el nombre de Síndrome de Down (SD), el cual, fue aceptado posteriormente y confirmado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1965. (Cammarata, 2010).

2.4.1 EL SÍNDROME DE DOWN

El síndrome de Down es una alteración genética que se produce por la presencia de un cromosoma extra (el cromosoma es la estructura que contiene el ADN) o una parte de él. Las células del cuerpo humano tienen 46 cromosomas distribuidos en 23 pares. Uno de estos pares determina el sexo del individuo, los otros 22 se numeran del 1 al 22 en función de su tamaño decreciente. Las personas con síndrome de Down tienen tres cromosomas en el par 21 en lugar de los dos que existen habitualmente; por ello, este síndrome también se conoce como trisomía 21.

El síndrome de Down es la principal causa de discapacidad intelectual y la alteración genética humana más común⁹. Se produce de forma espontánea, sin que exista una causa aparente sobre la que se pueda actuar para impedirlo. Se produce en todas las etnias, en todos los países, con una incidencia de una por cada 600-700 concepciones en el mundo. Únicamente se ha demostrado un factor de riesgo, la edad materna (especialmente cuando la madre supera los 35 años) y, de manera muy excepcional, en un 1% de los casos, se produce por herencia de los progenitores. El síndrome de Down no es una enfermedad. Tampoco existen grados de síndrome de Down, pero el efecto que la presencia de esta alteración produce en cada persona es muy variable.

Las personas con síndrome de Down muestran algunas características comunes pero cada individuo es singular, con una apariencia, personalidad y habilidades únicas. Los bebés con síndrome de Down tendrán muchos rasgos físicos propios de su familia, además de los característicos de las personas con síndrome de Down y algún grado de discapacidad intelectual. Su personalidad, aficiones, ilusiones y proyectos serán los que verdaderamente les definan como personas y su discapacidad será sólo una característica más de su persona (Pronacera, 2017) .

2.4.2 TIPOS DE ALTERACIONES CROMOSÓMICAS EN EL SÍNDROME DE DOWN

Las células del cuerpo humano tienen 46 cromosomas distribuidos en 23 pares.

⁹ Pronacera Therapeutics: Publicado el 21 de Marzo, 2017.

Uno de estos pares determina el sexo del individuo y los otros 22 se denominan autosomas, numerados del 1 al 22 en función de su tamaño decreciente¹⁰.

El proceso de crecimiento se fundamenta en la división celular, de tal forma que las células se reproducen a sí mismas gracias a un proceso que lleva por nombre mitosis, a través del cual cada célula se duplica a sí misma, engendrando otra célula idéntica con 46 cromosomas distribuidos también en 23 pares.

Sin embargo, cuando de lo que se trata es de obtener como resultado un gameto, es decir, un óvulo o un espermatozoide, el proceso de división celular es diferente y se denomina 'meiosis'.

El óvulo y el espermatozoide contienen, cada uno de ellos, solo 23 cromosomas, de tal forma que al unirse producen una nueva célula con la misma carga genética que cualquier otra célula humana, es decir, 46 cromosomas divididos en 23 pares.

Durante este complicado proceso meiótico es cuando ocurren la mayoría de las alteraciones que dan lugar al síndrome de Down, existiendo tres supuestos que derivan en Síndrome de Down:

Trisomía 21

Con diferencia, el tipo más común de síndrome de Down es el denominado trisomía 21, resultado de un error genético que tiene lugar muy pronto en el proceso de reproducción celular.

¹⁰ Fundación Down España: Síndrome de Down, 2014.

El par cromosómico 21 del óvulo o del espermatozoide no se separa como debiera y alguno de los dos gametos contiene 24 cromosomas en lugar de 23.

Cuando uno de estos gametos con un cromosoma extra se combina con otro del sexo contrario, se obtiene como resultado una célula también conocido como cigoto con 47 cromosomas. El cigoto, al reproducirse por mitosis para ir formando el feto, da como resultado células iguales a sí mismas, es decir, con 47 cromosomas, produciéndose así el nacimiento de un niño con síndrome de Down. Es la trisomía regular o la trisomía libre.

Translocación cromosómica

En la página de la fundación Down España mencionan que en casos raros ocurre que, durante el proceso de meiosis, un cromosoma 21 se rompe y alguno de esos fragmentos (o el cromosoma al completo) se une de manera anómala a otra pareja cromosómica, generalmente al 14 (España, 2014). Es decir, que además del par cromosómico 21, la pareja 14 tiene una carga genética extra: un cromosoma 21, o un fragmento suyo roto durante el proceso de meiosis.

Los nuevos cromosomas reordenados se denominan cromosomas de translocación, de ahí el nombre de este tipo de síndrome de Down. No será necesario que el cromosoma 21 esté completamente triplicado para que estas personas presenten las características físicas típicas de la trisomía 21, pero éstas dependerán del fragmento genético translocado.

Mosaicismo o trisomía en mosaico

Una vez fecundado el óvulo -formado el cigoto- el resto de células se originan, como hemos dicho, por un proceso mitótico de división celular. Si durante dicho proceso el material genético no se separa correctamente podría ocurrir que una de las células hijas tuviera en su par 21 tres cromosomas y la otra sólo uno. En tal caso, el resultado será un porcentaje de células trisómicas (tres cromosomas) y el resto con su carga genética habitual (España, 2014).

Las personas con síndrome de Down que presentan esta estructura genética se conocen como “mosaico cromosómico”, pues su cuerpo mezcla células de tipos cromosómicos distintos.

Los rasgos físicos de la persona con mosaicismo y su potencial desarrollo dependerán del porcentaje de células trisómicas que presente su organismo, aunque por lo general presentan menor grado de discapacidad intelectual.

2.4.3 CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE DOWN

Los niños con este síndrome, generalmente tienen un coeficiente intelectual de leve a moderadamente bajo, es la causa más frecuente de retraso mental identificable de origen genético. Algunas características físicas de estos niños son: leve disminución del tamaño del cráneo, ojos en forma almendrada rasgados hacia arriba, cuello corto, orejas pequeñas, boca pequeña, la lengua tiende a salir de la boca, el conducto auditivo puede ser muy estrecho, manos y pies pequeños, un sólo pliegue en la palma de la mano, tono muscular débil y estatura más baja en la niñez y la adultez.

La apariencia física de estos niños tienen unas características muy particulares y específicas que sin hacer a los sujetos iguales, sí les da un aspecto similar. Estas características son las siguientes¹¹:

- Cráneo y cara: Es característico por su parte el aplanamiento de la cara.
- Labios: Están excesivamente humedecidos y propensos a resecaarse y a cortes en ellos.
- Boca: La boca es relativamente pequeña.
- Lengua: Tiene débil tono muscular el niño lo que puede hacer que la lengua salga ligeramente de la boca.
- Dientes: Los dientes suelen aparecer tardíamente; son pequeños; están mal alineados, amontonados o muy espaciados.
- Ojos: Los ojos son ligeramente sesgados.
- Nariz: La nariz es un poco respingona y los orificios nasales dirigidos ligeramente hacia arriba.
- Orejas: Es común que sean pequeñas y de forma redondeada.
- Cuello: El cuello es habitualmente corto y ancho.
- Extremidades: Suelen ser pequeñas con los dedos cortos y anchos.

Los individuos afectados por el síndrome suelen tener una altura inferior a la media y cierta tendencia a la obesidad ligera o moderada, sobre todo a partir del final de la

¹¹ AulaFacil: Características físicas y morfologías de las personas con Síndrome de Down, 2016(Consultada el 9 de Abril del 2019).

infancia. Por otra parte, existe una mayor incidencia de ciertos problemas de salud en este síndrome: susceptibilidad a las infecciones, trastornos cardíacos, del tracto digestivo, sensoriales, etc.

Los niños/niñas con Síndrome de Down presentan retraso en el área del lenguaje, en especial en los aspectos expresivos y comprensivos. Se manifiesta a través de unas características generales que son:

- Retraso de las primeras adquisiciones psicomotrices.
- Comunicación gestual y mímica limitadas.
- Balbuceo limitado.
- Vocabulario reducido.
- Pobreza semántica.
- Vocabulario automático.
- Los órganos de la fonación y respiración deficiente.
- Desarrollo fonológico atemporal, incompleto y con errores articulatorios.
- Discriminación fonemática deficiente.
- Dislalias, disfemias, farfulleo, taquilalia.
- Alteraciones importantes en adquisición y uso de morfemas gramaticales; concordancia, género, número, flexiones verbales.

2.4.4 TEORÍAS DEL DESARROLLO INFANTIL Y EDUCACIÓN ESPECIAL

Teoría del desarrollo de A. Gesell

Una concepción endógena sobre el desarrollo psíquico es la de Gesell, quien considera que son fuerzas intrínsecas las que determinan la forma, la dirección y la velocidad del desarrollo, para Gesell el concepto central de la psicología evolutiva es el de la maduración: el niño se desarrolla esencialmente de acuerdo con la formación que aportan sus genes¹².

Gesell estudió las conductas externas (coordinación ojo / mano, el desarrollo de la vocalización, etc.) sin fundamentarlas en ninguna estructura psíquica interna, si no en un sustrato anatómico y en la relación de esas conductas con la fisiología. Por lo cual estas conductas obedecen al proceso de maduración.

Según Gesell, el comportamiento tiene su raíz en el cerebro y en los sistemas sensorial y motor. La sincronización, la uniformidad y la integración que tiene lugar en una edad determinada, predicen la conducta que habría de presentarse en la etapa siguiente. El bebé cuya corteza cerebral está intacta tendrá un desarrollo sano, a menos que agentes orgánicos, experiencias psicológicas o acontecimientos sociales nocivos intervengan en el proceso.

En cuanto a las deficiencias el desarrollo psicológico, Gesell define a la subnormalidad mental como un funcionamiento intelectual general inferior a lo normal, que se origina durante el desarrollo y está asociado con impedimentos para el

¹² Milagros Damián Díaz. Niños con Síndrome de Down, 2003

aprendizaje y la adaptación social, con deficiencias de la maduración, o con ambas cosas. Reconoce que en el retardo se presentan dos categorías distintas que pueden juntarse. En un caso, la subnormalidad resulta de una alteración patológica del cerebro que impide el desarrollo normal. A esta categoría se le denomina deficiencia mental. En otro caso el retardo mental se refiere a los individuos que funcionan por debajo de su nivel de desarrollo o capacidad potencial (Damián, 2003). Por lo general esta categoría tiene como origen situaciones ambientales deficientes y no una alteración orgánica.

Teoría del desarrollo de Jean Piaget

La aportación indiscutible de Piaget a la educación especial es su análisis minucioso del desarrollo cognoscitivo del niño, el cual ha abierto la posibilidad de diagnosticar el nivel del desarrollo intelectual de un niño en particular respecto a una norma, así como establecer metas para el tratamiento destinado a mejorar los procesos cognoscitivos (Damián, 2003).

2.4.5 NECESIDADES DE APRENDIZAJE DE UN NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN

Muchos de los niños con síndrome de Down son fáciles de manejar, ya que no lloran mucho y reclaman poca atención. El niño pacífico aquejado de síndrome de Down, es capaz de permanecer sentado meciendo su muñeco. Cómo no comete travesuras, pasa por inadvertido si sus padres no se preocupan expresamente de ofrecerle los estímulos que necesita. El débil mental carece de imaginación. Por consiguiente, es necesario que

alguien le proponga actividades concretas y le ayude a dar los pasos sucesivos. El hiperactivo necesita que alguien le supervise constantemente y le enseñe a canalizar sus acciones hacia metas positivas de actividades recreativas¹³.

Estos niños pasan por todas las etapas del desarrollo y crecimiento, pero permanecen en cada una de ellas más tiempo que los niños normales. Si sus padres les observan con atención, si les guían hacia actividades que puedan realizar les suministrarán un buen bagaje de experiencias de aprendizaje preescolar. Este tipo de niño tiende fácilmente a sufrir regresiones si carece de guía y de estímulos adecuados. En consecuencia, es vital para su desarrollo de programa de actividades reguladas (Jhonson, 1979).

El paciente con síndrome de Down es un bien imitador, debería utilizarse esta cualidad para enseñarles muchas actividades de la vida diaria, como cuando muestra interés en barrer como su madre, debería dársele la oportunidad de hacerlo. De esta forma aprenderá a realizar muchas actividades. Cuando se somete a un niño con síndrome de Down a este periodo de entrenamiento, deben pensar si los hábitos que adquiere les servirían en el futuro.

¹³ La educación del niño deficiente mental. Margaret Anne Johnson, 1979.

CAPÍTULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 HIPÓTESIS

HI. La estimulación temprana beneficia en el desarrollo del lenguaje en infantes con Síndrome de Down de 4 a 7 años de edad que acuden al Centro de Rehabilitación Integral de Huejutla Hidalgo.

HO. La estimulación temprana no beneficia en el desarrollo del lenguaje en infantes con Síndrome de Down de 4 a 7 años de edad que acuden al Centro de Rehabilitación Integral de Huejutla Hidalgo.

HA. La estimulación temprana si beneficia en el desarrollo del lenguaje en infantes con Síndrome de Down de 4 a 7 años de edad, sin embargo existen diversos factores latentes que determinan a favorecer o alterar una estimulación adecuada.

3.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VI. Estimulación Temprana: Es el conjunto de medios, técnicas, y actividades con base científica y aplicada en forma sistemática y secuencial. Se emplea en niños/as desde su nacimiento con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas, emocionales y sociales, evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres con eficacia y autonomía en el cuidado y desarrollo del infante.

VD. 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 bebé poseen en su núcleo un cromosoma de más o cromosoma extra, es decir, 47 cromosomas en lugar de 46.

3.3 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

La presente investigación se llevará a cabo a través del método cuantitativo: Cuando hablamos de una investigación cuantitativa damos por aludido al ámbito estadístico, que se dedica en fundamentar y analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, que es importante señalar, se han planteado con antelación al proceso metodológico; con un enfoque cuantitativo se plantea un problema y preguntas concretas de lo cual se derivan las hipótesis. Otra de las características del enfoque cuantitativo es que se emplean experimentaciones y análisis de causa-efecto, también se debe resaltar que este tipo de investigación conlleva a un proceso secuencial y deductivo (Sampieri, 2006). Es decir que la información será aprobada a partir del método cuantitativo ya que se podrá obtener una generalización de resultados a partir de una realidad estadística.

El diseño de investigación según indica que el estudio descriptivo busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Sampieri, Metodología de la Investigación, 2014). Es decir, la presente investigación pretende recoger información de manera independiente sobre las variables a las que se refieren la investigación.

La investigación correlacional tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular (Sampieri, Metodología de la Investigación, 2014). De

ahí la importancia de reconocer el grado de vinculación de las variables existentes en la investigación aportando cierta información explicativa.

Proceso de trabajo: La triangulación de datos es el análisis de resultados obtenidos por medio de los instrumentos de investigación, se trabajó entrevista directa con los terapeutas que atienden a los pacientes, de igual manera se llevó a cabo una encuesta y entrevista dirigida a los padres de los niños con síndrome de Down, de esta forma se obtendrá la información que será analizada para realizar las conclusiones adecuadas sobre la investigación y así poder corroborar la hipótesis previamente establecida.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra que se tomara para la presente investigación será no probabilística hace referencia a: *las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador.* (Sampieri, Metodología de la Investigación, 2014).

La población con la que se trabajará es un grupo de 14 niños que presentan el Síndrome de Down, la muestra que se manejará es de 6 niños entre 4 a 7 años de edad que acuden al Centro de Rehabilitación Integral De Huejutla Hidalgo, en esta investigación participarán los padres de familia debido a que responderán la herramienta de nuestra investigación (encuesta).

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos de investigación, que ayudaron a obtener información relevante y significativa de las variables a investigar.

A continuación, se presentan las descripciones de los instrumentos:

Encuesta: Es una técnica cuantitativa que consiste en una investigación realizada sobre una muestra de sujetos, representativa de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones cuantitativas sobre una gran cantidad de características objetivas y subjetivas de la población.

