



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8898-25

**“INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN NIÑOS CON
SÍNDROME DE DOWN”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

IVÁN FLORES AGUIRRE

ASESOR DE TESIS:

LIC. NOEL MORALES SOSA

OZUMBA, ESTADO DE MÉXICO

2021



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.

**“LOS DEMÁS PUEDEN PONERME LIMITES, YO NO. LO REALMENTE
IMPORTANTE EN LA VIDA ES SER FELIZ.”**

PABLO PINEDA

Índice

Introducción	6
Planteamiento del problema	8
Justificación	10
Objetivos	11
Capítulo I: Síndrome de Down	12
1.1 Antecedentes históricos del síndrome de Down	12
1.2 Qué es el síndrome de Down	13
1.3 Tipos de trisomía 21	15
1.3.1 Trisomía 21 regular	15
1.3.2 Trisomía 21 con mosaicismo	16
1.3.3 Translocación	16
1.4 Cuadro clínico	17
1.4.1 Características fenotípicas	18
1.4.2 Características cognitivas	21
1.4.2.1 Procesos cognitivos básicos	22
1.4.2.1.1 Sensación y percepción	22
1.4.2.1.2 Atención	25
1.4.2.1.3 Memoria	25
1.4.2.2 Procesos cognitivos superiores	26
1.4.2.2.1 Pensamiento	27
1.4.2.2.2 Lenguaje	28

1.4.2.2.3 Inteligencia	30
1.5 Desarrollo	32
1.6 Personalidad	38
Capítulo II: Áreas de intervención y tratamiento psicológico en niños con síndrome de Down	43
2.1 La función del psicólogo y sus áreas de intervención en el tratamiento de niños con síndrome de Down	43
2.2 Estimulación temprana o precoz	46
2.3 Estimulación cognitiva	55
2.4 Aprendizaje	62
2.5 Lenguaje	65
2.6 Psicomotricidad	72
Capítulo III: El perfil profesional del psicólogo	86
3.1 Implicaciones éticas en el tratamiento de personas con síndrome de Down	86
3.2 Relación en el proceso terapéutico	90
3.3 Perfil profesional del psicólogo	93
Capítulo IV: Método	100
4.1 Pregunta de investigación	100
4.2 Hipótesis	100
4.3 Tipo de investigación	100

4.4 Diseño	100
4.5 Variables	101
4.6 Población	101
4.7 Muestra	102
4.8 Instrumentos	102
4.9 Procedimiento	102
Capítulo V: Resultados	107
5.1 Perfil del psicólogo en la intervención y tratamiento de niños con síndrome de Down	107
Conclusiones	116
Apéndices	118
Referencias	124

Introducción

El síndrome de Down es uno de los trastornos más frecuentes, en el mundo se estima un caso por cada 700 nacimientos, por ende, en países como España y Estados Unidos es común ver a personas con este síndrome totalmente integradas a un ambiente laboral, algunos como meseros, auxiliares de cocina e incluso algunos como modelos, también es común que se integren a un ambiente deportivo y escolar haciéndolos una parte activa en la sociedad.

En México la situación de esta población es completamente distinta, nos encontramos con personas con síndrome de Down mayores de 20 años de edad que difícilmente cuentan con las habilidades para poder integrarse a un ámbito laboral o deportivo, esto es debido a que no se lleva a cabo un tratamiento generalizado del síndrome de Down desde una edad temprana, con este tratamiento es posible estimular diversas áreas físicas y cognitivas que potencialicen sus habilidades y lo preparen para ser más autónomo y poder integrarse al ámbito laboral.

Por este motivo, en esta investigación se lleva a cabo una propuesta terapéutica del síndrome de Down en niños menores de 6 años de edad, en esta también se elabora una recopilación de diversas actividades donde se guía al psicólogo para que lleve a cabo las intervenciones de la manera más apropiada posible, de igual manera, se resaltan las habilidades y características que el psicólogo debe integrar a su perfil para que le sea más fácil desenvolverse y realizar el tratamiento establecido.

En el capítulo uno se examina a fondo las principales características del niño con síndrome de Down y las diferentes afectaciones que se pueden llegar a presentar en los procesos cognitivos básicos y superiores, así como características de su personalidad y desarrollo.

En el capítulo dos se investigan las áreas de intervención que el psicólogo debe conocer para orientar el tratamiento, así mismo, se examinan una serie de actividades que sirven para estimular al paciente de diferentes maneras.

En el capítulo tres se hace una recopilación de las características que el psicólogo debe de poseer para que el trabajo con niños con síndrome de Down sea óptimo y no se incurra en alguna falta al código ético a lo largo del proceso terapéutico.

En el capítulo cuatro se analiza el método con el cual se guió esta investigación, así mismo, se aborda como se aplicaron los instrumentos utilizados y el procedimiento que se llevó a cabo.

En el capítulo cinco se mencionan los resultados y las características específicas que el psicólogo requiere para enfocar su trabajo en niños con síndrome de Down.

Planteamiento del problema

El síndrome de Down, básicamente, es una anomalía en la distribución cromosómica, donde se cuenta con un cromosoma extra en el par 21, provocando una trisomía, dando un total de 47 cromosomas en lugar de los 46 habituales, este acontecimiento da origen a un cuadro clínico con características fenotípicas y cognitivas peculiares en las cuales se puede observar un notable retraso mental, psicomotor, déficit de atención y problemas en el lenguaje, además de características físicas igualmente notorias como: hipotonía, perfil plano de la cara y articulaciones con hiperflexibilidad entre otras.