Esta herramienta es muy sencilla de aplicar a grandes poblaciones, además los resultados que brinda son confiables, dicha encuesta consta de 38 preguntas cerradas con respuestas definidas, la cual se destinó a los padres de los examinados.

Entrevista abierta: La entrevista puede ser uno de los instrumentos más valiosos para obtener información, se puede definir como el arte de escuchar y captar la información, es por ello que la entrevista se realizó con expertos en el tema de dicha institución y a los padres de familia, esta herramienta nos ha llevado a la obtención de información muy importante sobre los antecedentes y la experiencia de trabajo con los pacientes.

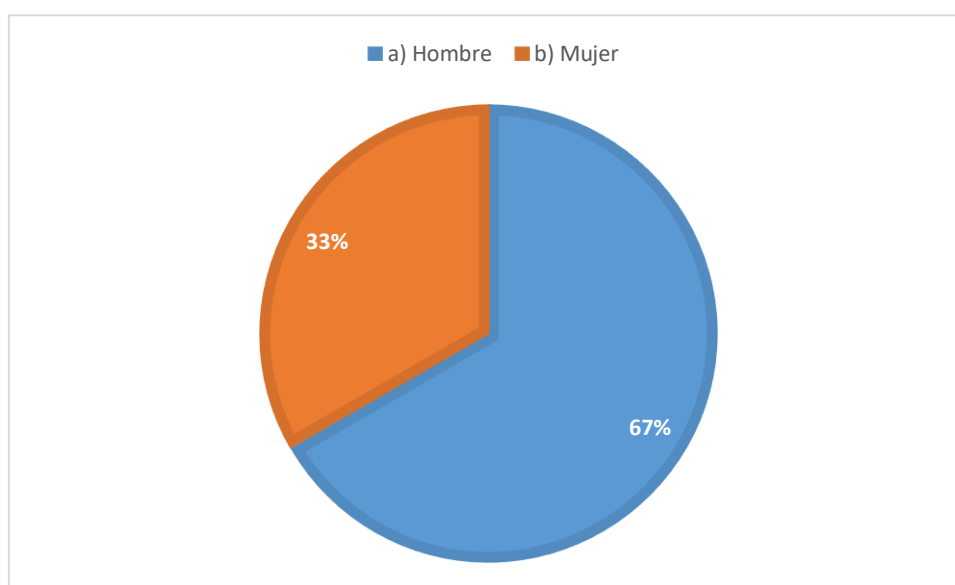
3.6 CRONOGRAMA

MES	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
ACTIVIDAD								
CAPÍTULO I Presentación del programa								
CAPÍTULO II Marco Teórico								
CAPÍTULO III Metodología de la investigación								
CAPÍTULO IV Análisis de resultados								
CAPÍTULO V Sugerencias Entrega de tesis								

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

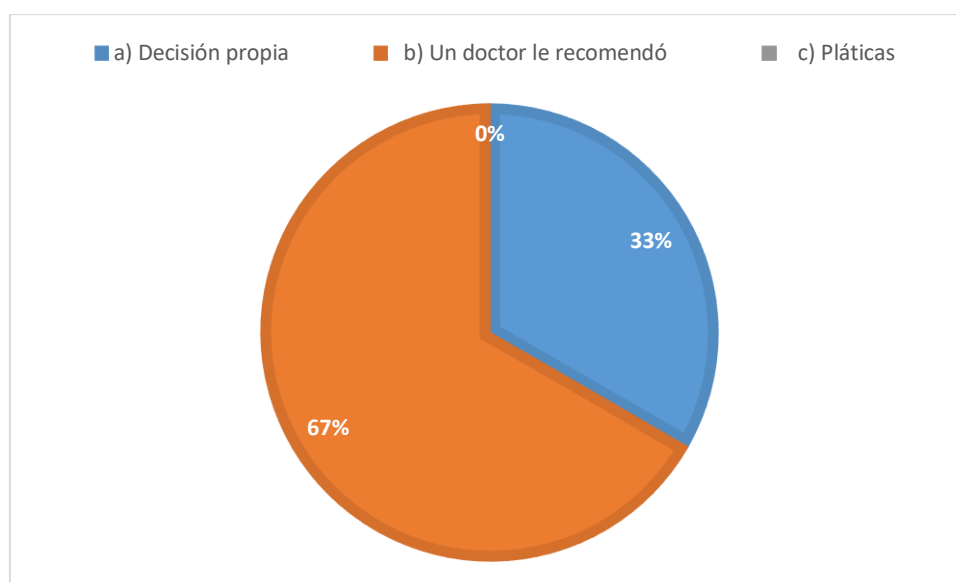
4.1 TABLAS Y GRÁFICAS DE RESULTADOS REPRESENTATIVOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A PADRES DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE HUEJUTLA HIDALGO (CRIRH).

Pregunta 1	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Cuál es el sexo de su hijo/a con síndrome de Down?	a) Hombre	2	67%
	b) Mujer	1	33%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



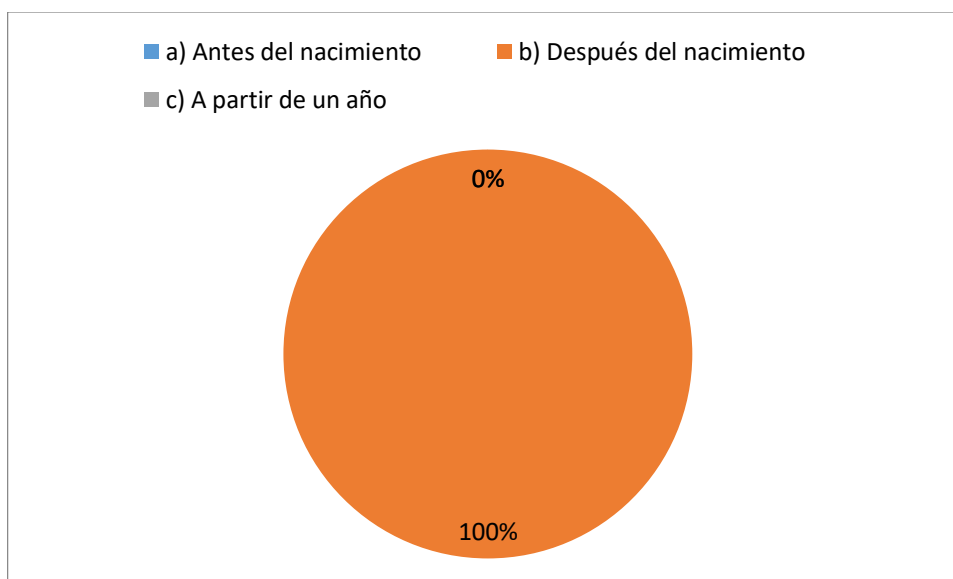
Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos, el 67% indico que sus hijos con Síndrome de Down son hombres, esto equivale a dos padres de familia y el 33% indico que es mujer, es la equivalencia de un padre.

Pregunta 2	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Cómo fue que su hijo ingreso al Centro de Rehabilitación integral de Huejutla Hidalgo?	a) Decisión propia	1	17%
	b) Un doctor le recomendó	2	33%
	c) Pláticas	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	



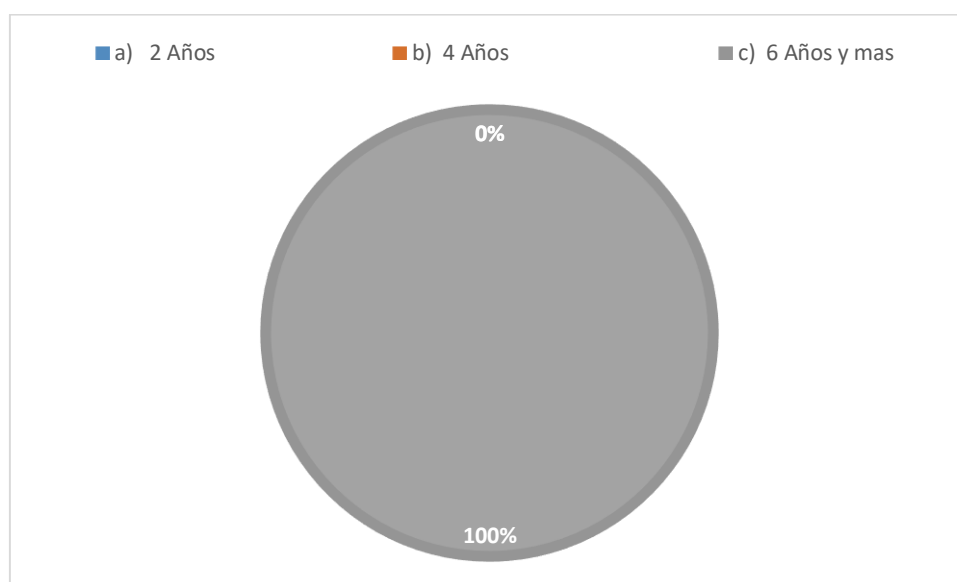
Interpretación: Es notorio observar que el 67% de los padres encuestados asisten al CRIRH por que un Doctor le recomendó, por otro lado el 33% de la población lo hizo por decisión propia, mientras tanto el 0% indica que no fue orientado por medio de pláticas.

Pregunta 3	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿En qué momento cree usted que se debe de iniciar una estimulación temprana?	a) Antes del nacimiento	0	0%
	b) Después del nacimiento	3	100%
	c) A partir de un año	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



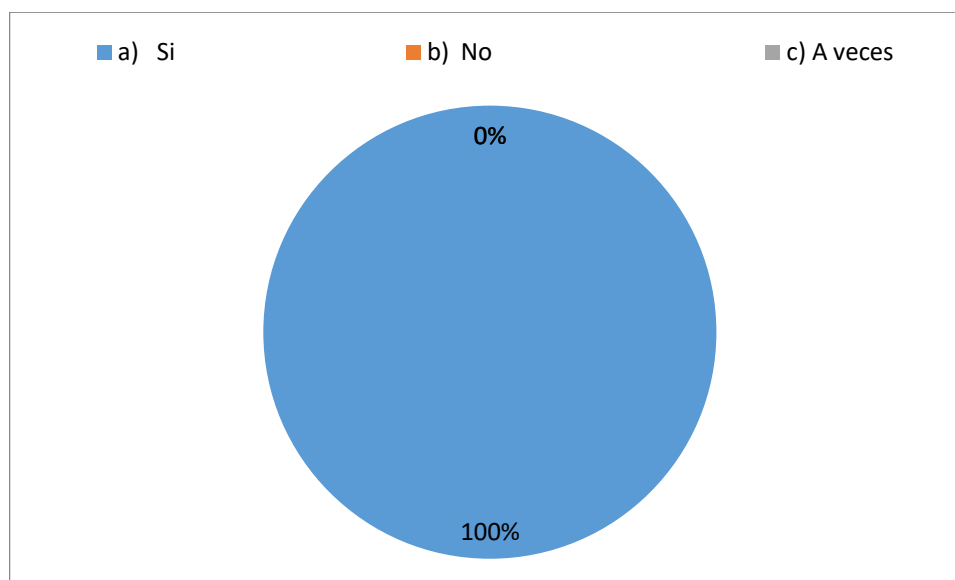
Interpretación: De acuerdo a la muestra seleccionada se afirma que el 100% de los padres de familia considera que el momento en que se debe de iniciar la estimulación temprana es desde el nacimiento, el cual es una respuesta favorable para los niños con Síndrome de Down.

Pregunta 4	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Hasta qué edad es importante estimular a un niño?	a) 2 Años	0	0%
	b) 4 Años	0	0%
	c) 6 Años y mas	3	100%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



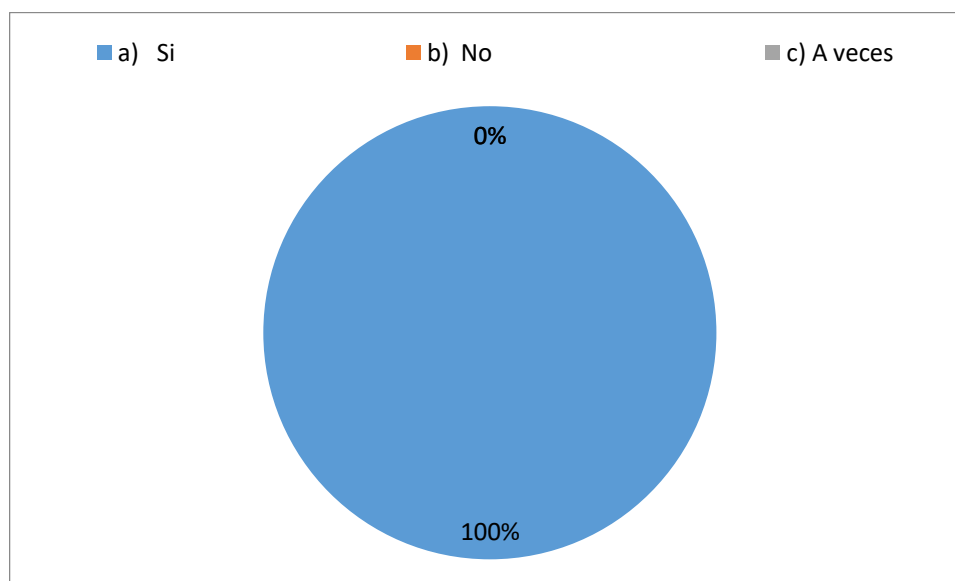
Interpretación: En la presente grafica se logra percibir que los padres de familia consideran la edad importante para estimular a un niño con Síndrome de Down es de 6 años y más, validaron en 0% el inciso a) y b) debido a que consideraron edades inapropiadas para dejar la estimulación.

Pregunta 5	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Estimuló a su hijo/a con canciones o palabras durante el embarazo?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



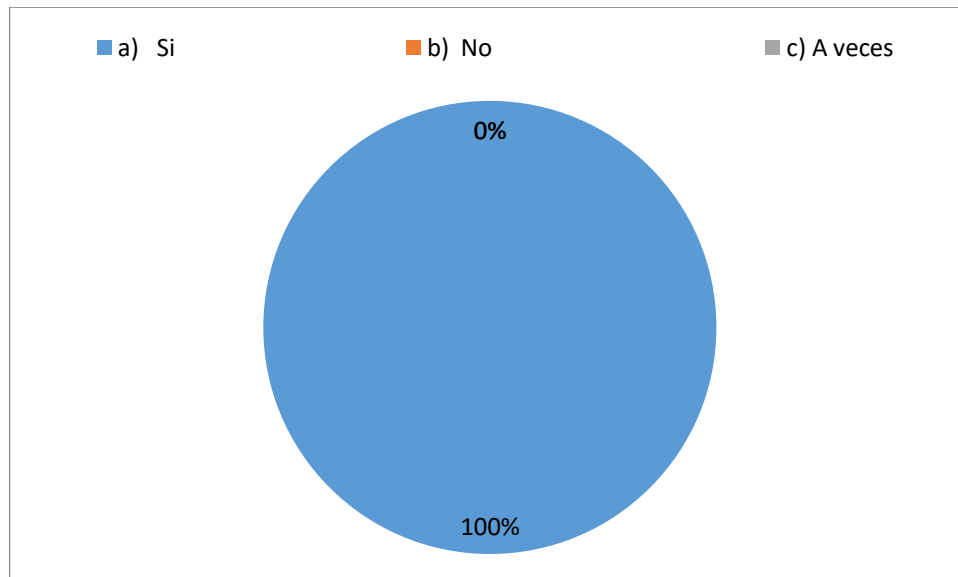
Interpretación: De la totalidad de la muestra, el 100% de los padres encuestados afirman que si estimularon a su hijo/a con canciones o palabras durante el embarazo, lo cual fue muy útil realizar ese tipo de estimulaciones, ya que les favorece en el desarrollo prenatal.

Pregunta 6	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Durante el desarrollo de su hijo/a, ¿le ha mostrado cariño hacia él o ella?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



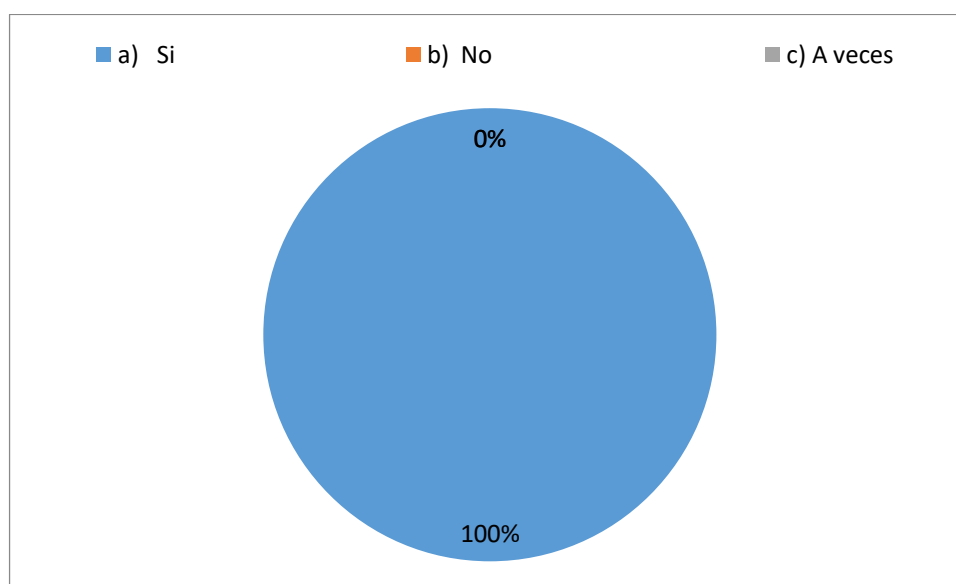
Interpretación: Es notorio observar que el 100% de la población afirmó que le ha mostrado cariño a sus hijos/as durante su desarrollo.

Pregunta 7	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Considera usted que las actividades de la estimulación temprana ayudan el desarrollo del lenguaje de su hijo/a?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



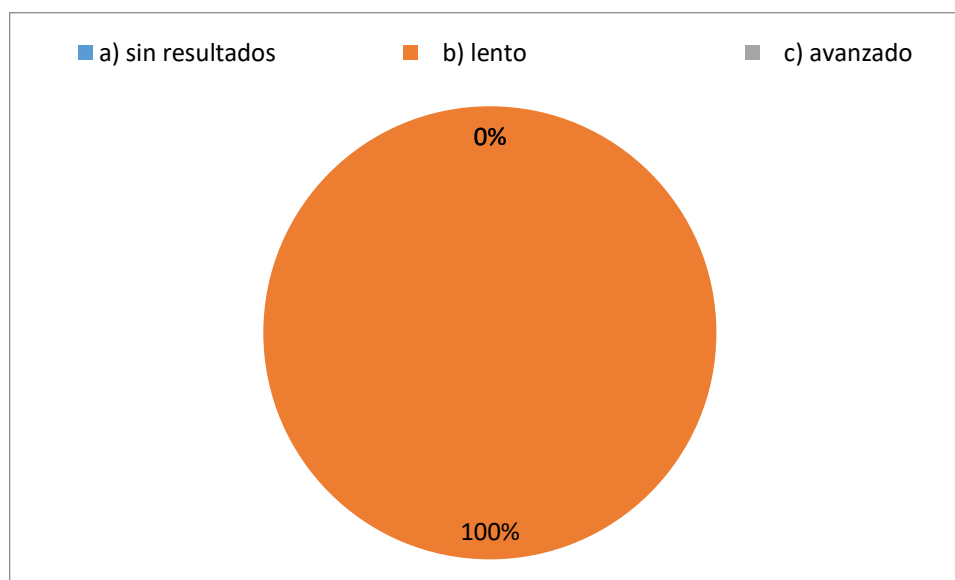
Interpretación: Los datos registrados en la presente gráfica, nos dan a conocer que el 100% de los padres de familia considera que las actividades de la estimulación temprana ayudan el desarrollo del lenguaje de su hijo/a.

Pregunta 8	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Considera que el ambiente de su hijo/a, está ayudando a aumentar su lenguaje, con el apoyo de la estimulación temprana de acuerdo a su edad?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



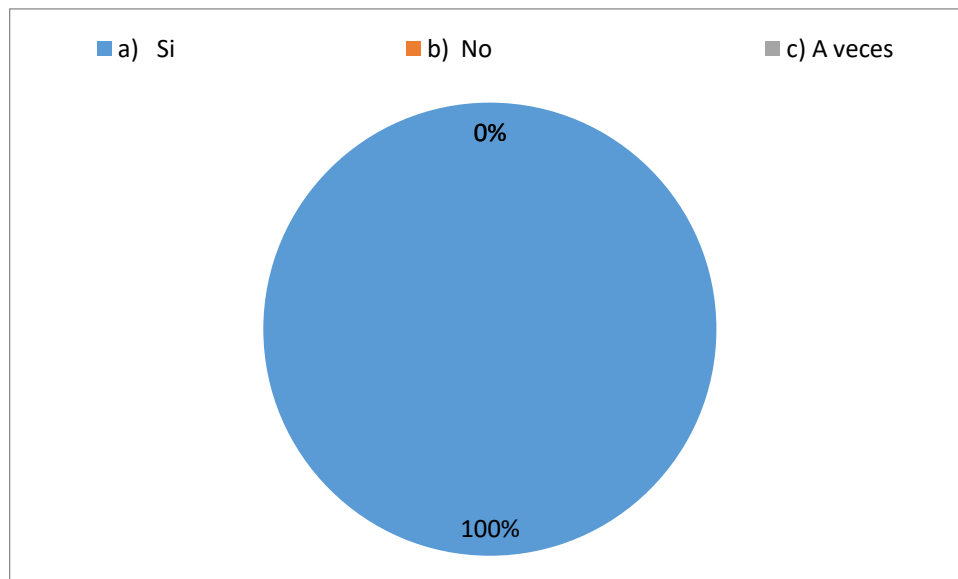
Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos el 100% de los padres encuestados considera el ambiente de su hijo/a está ayudando a aumentar su lenguaje, con el apoyo de la estimulación temprana de acuerdo a su edad.

Pregunta 9	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Cómo considera el lenguaje de su hijo/a con la ayuda de la estimulación temprana?	a) sin resultados	0	0%
	b) lento	3	100%
	c) avanzado	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



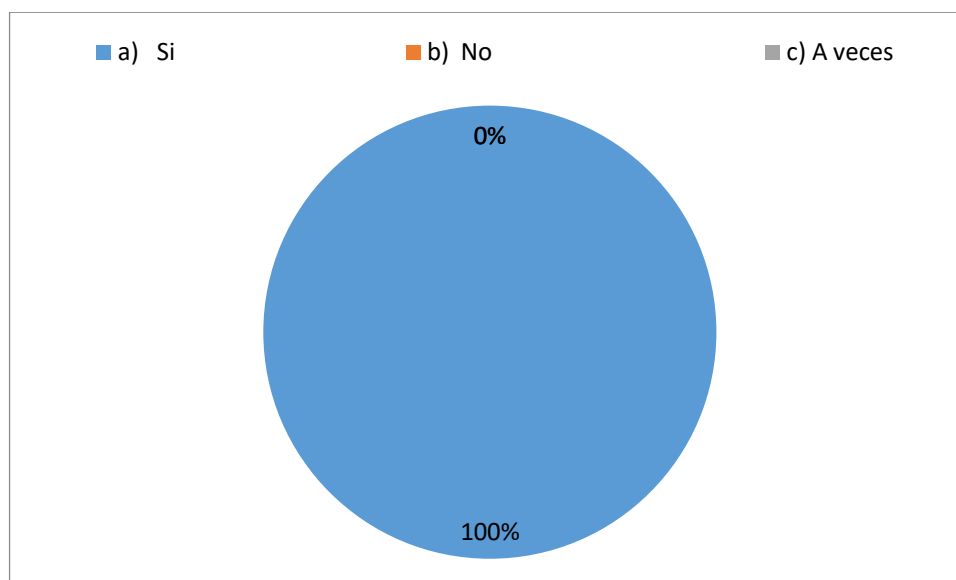
Interpretación: En la gráfica se observa que, el 100% de los padres encuestados considera que el lenguaje de su hijo/a es lento con la ayuda de la estimulación temprana, cabe mencionar que para un niño con síndrome de Down es aceptable el avance lento.

Pregunta 10	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Usted cree que el lugar donde recibe terapia su hijo/a es adecuado?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



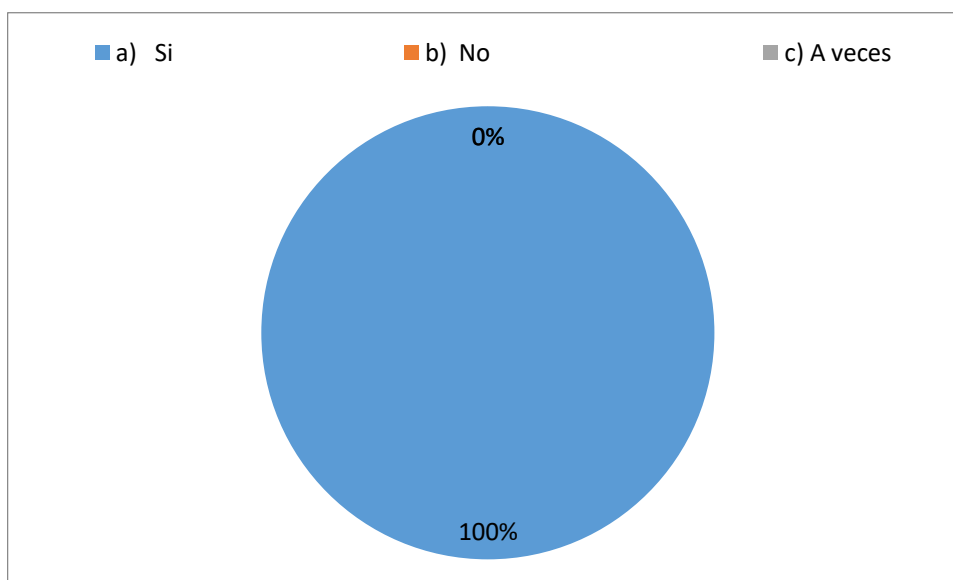
Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos el 100% de los padres de familia refieren que el lugar donde su hijo/a recibe terapias es adecuado.

Pregunta 11	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Motiva a su hijo/a realizar actividades estimulantes como cantar, leer, deletrear?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



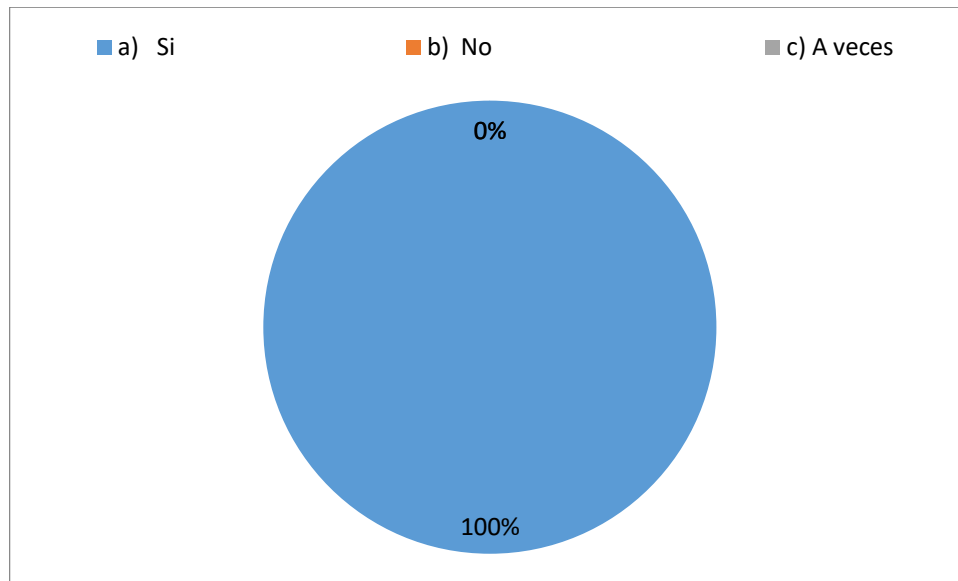
Interpretación: De acuerdo a los resultados graficados el 100% de los padres encuestados mencionan que si motiva a su hijo/a a realizar actividades estimulantes como cantar, leer, deletrear.

Pregunta 12	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Algún especialista le ha indicado como estimular el desarrollo del lenguaje en su hijo?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



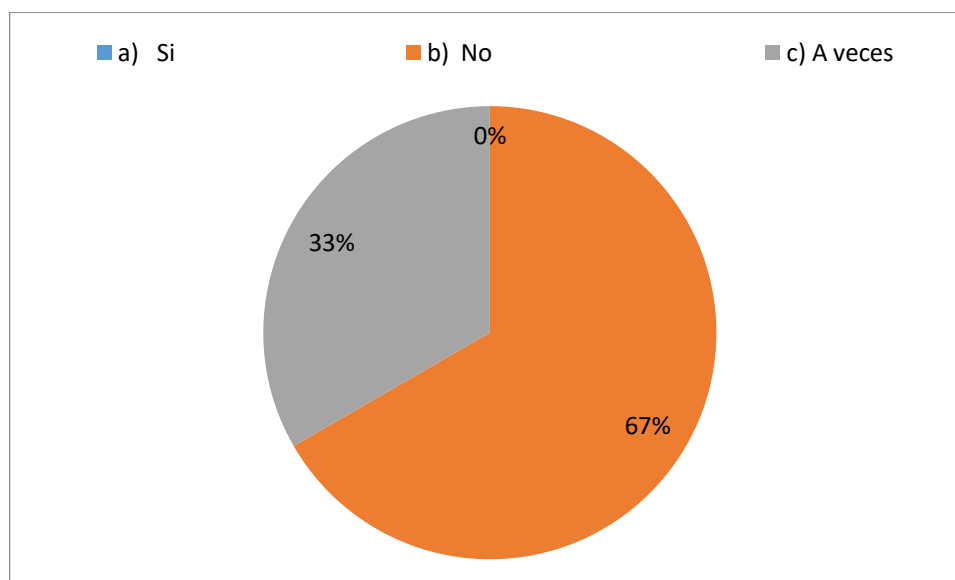
Interpretación: Es notorio observar que el 100% de los padres encuestados Algún especialista le ha indicado como estimular el desarrollo del lenguaje en su hijo.

Pregunta 13	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Está convencido con el programa de estimulación temprana que recibe su hijo/a?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



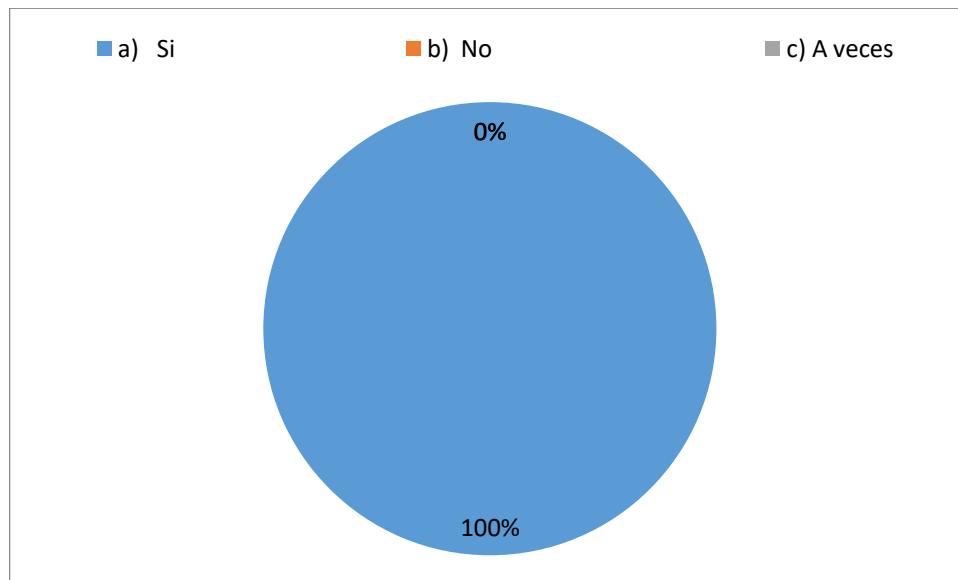
Interpretación: Es evidente que el 100% de los padres encuestados si están convencidos con el programa de estimulación temprana que recibe su hijo/a.

Pregunta 14	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Su hijo/a, ¿Dice su nombre muy claramente?	a) Si	0	0%
	b) No	2	67%
	c) A veces	1	33%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



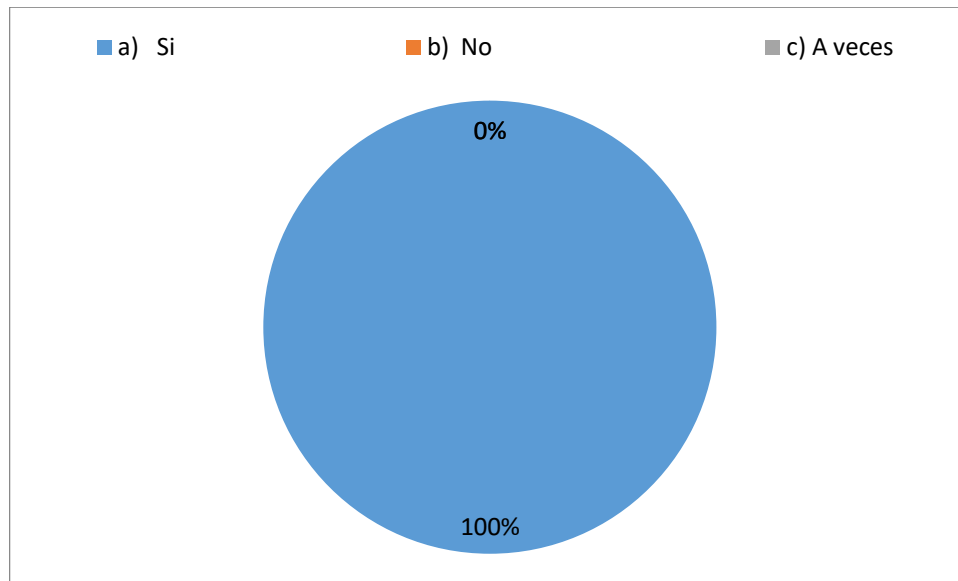
Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas el 67% que equivale a dos padres de familia, refieren que su hijo/a no dice su nombre muy claramente y el 33% señala que a veces suele decirlo muy claramente.

Pregunta 15	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Voltea cuando se menciona su nombre?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



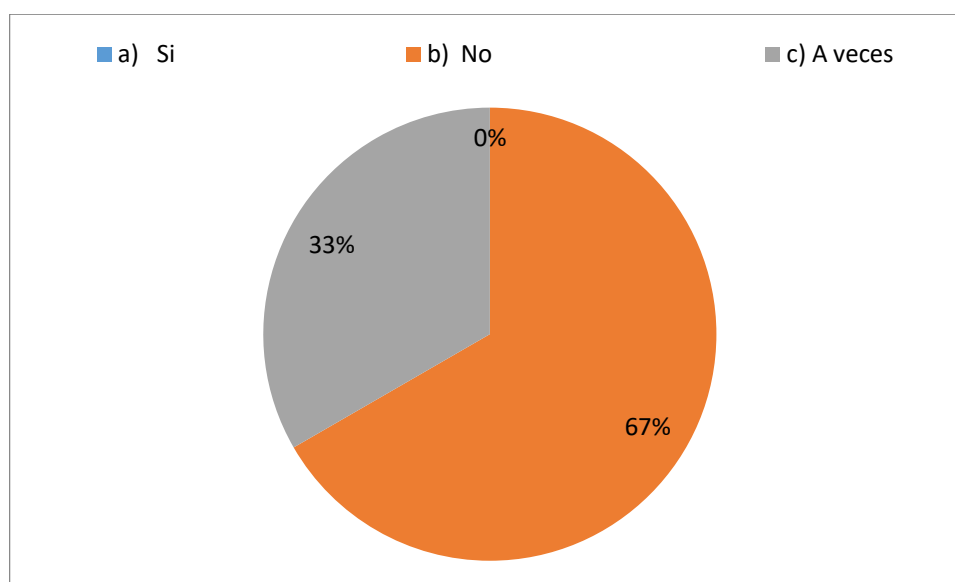
Interpretación: De acuerdo a la población seleccionada, el 100% de los padres afirman que sus hijos voltean cuando se menciona su nombre.

Pregunta 16	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Su hijo/a, ¿intenta pronunciar los nombres de las personas que conoce?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



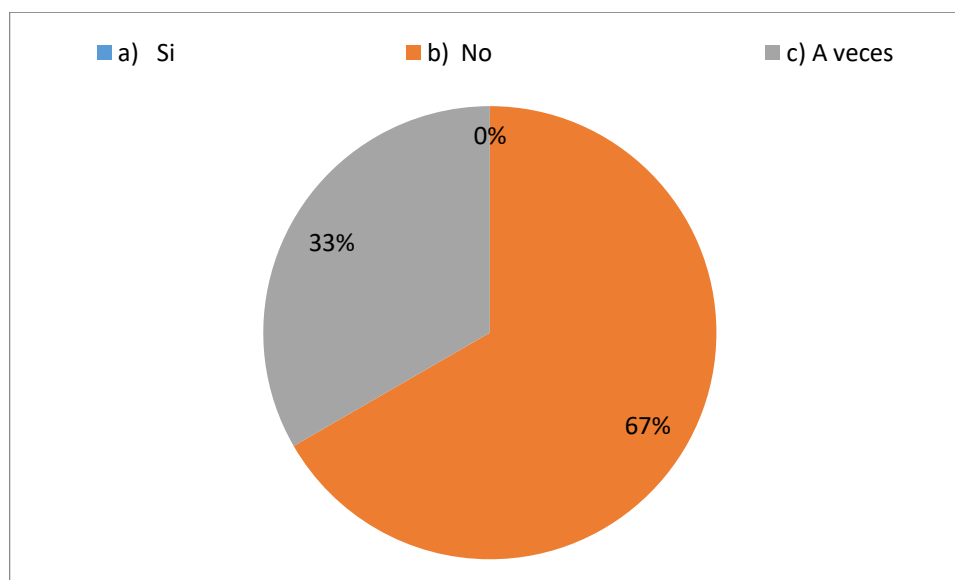
Interpretación: el 100% de la población encuestada afirmó que su hijo/a si intenta pronunciar los nombres de las personas que conoce.

Pregunta 17	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Su hijo, ¿pronuncia claramente los nombres de las personas que conoce?	a) Si	0	0%
	b) No	2	67%
	c) A veces	1	33%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



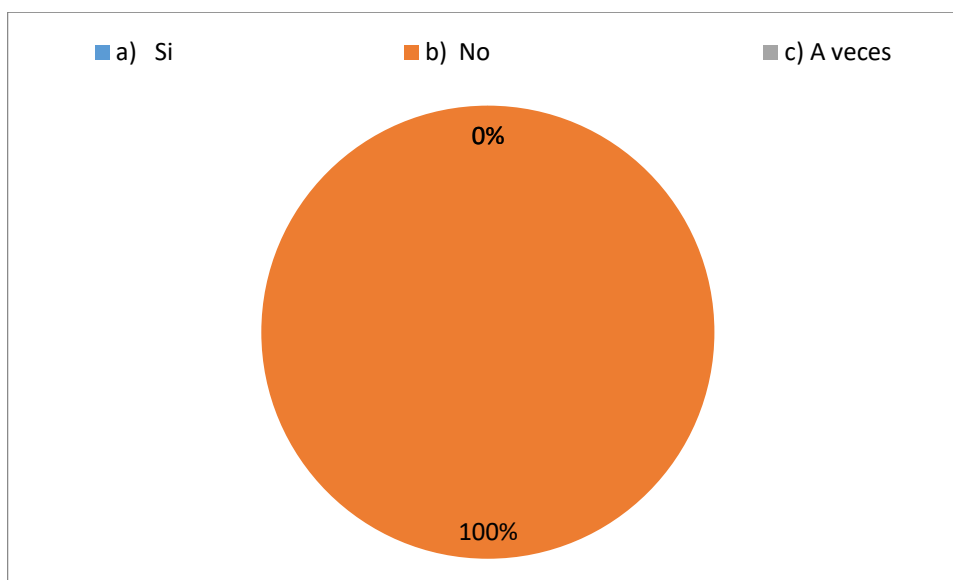
Interpretación: Es notorio observar que la mayoría de la población equivale al 67% de los encuestados, refiere su hijo/a no pronuncia claramente los nombres de las personas que conoce y el 33% menciona que su hijo/a lo hace a veces.

Pregunta 18	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Su hijo/a, ¿intenta decir los nombres de los días de la semana?	a) Si	1	
	b) No	2	
	c) A veces	0	
	Totales	$\Sigma=3$	



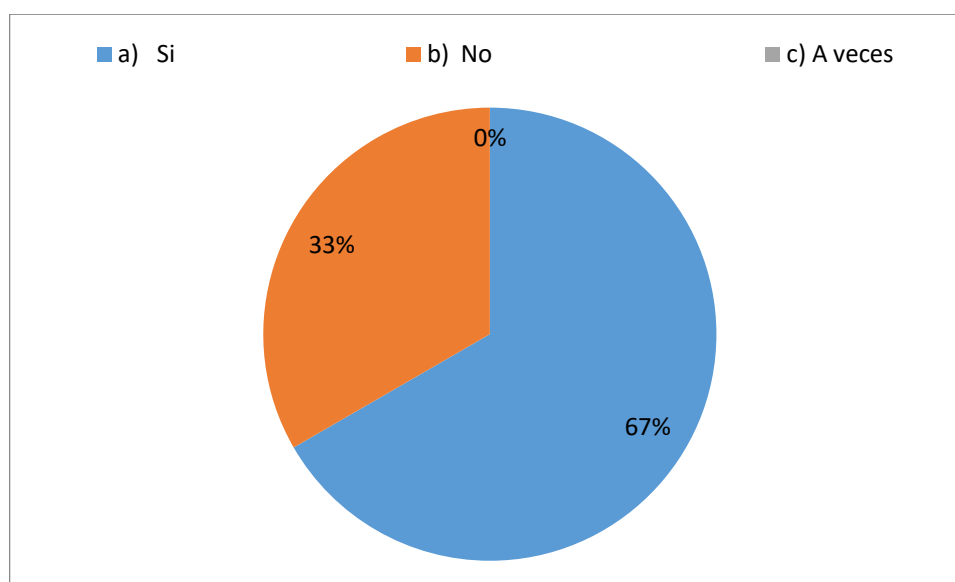
Interpretación: De acuerdo a los resultados graficados el 67% de la población menciona que su hijo/a no intenta decir los nombres de los días de la semana, sin embargo el 33% hace referencia que su hijo/a si lo intenta.

Pregunta 19	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Su hijo/a, ¿pronuncia claramente los nombres de los días de la semana?	a) Si	0	0%
	b) No	3	100%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



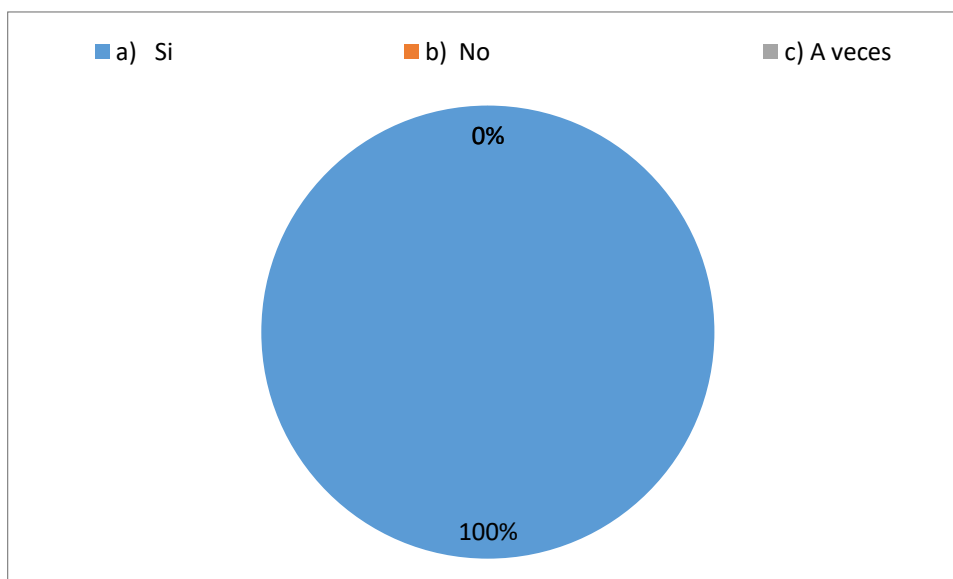
Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos el 100% de la población encuestada señaló que su hijo/a no pronuncia claramente los nombres de los días de la semana.

Pregunta 20	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
En sus expresiones de su hijo/a, ¿Combina el pasado con el presente?	a) Si	2	67%
	b) No	1	33%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



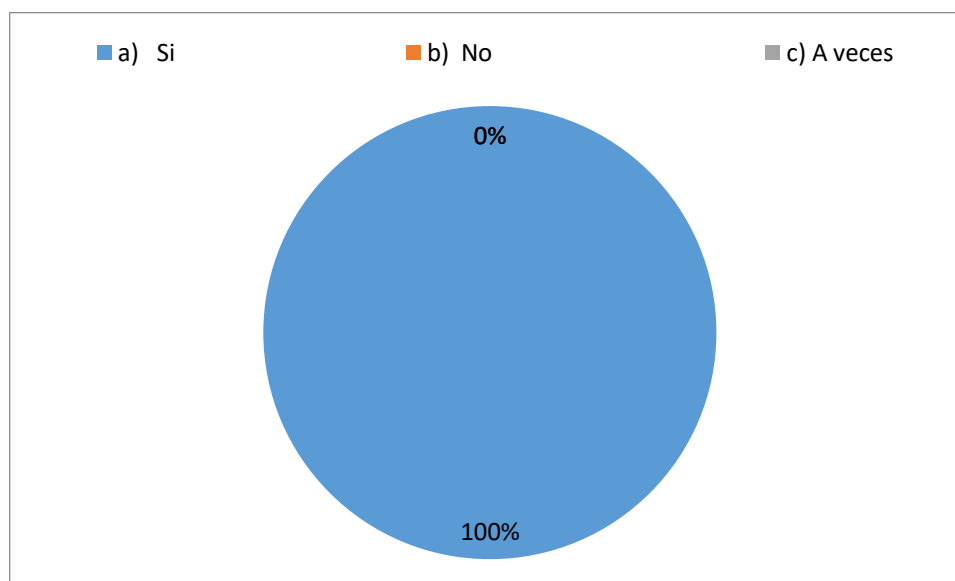
Interpretación: Es notorio observar que el 67% de la población encuestada señaló que en las expresiones de su hijo/a si realiza combinaciones del pasado con el presente. El 33% señaló que su hijo/a no lo hace.

Pregunta 21	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Emite sonidos cuando le retiran los objetos (juguetes y comida)?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



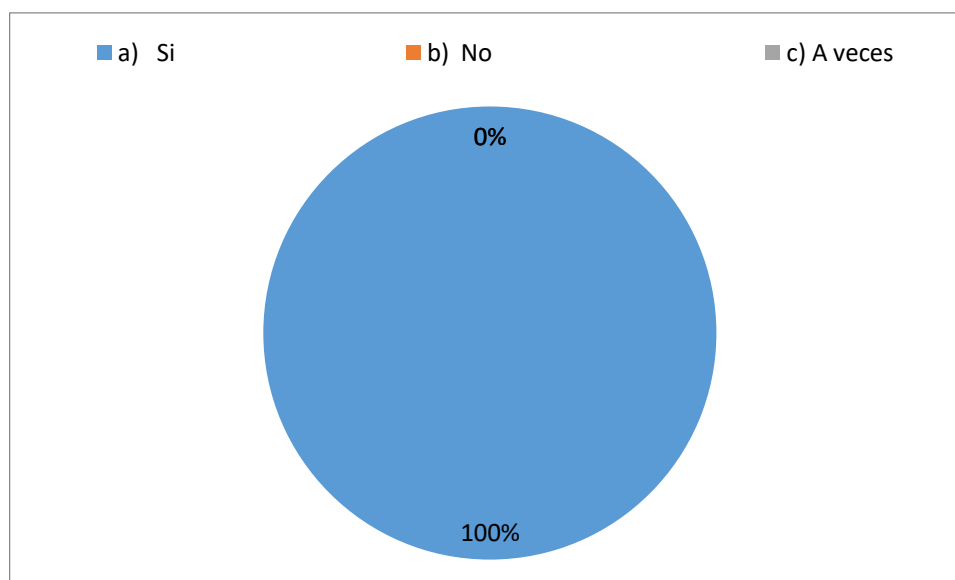
Interpretación: En la presente gráfica es observable que el 100% de la población encuestada señala que su hijo/a si emite sonidos cuando le retiran los objetos como los juguetes y la comida.

Pregunta 22	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Combina palabras como “dame”, “leche”, “mi mamá”?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



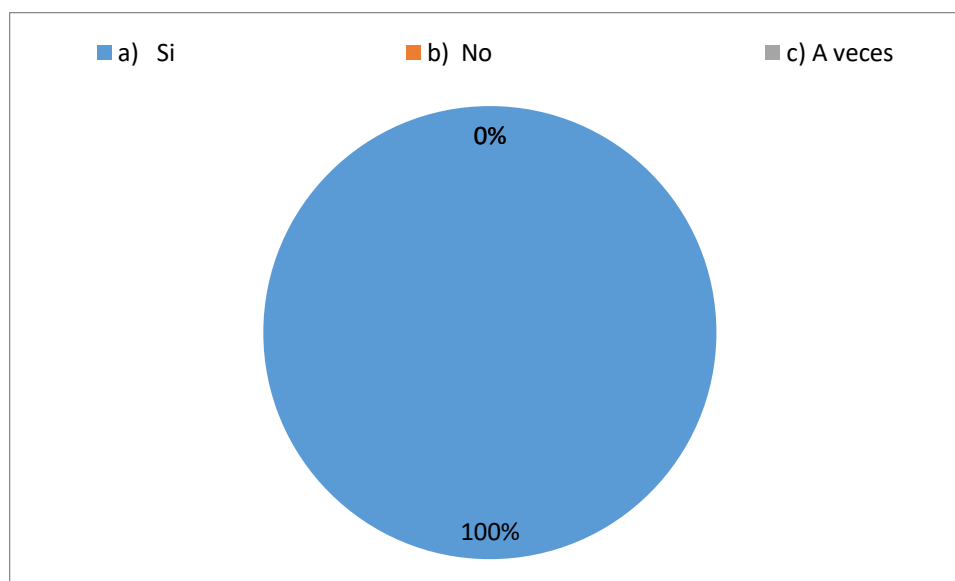
Interpretación: Los datos que se muestran en la presente grafica indican que el 100% de la población encuestada señalo que su hijo/a si combina palabras como “dame”, “leche”, “mi mamá”.

Pregunta 23	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Reproduce sonidos de animales (perro, gato, pato)?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



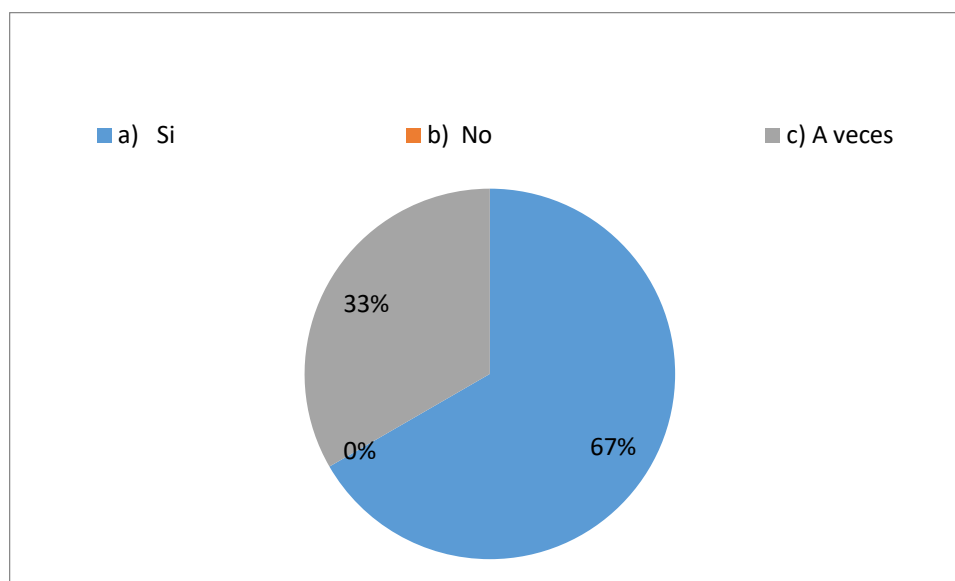
Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos el 100% de los padres encuestados señalo que su hijo/a si produce sonidos de onomatopeyas.

Pregunta 24	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Utiliza expresiones de dos palabras y responde con un si o un no?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



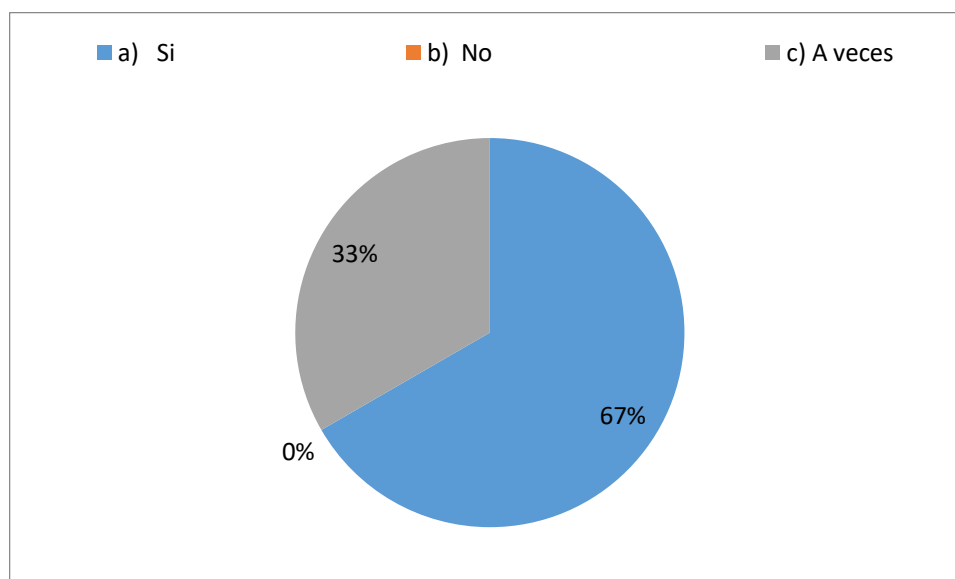
Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta en 100% de la población menciono que su hijo utiliza expresiones de dos palabras y responde con un sí o un no cuando se le cuestiona al respecto.

Pregunta 25	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Su hijo/a muestra facilidad para entender y seguir tareas e instrucciones?	a) Si	2	67%
	b) No	0	0%
	c) A veces	1	33%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



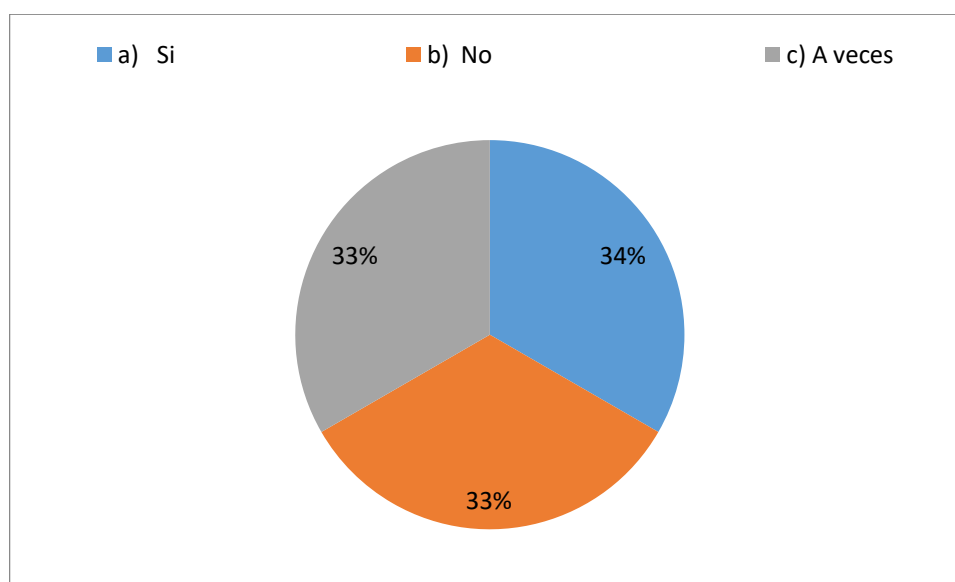
Interpretación: En la siguiente grafica es notorio observar que el 67% de la población afirmo que su hijo/a si muestra facilidad para entender y seguir tareas e instrucciones y el 33% hizo mención que solo a veces muestran la facilidad para entender y seguir tareas e instrucciones.

Pregunta 26	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Imita sonidos de dos vocales cuando otra persona lo hace cerca de él?	a) Si	2	67%
	b) No	0	0%
	c) A veces	1	33%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



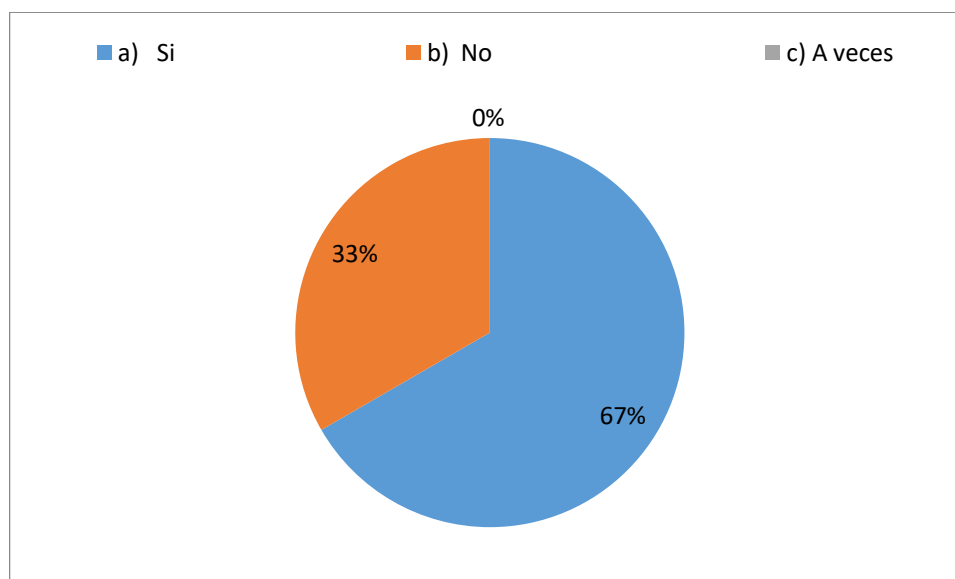
Interpretación: El 67% de los encuestados mencionaron que sus hijos/as si imitan sonidos de dos vocales cuando otra persona lo hace cerca de él/ella y el 33% refiere que solo a veces imitan sonidos de dos vocales cuando otra persona lo hace cerca de él/ella.

Pregunta 27	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Usa un promedio de 6 a 20 palabras comunes?	a) Si	1	34%
	b) No	1	33%
	c) A veces	1	33%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



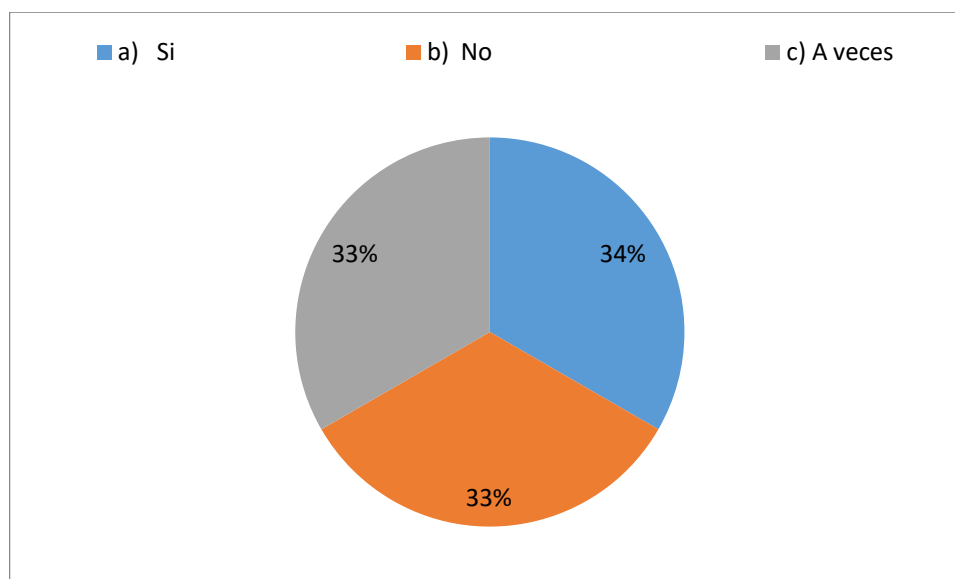
Interpretación: En la gráfica se muestra que el 34% de la población menciona que su hijo/a si usa un promedio de 6 a 20 palabras comunes, el 33% de los padres refirió que su hijo/a no si usa un promedio de 6 a 20 palabras comunes y el 33% dijo que solo a veces.

Pregunta 28	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Responde en forma verbal al escuchar su nombre, o balbucea?	a) Si	2	67%
	b) No	1	33%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



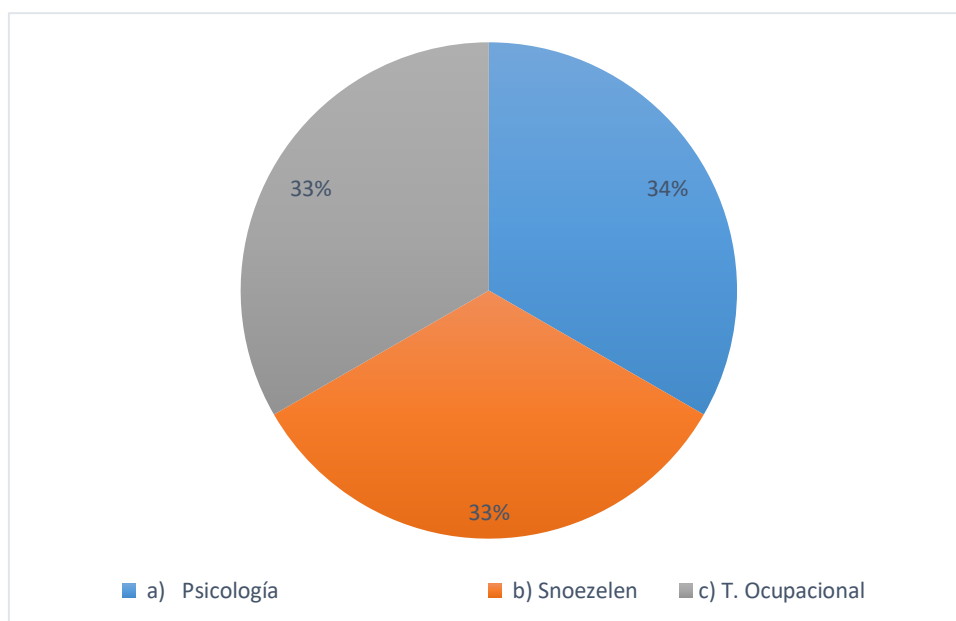
Interpretación: en esta grafica se observa que la mayor parte de la población el 67% menciona que su hijo/a si responde en forma verbal al escuchar su nombre, por otro lado el 33% refirió que no responde en forma verbal al escuchar su nombre.

Pregunta 29	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Vocaliza silabas como: da, ka, ba, ga, pa?	a) Si	1	34%
	b) No	1	33%
	c) A veces	1	33%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



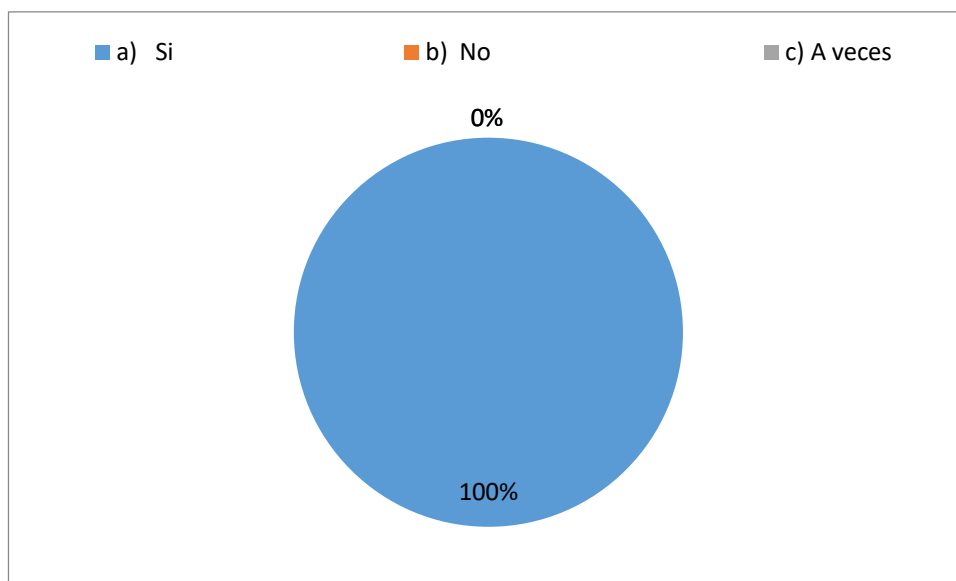
Interpretación: De acuerdo a la presente grafica el 34%de la población encuestada dijo que su hijo/a si vocaliza silabas como: da, ka, ba, ga, pa, el 33% menciona que no vocalizan las silabas y el otro 33% hizo mención que solo a veces vocaliza las silabas.

Pregunta 30	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿A qué otras áreas de la estimulación temprana acude su hijo?	a) psicología	1	34%
	b) snoezelen	1	33%
	c) T. Ocupacional	1	33%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



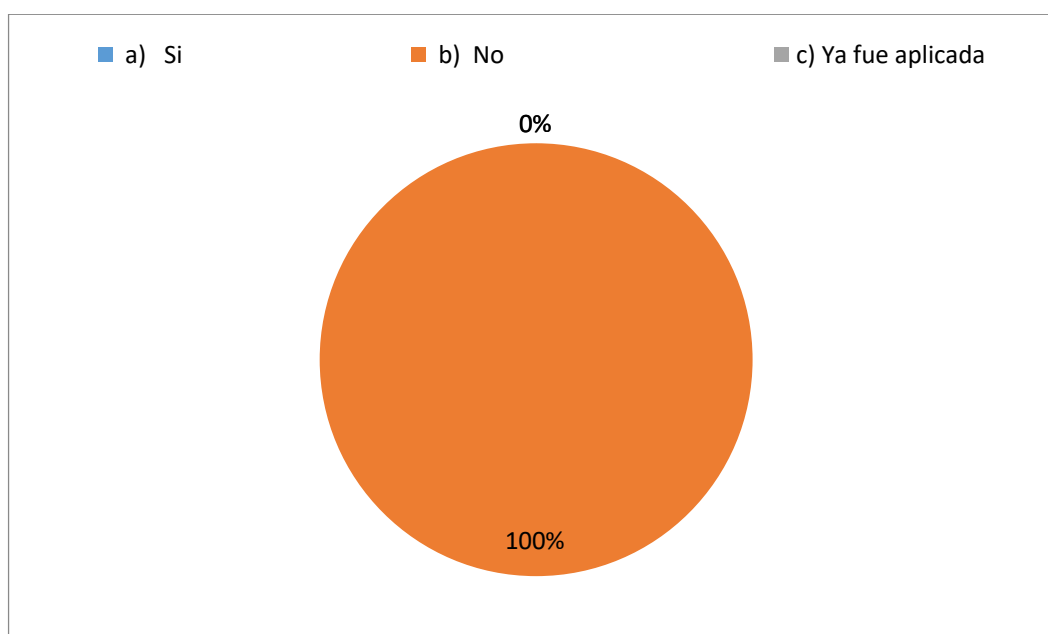
Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la gráfica es notorio observar que el 34% de la población señala que además de que su hijo/a recibe terapia de lenguaje, asiste a otras áreas de la estimulación temprana como Psicología, el 33% de los encuestados respondió que asiste al área de Snoezelen y el 33% señaló que su hijo/a asiste a terapia ocupacional.

Pregunta 31	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
En caso de asistir al área de psicología, ¿usted recibe algún tipo de orientación para su hijo/a?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



Interpretación: En la presente grafica es notorio observar que el 100% de la población menciona que asiste al área de psicología y que recibe algún tipo de orientación para su hijo/a.

Pregunta 32	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Le han hecho saber que su hijo/a necesita realizar algún tipo de prueba psicológica?	a) Si	0	0%
	b) No	3	100%
	c) Ya fue aplicada	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%

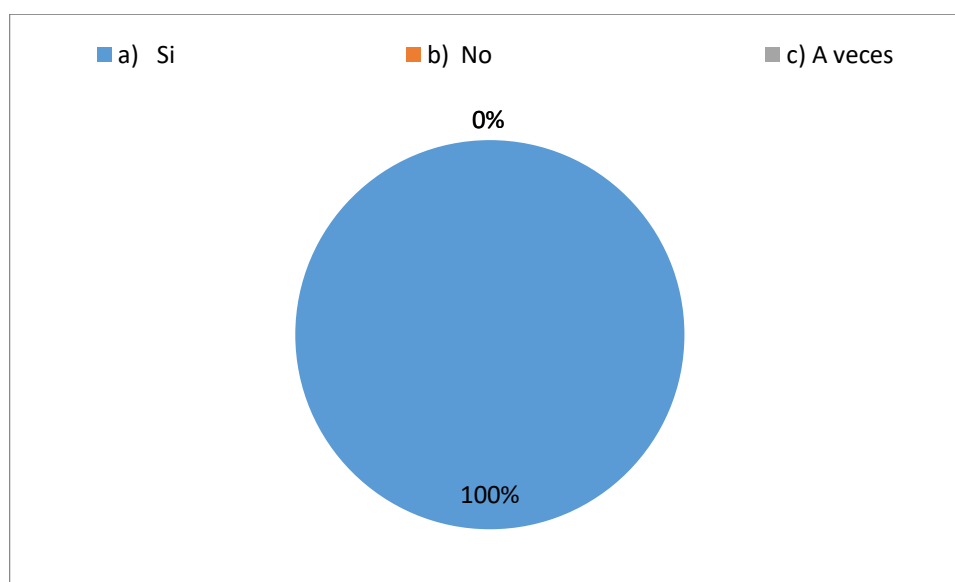


Interpretación: De acuerdo a los resultados graficados señalaron que no les han hecho saber que su hijo/a necesita realizar algún tipo de prueba psicológica.

Pregunta 33	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
En caso de que haya sido aplicada, menciónelo:			
	Totales	$\Sigma=0$	0%

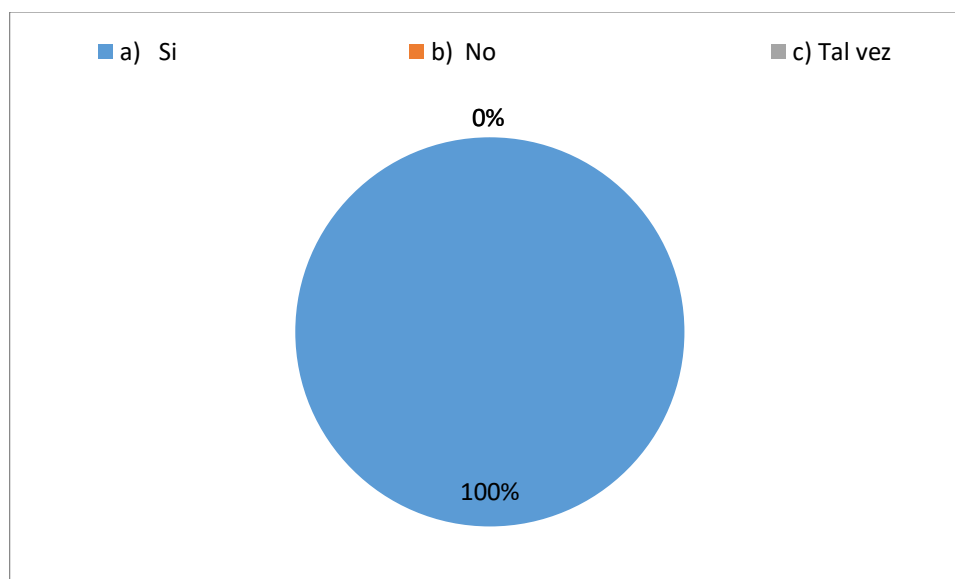
Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la pregunta número 32, claramente han indicado que su hijo/a no han recibido alguna prueba de evaluación psicológica, por lo tanto no mencionaron alguna.

Pregunta 34	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Considera que la ayuda psicológica es importante para su hijo?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



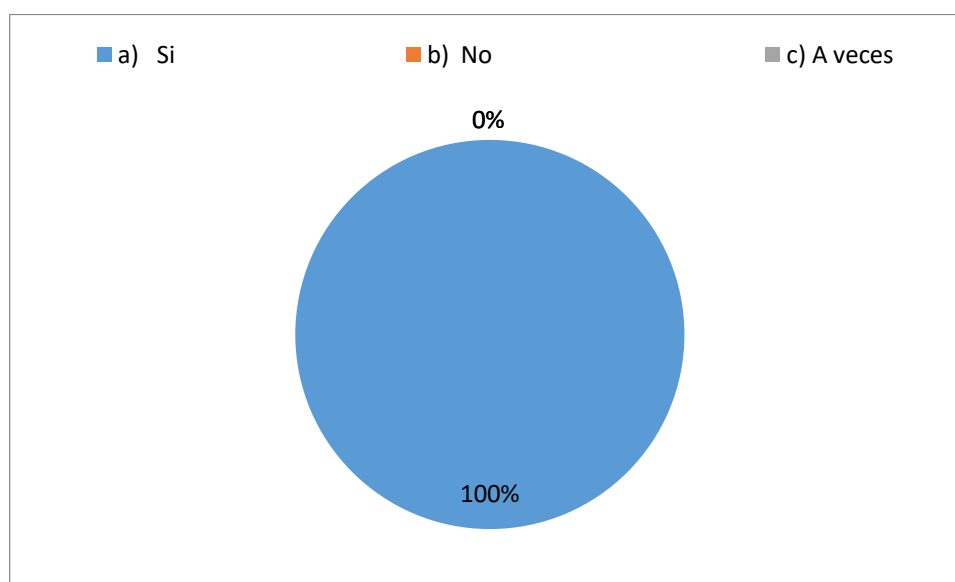
Los datos que se muestran en la presente gráfica indica que el 100% de los padres encuestados refiere que la asistencia psicológica es importante para su hijo/a.

Pregunta 35	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Usted considera que su familia también debería acudir a atención psicológica?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) Tal vez	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



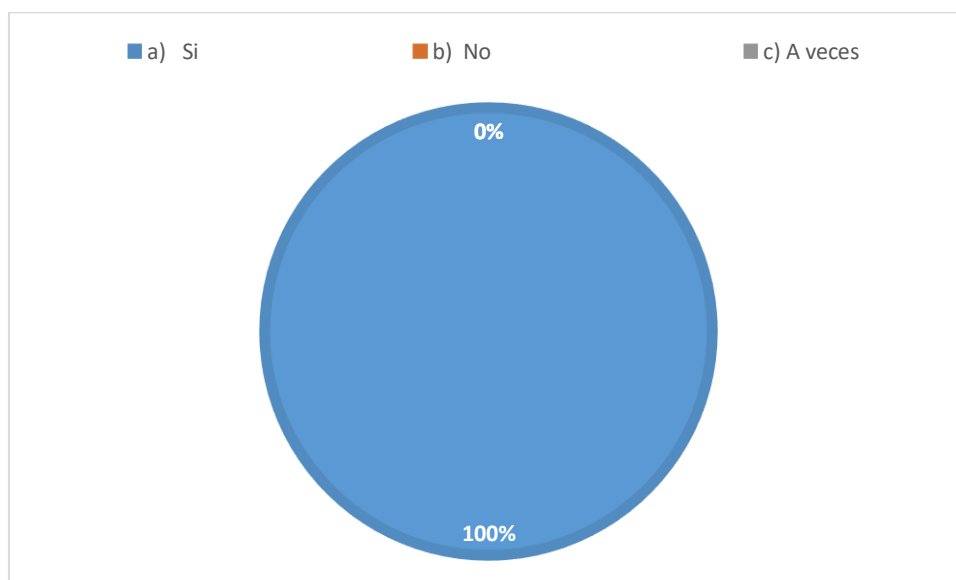
Interpretación: En la presente grafica es evidente que el 100% de los padres encuestados si consideran que su familia también debería acudir a atención psicológica.

Pregunta 36	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Usted recibe sugerencias de un psicólogo para trabajar en casa con su hijo?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



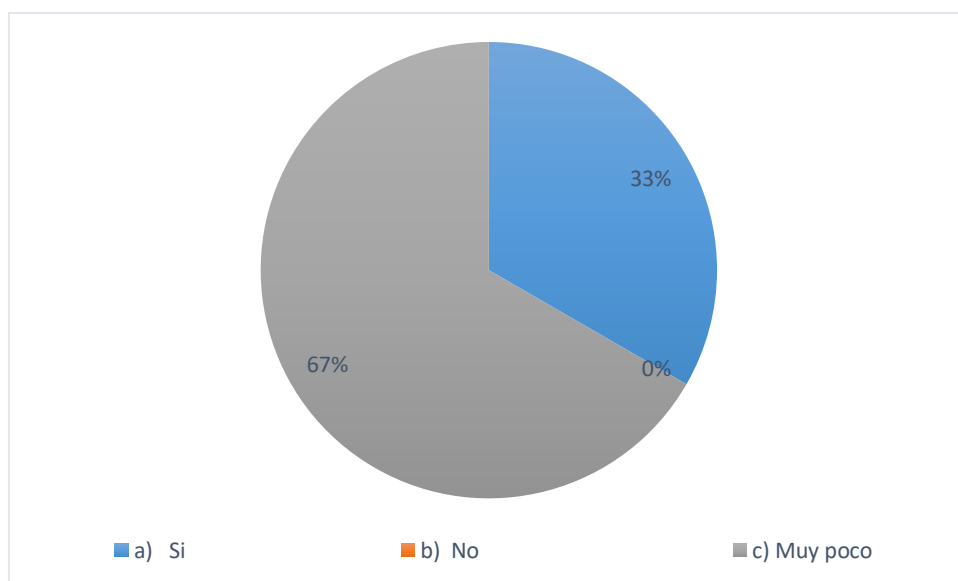
Interpretación: De acuerdo a la población seleccionada el 100% de los encuestados señalaron que si reciben sugerencias de un psicólogo para trabajar en casa con su hijo/a.

Pregunta 37	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Usted recibe sugerencias por parte de su terapeuta del lenguaje para trabajar en casa?	a) Si	3	100%
	b) No	0	0%
	c) A veces	0	0%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos el 100% de los padres encuestados refirió que si recibe sugerencias por parte de su terapeuta del lenguaje para trabajar en casa.

Pregunta 38	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
¿Ha notado avance en el lenguaje de su hijo/a?	a) Si	1	33%
	b) No	0	0%
	c) Muy poco	2	67%
	Totales	$\Sigma=3$	100%



Interpretación: Los datos registrados en la presente grafica indico que 67% de la población entrevistada señalo que el avance del lenguaje de su hijo ha sido muy poco con la ayuda de la estimulación temprana sin embargo el 33% indico que si ha notado el avance en el lenguaje de su hijo/a.

4.2 DISTRUBUCIÓN DE FRECUENCIAS

Número de encuestados	X	Y	XY	X²	Y²
1	6	31	186	36	961
2	6	30	180	36	900
3	7	34	238	49	1156
SUMATORIA	19	95	604	121	3017

4.3 CORRELACION DE PEARSON

$$r = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n(\sum x^2) - (\sum x)^2] [n(\sum y^2) - (\sum y)^2]}}$$

$$r = \frac{3(604) - 19(95)}{\sqrt{[3(121) - (19)^2] [3(3017) - (95)^2]}}$$

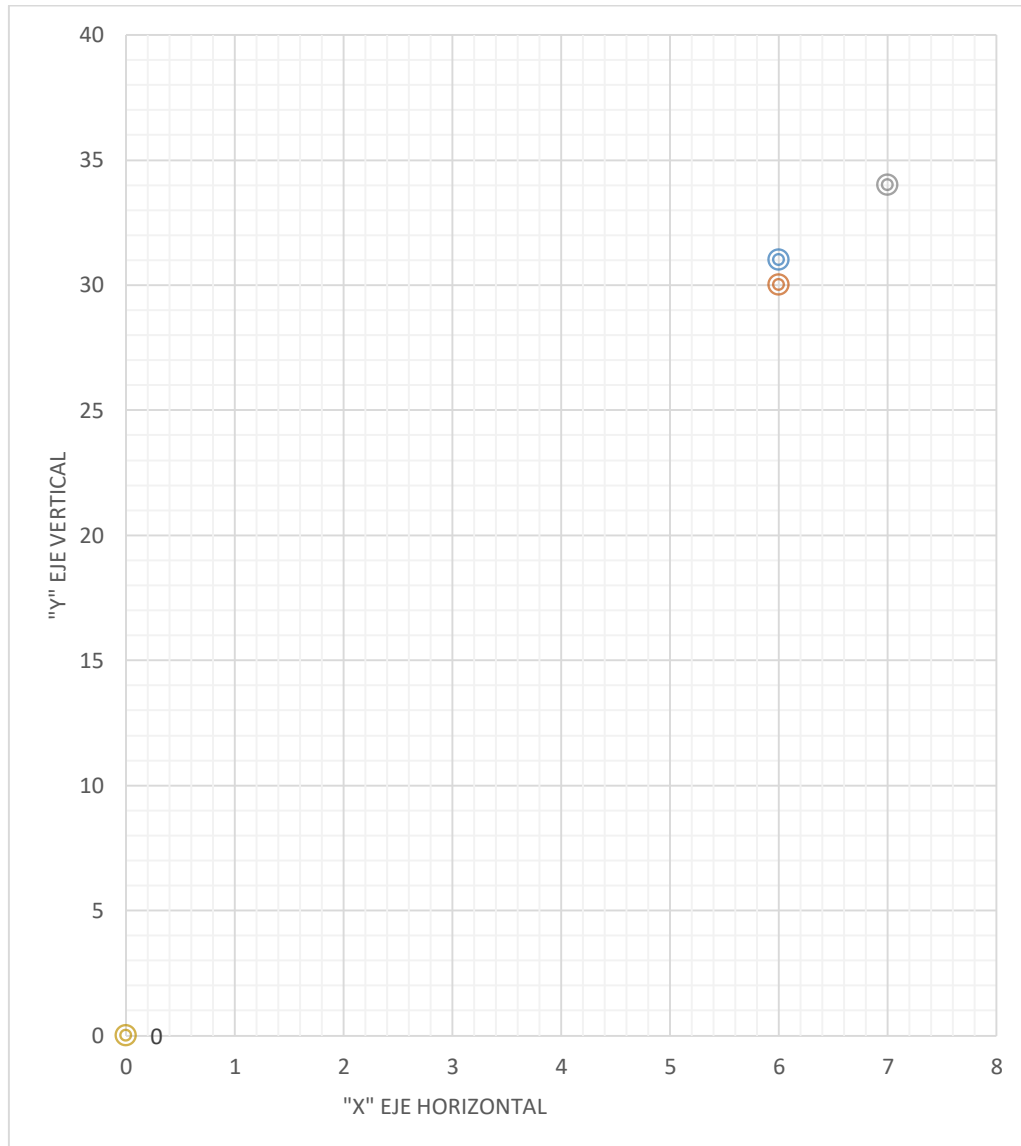
$$r = \frac{1812 - 1805}{\sqrt{[363 - 361][9051 - 9025]}}$$

$$r = \frac{7}{\sqrt{[2][26]}}$$

$$r = \frac{7}{\sqrt{52}} = \frac{7}{7.2111} = .97$$

r= .97 Correlación positiva muy fuerte.

4.4 DIAGRAMA DE DISPERSIÓN



4.5 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS ENTREVISTAS A PADRES Y EXPERTOS

Padres de familia:

En la presente investigación se contemplaron a seis padres de familia de los cuales tres desertaron por situaciones externas, considerando así solo a tres progenitores para dicha investigación.

Los padres de familia comentan que sus hijos con síndrome de Down asisten parcialmente al área de estimulación del lenguaje, siempre y cuando no haya inconveniente en sus labores o económicamente, los padres de los niños sugieren más tiempo del que los terapeutas manejan con sus hijos para que el avance sea mejor, también refieren que trabajan en casa cuando no pueden asistir y aunque asistan a sus terapias continúan realizando sus actividades en casa, sin embargo el avance que ellos observan en sus hijos es variable debido a que unos refieren que sus hijos son lentos, a otros se les dificulta acatar las reglas, el estado emocional de ese momento bloquea un aprendizaje o presentan alguna otra situación.

Los papas de los usuarios hacen alusión que la asistencia de sus hijos al área del lenguaje ha comenzado en distintos tiempos: Paciente uno comenzó a la edad de cinco meses y actualmente tiene siete años, el paciente dos inició a los tres meses de edad y actualmente tiene seis años, el paciente tres ingresó a la edad de cinco meses; sin embargo los padres detuvieron su asistencia al tener un año de edad por cuestiones externas, refiere haberlo ingresado nuevamente a los cinco años de edad, actualmente el menor tienen 6 años de edad. Pareciera ser que los padres de los niños

han aceptado la situación en un 85% y esto se ve reflejado desde el tiempo inicial de ingreso y en el seguimiento que le han dado a sus hijos. (Ver anexo B).

Expertos:

De acuerdo a la entrevista a aplicada dirigida a los terapeutas de lenguaje y al área de enseñanza se logró obtener la siguiente información:

El área del lenguaje se encuentra en el segundo espacio del centro de rehabilitación y consta de dos consultorios, por ende, dos terapeutas de lenguaje y un aula espaciosa. Las sesiones que imparten son de treinta minutos por paciente de uno o dos veces por semana, en algunos casos cada quince días. Los materiales que utilizan los terapeutas de lenguaje son: Fichas, marionetas, lotería infantil, datos reescribibles, fichas prelectura, silabas fonéticas, memoramas y actividades de soplo, entre otros.

Para que el paciente pueda ingresar a terapia de lenguaje el tutor debe realizar el pago del servicio de un costo de \$25 pesos, posteriormente el niño es ingresado a su sesión, lugar donde siempre es recibido el día y hora acordada por el mismo terapeuta de lenguaje, las actividades que el terapeuta realiza depende mucho del diagnóstico y la evolución del paciente con síndrome de Down.

Cabe mencionar que los terapeutas realizan un expediente por cada paciente en donde dan a conocer las notas de evolución. La información de los pacientes es resguardada bajo un criterio específico donde no es permitido el acceso por algún otro personal ni por los tutores de los usuarios. Los pacientes que acuden a terapia

regularmente son menores de edad, debido a esto los infantes acuden a sus consultas de la mano de sus familiares.

Los expertos del área del lenguaje refieren que a lo largo de los años, los menores que han acudido poseen un avance lento el cual ellos consideran como favorable, desglosan que el desarrollo de los niños con síndrome de Down es normal por su condición y depende del ambiente en el que se desenvuelven. (Ver anexo C)

4.6 VALIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados obtenidos, la estimulación temprana si beneficia el desarrollo del lenguaje, sin embargo, existen varios factores que favorecen o entorpecen esta estimulación.

Dando a conocer en la presente investigación la validez mediante formas cuantitativas la relación que existe entre las variables estudiadas, esto mediante el estudio correlacional, aplicando la prueba de Pearson se obtiene lo siguiente:

r= .97 Correlación positiva muy fuerte

Por lo que el investigador llega a la siguiente conclusión:

Se acepta la siguiente hipótesis de investigación planteada:

H1. La estimulación temprana si beneficia el desarrollo del lenguaje en infantes con Síndrome de Down de 4 a 7 años de edad que acuden al Centro de Rehabilitación Integral de Huejutla Hidalgo.

4.7 ANALISIS CRÍTICO: TRIANGULACIÓN DE RESULTADOS

La hipótesis planteada al inicio de la investigación se ha comprobado mediante los diferentes instrumentos de investigación implementados, tales como la encuesta, la entrevista aplicada a expertos y la entrevista aplicada a los padres de familia, lo cual se comprueba y concluye que la estimulación temprana determina un desarrollo en el área del lenguaje del niño, sin embargo existen factores externos a la estimulación que impiden un proceso adecuado. Son los padres quienes tienen la principal responsabilidad de acudir y aceptar la situación de su hijo, durante la entrevista abierta se logró obtener en los tres casos atendidos que los padres tuvieron dificultad para aceptar que sus hijos debían tener un seguimiento de estimulación desde una temprana edad, aceptando que en la actualidad se han responsabilizado de acudir a sus terapias obteniendo buenos resultados. Por otra parte pareciera ser que la institución muestra un margen de interés del 30%, el CRIRH es una institución de rehabilitación general el cual carece de ciertas áreas administrativas ya que la cobertura, tiempo y terapeutas es insuficiente.

Sin embargo se han realizado pocas investigaciones oportunas para la población como por ejemplo de diez personas con síndrome de Down, solo dos son los que realmente acuden a terapias desde temprana edad, y el resto de la población no asiste ya sea por cuestiones económicas, por la lejanía de la institución desde el lugar de origen o porque los tutores desconocen la importancia de la estimulación y para los usuarios constantes hacen saber que el proceso de estimulación en el área del lenguaje es lento pero se obtienen buenos resultados.

TRIANGULACIÓN DE RESULTADOS



CAPÍTULO V

SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN

5.1 SUGERENCIAS

Las sugerencias que se presentan, nacen a través de la observación, la encuesta y las entrevistas aplicadas, en el cual se llegaron a identificar diversos factores que contribuyen u obstaculizan un desarrollo funcional en el área del lenguaje. Es por ello que se plantean sugerencias que pueden apoyar en los diferentes ámbitos.

A) Al CRIRH –Huejutla

Las autoridades gubernamentales del CRIRH-Huejutla, son las encargadas de crear programas que fomenten la unión familiar.

- Crear espacios de reacción donde las familias puedan tener mayor convivencia.
- Establecer espacios accesibles en las cuales las familias puedan acudir a recibir información, así como también puedan recibir apoyo psicológico.
- Implementar programas en los cuales los padres reciban una orientación acerca de cómo poder mejorar el lenguaje de sus hijos de cómo poder poner límites y reglas dentro de su hogar sin que los niños sufran de algún tipo de violencia (psicología, verbal o por abandono).

B) Al área del lenguaje del CRIRH-Huejutla

El espacio de estimulación para el lenguaje que se encuentra en dicha institución debe ser fundamentalmente polivalente y flexible en su uso. Sin embargo, se debe tener en cuenta otras características entre las que destacamos las siguientes:

- Posibilidad de admitir usos diversificados, así como cambios en las estructuras a través de tabiques móviles, cortinas, biombos, puertas correderas.

- Espacios higiénicos, de fácil acceso, seguros, bien iluminados y cuyo colorido y textura contribuyan a crear un ambiente agradable, alegre y cálido.
- Bien planificado según el tipo de actividad que se vaya a realizar en cada momento, dando respuesta individualizada y ajustada a las necesidades específicas de los niños.
- Tanto el mobiliario como los materiales tendrán muy planificada su accesibilidad, cuidado, mantenimiento, visibilidad.

C) Padres de familia con niños con síndrome de Down

La familia es el primer agente de socialización con la que se enfrenta el niño, la interacción que existe entre los integrantes influirá en el desarrollo, haciendo énfasis en el área del lenguaje se sugiere que:

- Buscar formas de convivencia con la familia con el objetivo de formar en los hijos personas integrales, capaces de desenvolverse como personas autosuficientes, además generar una familia en la que predomine el amor, equidad y respeto por los miembros.
- La estimulación del lenguaje no debe tomarse como una labor, sino como un juego en el cual los papás deben lograr que el infante lo vea como diversión.
- Es importante que no sature ni sobre estimule al niño con demasiadas actividades, con una o dos actividades sencillas al día es más que suficiente.

- Se sugiere que en las actividades a realizar se desconecten teléfonos, celulares, equipos, lo que importa no es la cantidad, sino la calidad del tiempo que pasen con su hijo.

Por otra parte los niños Down deben ser considerados como personas capaces de ser autosuficientes e independientes por lo cual se sugiere que al ingresar a una sesión de terapia de lenguaje asista:

- Autónomo al ingresar a su sesión
- Aseado
- Vestimenta adecuada y limpia
- Tranquilo
- Animado para recibir su terapia

D) Expertos en terapia de lenguaje del CRIRH- Huejutla

Se sugiere que si durante las aplicaciones de la estimulación el niño no realiza adecuadamente la actividad correspondiente; emplear estrategias didácticas que no afecten su desarrollo ya que debe aprender mediante un ensayo y error. El trabajo debe ser integrador por lo que también se propone organizar talleres para capacitar a los padres y personas involucradas en el programa de estimulación temprana para que se practique con los infantes con Síndrome de Down.

E) Psicólogos o profesionales en esta rama

El psicólogo o profesional capacitado juega un papel muy importante como red de apoyo en el área de estimulación temprana del lenguaje ya que principalmente es donde se llevará a cabo dichas actividades beneficiando este proceso, por lo cual se sugiere el diseño de un programa de estimulación temprana con conocimiento previo de la población, involucrando los diferentes aspectos mencionado en esta investigación.

Es importante la construcción de un espacio físico, donde se puedan tener todos los materiales necesarios que se emplearan para dicho programa y a su vez se puedan desenvolver cómodamente al momento de realizar las actividades.

El proyecto que se ha realizado ha contribuido de manera satisfactoria para identificar y destacar los puntos que hay que cubrir y considerar para realizar una implementación exitosa de los sistemas de la institución. Nos deja numerosos sucesos importantes que reflexionar como el hecho de que la probación en general desconoce lo valioso que es la estimulación temprana para los niños con síndrome de Down en el área del lenguaje; por otra parte la institución CRIRH ha reforzado puntos angulares para llevar a cabo una culminación precisa.

ANEXOS

ANEXO A: ENCUESTA A PADRES DE FAMILIA

Instrumento de investigación: Encuesta

Lugar de aplicación: _____

Fecha: _____

Objetivo: Obtener información estadística, para saber si la estimulación temprana favorece en el desarrollo del lenguaje en un niño con Síndrome de Down.

Instrucciones:

1. La persona que conteste la encuesta debe ser la madre o el padre del niño/a con síndrome de Down.
2. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Lo que nos interesa es la experiencia con su hijo.
3. La encuesta es anónima, por lo que los datos se tratarán con las máximas garantías de confidencialidad y sólo serán usados con fines de investigación.
5. Procure no dejar ninguna pregunta sin contestar:

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo/a con síndrome de Down?

- a) Hombre b) Mujer

2. ¿Cómo fue que su hijo ingreso al Centro de Rehabilitación integral de Huejutla Hidalgo?

- a) Decisión propia b) Un doctor le recomendó c) Pláticas

3. ¿En qué momento cree usted que se debe de iniciar una estimulación temprana?

- a) Antes del nacimiento b) Después del nacimiento c) A partir de un año

4. ¿Hasta qué edad es importante estimular a un niño?

- a) 2 Años b) 4 Años c) 6 Años

5. ¿Estimuló a su hijo/a con canciones o palabras durante el embarazo?

- a) Si b) No c) A veces

6. Durante el desarrollo de su hijo/a, ¿le ha mostrado cariño hacia él o ella?

b) Si b) No c) A veces

7. ¿Considera usted que las actividades de la estimulación temprana ayudan el desarrollo del lenguaje de su hijo/a?

b) Si b) No c) A veces

8. ¿Considera que el ambiente de su hijo/a, está ayudando a aumentar su lenguaje, con el apoyo de la estimulación temprana de acuerdo a su edad?

b) Si b) No c) A veces

9. ¿Cómo considera el lenguaje de su hijo/a con la ayuda de la estimulación temprana?

b) sin resultados b) lento c) avanzado

10. ¿Usted cree que el lugar donde recibe terapia su hijo/a es adecuado?

b) Si b) No c) A veces

11. ¿Motiva a su hijo/a a realizar actividades estimulantes como cantar, leer, deletrear?

b) Si b) No c) A veces

12. ¿Algún especialista le ha indicado como estimular el desarrollo del lenguaje en su hijo?

b) Si b) No c) A veces

13. ¿Está convencido con el programa de estimulación temprana que recibe su hijo?

b) Si b) No c) A veces

14. Su hijo/a, ¿Dice su nombre muy claramente?

b) Si b) No c) A veces

15. ¿Voltea cuando se menciona su nombre?

b) Si b) No c) A veces

16. Su hijo/a, ¿intenta pronunciar los nombres de las personas que conoce?

b) Si b) No c) A veces

17. Su hijo/, ¿pronuncia claramente los nombres de las personas que conoce?

b) Si b) No c) A veces

18. Su hijo/a, ¿intenta decir los nombres de los días de la semana?

b) Si b) No c) A veces

19. Su hijo/, ¿pronuncia claramente los nombres de los días de la semana?

b) Si b) No c) A veces

20. En sus expresiones de su hijo/a, ¿Combina el pasado con el presente?

b) Si b) No c) A veces

21. ¿Emite sonidos cuando le retiran los objetos (juguetes y comida)?

b) Si b) No c) A veces

22. ¿Combina palabras como “dame”, “leche”, “mi mamá”?

b) Si b) No c) A veces

23. ¿Reproduce sonidos de animales (perro, gato, pato)?

b) Si b) No c) A veces

24. ¿Utiliza expresiones de dos palabras y responde con un si o un no?

b) Si b) No c) A veces

25. ¿Su hijo/a muestra facilidad para entender y seguir tareas e instrucciones?

b) Si b) No c) A veces

26. ¿Imita sonidos de dos vocales cuando otra persona lo hace cerca de él?

b) Si b) No c) A veces

27. ¿Usa un promedio de 6 a 20 palabras comunes?

b) Si b) No c) A veces

28. ¿Responde en forma verbal al escuchar su nombre, o balbucea?

b) Si b) No c) A veces

29. ¿Vocaliza silabas como: da, ka, ba, ga, pa?

b) Si b) No c) A veces

30. ¿A qué otras áreas de la estimulación temprana acude su hijo?

a) Psicología b) Snoezelen c) T. ocupacional d) otro: _____

31. En caso de asistir al área de psicología, ¿usted recibe algún tipo de orientación para su hijo/a?

b) Si b) No c) A veces

32. Le han hecho saber que su hijo/a necesita realizar algún tipo de prueba psicológica?

- a) Si b) no c) Ya fue aplicada

33. En caso de que haya sido aplicada, méncionelo:

34. ¿Considera que la ayuda psicológica es importante para su hijo?

- b) Si b) No c) A veces

35. Usted considera que su familia también debería acudir a atención psicológica?

- b) Si b) No c) Tal vez

36. ¿Usted recibe sugerencias de un psicólogo para trabajar en casa con su hijo?

- b) Si b) No c) A veces

37. ¿Usted recibe sugerencias por parte de su terapeuta del lenguaje para trabajar en casa?

- a) Si b) no c) a veces

38. ¿Ha notado avance en el lenguaje de su hijo/a?

- a) Si b) no c) muy poco

¡Gracias por colaborar en esta investigación!

ANEXO B: VACIADO DE RESULTADOS DE LA ENTREVISTA ABIERTA A PADRES DE FAMILIA

No. 1	¿Cuál era la edad de su hijo al ingresar a terapia de lenguaje?		
	Papá 1	Papá 2	Papá 3
	Tenía 5 meses, pero cuando cumplió un año lo tuvimos que dejar de traer por unas situaciones familiares, y cuando tuvo cinco años otra vez lo empezamos a traer.	A los tres meses de edad.	Solo tenía 5 meses de edad.
No. 2	¿Qué piensan acerca del tiempo que los terapeutas utilizan dentro de una sesión?		
	Papá 1	Papá 2	Papá 3
	Es muy poco.	Creo que es insuficiente, porque 30 minutos pasan muy rápido.	Me gustaría que se extendiera a unos 20 minutos más, porque 30 minutos es muy poco.
No. 3	¿Qué pasa cuando no asisten a sus terapias?		
	Papá 1	Papá 2	Papá 3
	Pues la verdad un poco lento.	Lento pero la terapeuta nos dice que es normal por su condición y que lo importante es que avance.	Si vemos avance, ella hace cosas a las de un niño normal de su edad.
No. 4	¿Cómo ha observado el avance de su hijo desde que fue ingresado?		
	Papá 1	Papá 2	Papá 3
	Pues la verdad un poco lento.	Lento pero la terapeuta nos dice que es normal por su condición y que lo importante es que avance.	Si vemos avance, ella hace cosas a las de un niño normal de su edad.

No. 5	¿Cómo considera la frecuencia de asistencia de su hijo al área de lenguaje?		
	Papá 1	Papá 2	Papá 3
	Pues bien siempre tratamos de no faltar.	Hemos asistido a la mayoría de las consultas.	Siempre hemos tratado de no faltar.
No. 6	¿Ha tenido problemas para que su hijo no asista a sus terapias?		
	Papá 1	Papá 2	Papá 3
	Pues a veces lo traigo y no quiere pasar y así se la pasa.	No, ninguna, es muy raro que yo no lo traiga.	Si, por que como venimos de lejos a veces no nos alcanza para el gasto.
No. 7	¿Tuvo dificultad para que usted como padre se sienta interesado en llevar a su hijo a terapias de lenguaje?		
	Papá 1	Papá 2	Papá 3
	Creo que si por que antes no sabía mucho de lo que tenía si no que unos conocidos de mis esposa nos dijeron que lo traigamos, prácticamente nos animaron.	Si, por que yo pensaba que era algo muy peligroso, me imaginaba que todo el tiempo le iban a hacer estudios y ya después un doctor me oriento después de que mi hijo tuvo un mes de nacido, pero lo traje hasta los tres meses.	A principios si, por que como son cuates en los primeros meses se me dificultaba, porque sentía que no podía con los dos, ya después mi familia me ayudó a organizarme.

ANEXO C: VACIADO RESULTADOS DE ENTREVISTA ABIERTA A EXPERTOS

No. 1	¿Cuál es el número de personal que labora en esta área?	
	Experto 1	Experto 2
	Estamos dos, Mi compañero el psicólogo R. y su servidora.	Solo nosotros dos somos los responsables en terapia de lenguaje.
No. 2	¿Cuál es el tiempo que dura una sesión?	
	Experto 1	Experto 2
	Treinta minutos, en todas las áreas que están aquí son de treinta minutos por la cantidad de pacientes que tenemos que atender al día.	Son solo treinta minutos, que equivale a media hora.
No. 3	¿Cada cuando citan a los pacientes?	
	Experto 1	Experto 2
	Yo los cito cada ocho días pero hay quienes prefieren venir cada 15 días por que viene de lugares lejanos, porque son de escasos recursos.	Cada 8 días.
No. 4	¿Cuáles son los materiales u actividades que realizan para estos niños?	
	Experto 1	Experto 2
	Eh, yo trabajo con distinto material, dependiendo del avance que el niño lleva, con algunos trabajo con fichas, marionetas, lotería de niños, silabas fonéticas y algunos otros que sé que les estimula. También con datos reescribirles y memoramas haciendo sentir que estamos en un juego. Tenemos un salón grande y apenas estamos comenzando a querer darle utilidad porque pertenece a área de lenguaje.	Pues aquí contamos con poco material pero lo poco que hay trato de explotarlo con todos, y de las actividades que realizo son varios, como hace un rato que practicábamos vocalización mediante burbujas de jabón y hacer sentir que estamos en un juego sosteniendo un objetivo que es estimular el lenguaje.

No. 5	¿Cuál es la dinámica para poder ingresar a terapia de lenguaje?	
Experto 1		Experto 2
<p>Eh, la rutina de todo paciente es que primero haga el pago, aquí en lenguaje es un costo de 25 pesos, en algunas áreas varia el precio, ellos pagana y cuando ya es hora de ingresar deben pasar con su comprobante de pago y eso a nosotros nos sirve para agendarlo en una bitácora laboral.</p>		<p>Cuando se ingresa por primera vez ellos ya deben de tener una impresión diagnóstica por esta misma institución con la que se inicia a seguir recabando datos, se les agenda citas y si ellos comienzan a asistir y se realiza un expediente, más bien el expediente ya está simplemente se agregan datos relevantes de lo que sucede y se queda totalmente resguardado donde no es permitido el acceso por algún otro personal ni por los tutores de los niños.</p>
No. 6	¿Cuál es la edad de población que más asiste a una terapia de lenguaje?	
Experto 1		Experto 2
<p>Los niños, adolescentes hay como 1 de diez y adultos no hay.</p>		<p>Niños, yo tengo desde 3 años a 13 años de ahí en fuera no he tenido casos.</p>
No. 7	¿Cómo considera el avance en estos niños con Síndrome de Down?	
Experto 1		Experto 2
<p>Eh, Todos tienen un avance favorable, se ve muy poco el avance pero porque de repente los papas desaparecen 15 días, hasta un mes y entonces todo el trabajo se desvanece pero si vuelven a ingresar ellos aprenden, eh, si muy despacio pero es normal por la condición de estos pequeños. Todos los casos que he tenido llega un momento en que si se les nota el progreso.</p>		<p>Ellos tiene una avance lento a comparación de otros diagnósticos con otros niños, pero esto no quiere decir que no avanzan mucho, si no que para avanzar todo el tiempo necesitan tener un seguimiento y no nada más aquí en lenguaje, si no también estando en casa, con mamá, papá, hermanos, su ambiente valla, su ambiente influye mucho para que un Down tenga mejora en todas las áreas.</p>

GLOSARIO

Adaptación: Proceso individual de internalización de modelos, valores y símbolos del medio social propio, a fin de participar en la conducta y los objetivos de dicho medio.

Aprendizaje: Cambio más o menos permanente en una tendencia de la conducta, como resultado de la experiencia.

Asimilación: Comprensión de lo que se aprende e incorporación de los conocimientos nuevos a los que ya se poseían.

Atención: Capacidad que tiene el organismo de responder en forma selectiva a un estímulo o pequeño conjunto de estímulos, seleccionados del conjunto más amplio de estímulos que actúan sobre sus órganos receptores.

Autonomía: Independencia, capacidad para actuar en concordancia con las propias prioridades o principios, sin ceder a imposiciones externas o presiones internas tales como deseos no queridos pero incontrolables.

Autovalimiento: La habilidad para desempeñar actividades de la vida diaria son algunas de las capacidades más importantes que los niños aprenden o alcanzan a medida que van creciendo, es constante escucharlos decir: "yo puedo", "yo solo", "yo lo hago".

Baluceo: Fase del desarrollo del lenguaje que tiene lugar de los cinco a los diez meses y que consiste en la pronunciación espontánea y repetida de fonemas y sonidos con la finalidad tanto lúdica como madurativa.

Conducta: Forma de actuar de los individuos.

Déficit: Carencia o ausencia de habilidades, destrezas y capacidades, relacionadas a un área determinada del funcionamiento del individuo.

Disfemia: Habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de los sonidos, sílabas o palabras, o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla.

Dislalia: Trastorno del lenguaje que se manifiesta con una dificultad de articular las palabras y que es debido a malformaciones o defectos en los órganos que intervienen en el habla.

Egocentrismo: Es un estado cognitivo en el cual el individuo comprende el mundo solo desde su propio punto de vista, sin advertir la posible existencia de puntos de vista diferentes.

Estímulo: Es cualquier cosa que influya efectivamente sobre los aparatos sensitivos de un organismo viviente, incluyendo fenómenos físicos internos y externos de cuerpo.

Farfulleo: La taquifemia o farfulleo es un trastorno del habla caracterizado por una articulación desordenada y una velocidad de pronunciación muy acelerada.

Fonética: Se conoce como *fonética* a la ciencia lingüística que se ocupa del estudio de los sonidos en su realización física, sus diferentes características y particularidades.

Gramática: Parte de la lingüística que estudia la estructura de las palabras y sus accidentes, así como la manera en que se combinan para formar oraciones; incluye la morfología y la sintaxis, y ciertas escuelas incluyen también la fonología.

Interacción: Describe una acción que se desarrolla de modo recíproco entre dos o más organismos, objetos, agentes, unidades, sistemas, fuerzas o funciones.

Morfema: Es la unidad mínima capaz de expresar un significado gramatical.

Semántica: Parte de la lingüística que estudia el significado de las expresiones lingüísticas.

Taquilalia: Es un trastorno de la fluidez del lenguaje oral caracterizado por un ritmo demasiado rápido y con un discurso desordenado. Generalmente, se acortan las palabras o se confunden las sílabas. Es un trastorno que se trata dentro de la logopedia infantil.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado. (01 de 04 de 2008). *blogdiario.com*. Recuperado el 28 de 04 de 2019.
- Cammarata, F. S. (2010). Historia del síndrome de Down: Un recuento lleno de protagonistas. *Humanidades en Pediatría*, 157.
- Damián, D. M. (2003). *Niños con Síndrome de Down*. México: Trillas.
- España, D. (2014). *El Síndrome de Down*. Obtenido de <https://www.sindromedown.net/sindrome-down/>
- Fundación Down, S. (2017). *Los beneficios de la estimulación Temprana*.
- Gomez, C. d., Arizmendi, F., & Espinosa, G. (2013). El lenguaje en los niños con síndrome de Down. *Redalyc*, 245.
- Gomez, G. (2014). *Estimulación Temprana en el Desarrollo Infantil*. Quetzaltenango: Quetzaltenango.
- Jhonson, M. A. (1979). *La educación del niño deficiente mental*. Madrid: CINCEL.
- Palacios, J. (2011). *La primera infancia y su futuro*. España: fundacion santillana.
- Papalia, D. E. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGRAW- HILL.
- Papalia, D. E. (2012). *Psicología del desarrollo*. Interamericana: McGraw-Hill.
- Pronacera, T. (2017). *¿conoces el origen del Síndrome de Down?* España.
- Psicología, y. m. (2012). *psicología y mente*. Obtenido de las 6 etapas de la infancia: <https://psicologiymente.com/desarrollo/etapas-infancia>
- Real patronato, S.D. (2005). *Libro Blanco de La Estimulación Temprana*. Madrid: Artegraf, S.A.
- Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). México, D.F: McGRAW- HILL/ INTERAMERICANA.