Las características de este síndrome dan paso a la investigación por parte de diferentes áreas de conocimiento como: la medicina, la psicología, la biología, etc. En México la investigación de este padecimiento se da principalmente por parte de la medicina ya que al ser de origen genético, ésta cuenta con las herramientas apropiadas para realizar valiosos aportes, sin embargo, en el área de la psicología encontramos un campo donde la investigación deja mucho que desear, pues, en la práctica psicológica es muy difícil encontrar psicólogos que sean capaces de llevar a cabo un tratamiento bien estructurado y eficaz en las diferentes áreas que le corresponden ya que en ocasiones el mismo psicólogo las desconoce.

El trabajo del psicólogo normalmente se enfoca en el estudio de la conducta, por medio de diferentes enfoques y técnicas, es capaz de detectar diversas anomalías de índole emocional, cognitivo e incluso orgánicas, sin embargo, en el tratamiento de niños con síndrome de Down el psicólogo debe tener un campo de aplicación más extenso, pues también, es capaz de atender y estimular diferentes áreas que pueden reducir el impacto de las características mismas del síndrome de Down; en muchas ocasiones el psicólogo desconoce los campos de intervención y atención de este síndrome, además, las dificultades de expresión y comprensión que puede presentar el

paciente complican el quehacer del psicólogo, por tanto, es necesario que éste adquiera una serie de aptitudes específicas e identifique completamente sus áreas de intervención para que se forme un perfil profesional adecuado para abordar las diversas situaciones que el paciente con síndrome de Down pueda presentar.

Si se continúa dejando de lado la investigación del síndrome de Down por parte de los psicólogos se seguirá cayendo en discrepancia acerca de las aptitudes, las áreas de atención y tratamiento de esta población, además, es posible que se cree un desprestigio y una imagen errónea del trabajo del psicólogo, por lo tanto, es de suma importancia, que se tengan claros los parámetros de aplicación que le corresponden y adquirir el perfil adecuado para intervenir de manera apropiada a los niños con síndrome de Down, de este modo el psicólogo puede brindar una atención más acertada y completa en las áreas que le competen para procurar el bienestar de sus pacientes.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el perfil más apropiado para el psicólogo que lleva a cabo la intervención y tratamiento de niños con síndrome de Down?

Justificación

En la actualidad la atención psicológica a niños con síndrome de Down se ve muy limitada, debido a que es difícil encontrar psicólogos que cuenten con las aptitudes apropiadas para brindar un tratamiento eficaz, además, existe la idea de que el psicólogo solo enfoca su trabajo en problemas conductuales y/o emocionales, sin embargo, su labor también abarca otros aspectos importantes en el tratamiento de niños con síndrome de Down, por ejemplo, Sánchez (2008) menciona que el psicólogo: “trabaja en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos.” (p.1). Tomando en cuenta estas palabras el trabajo con personas con síndrome de Down es parte de la labor del psicólogo ya que existen diversas áreas en la cuales puede hacer valiosas aportaciones; la trisomía es de origen genético, sin embargo tiene repercusiones físicas, cognitivas y mentales, por lo tanto, el psicólogo puede intervenir en la estimulación física y cognitiva, lo que a la vez abarca aspectos como: la psicomotricidad y el lenguaje; al contar con necesidades y problemáticas diferentes, los niños con síndrome de Down requieren una atención más especializada por parte del psicólogo, pues en ocasiones las características físicas y cognitivas de este síndrome limitan la comunicación y el entendimiento entre el paciente y el profesional, por tanto, es importante que el psicólogo sea consciente de dichos obstáculos y desarrolle una serie de aptitudes que lo ayuden a superar estos problemas y lo inciten a adquirir un perfil que sea apropiado en la intervención de niños con síndrome de Down. Cómo se puede ver la labor del psicólogo es extensa y para poder llevarla a cabo de manera apropiada es necesario que el psicólogo conozca completamente cuáles son las áreas específicas en las que puede intervenir y cuáles son las características que debe desarrollar para adquirir el perfil necesario para el tratamiento eficaz de niños con síndrome de Down.

Objetivos

Objetivo general

- Identificar el perfil ideal del psicólogo para la intervención de niños con síndrome de Down.

Objetivos específicos

- Definir cuáles son las áreas de intervención que corresponden al psicólogo en el tratamiento de niños con síndrome de Down.
- Conocer las habilidades que el psicólogo requiere en el trabajo con niños con síndrome de Down.

Capítulo I: Síndrome de Down

1.1 Antecedentes históricos del síndrome de Down

Los primeros antecedentes del síndrome de Down se remontan al siglo VII, donde se lleva a cabo el descubrimiento arqueológico de un cráneo, éste contaba con características estructurales típicas de lo que hoy en día se conoce como síndrome de Down, más tarde, investigadores de la cultura Olmeca encontraron figuras talladas con rasgos físicos muy parecidos a los descritos en el cuadro clínico; a partir del año 1430 comenzaron a surgir pinturas peculiares, las pinturas incluían a niños con rasgos físicos no acorde a un desarrollo normal, estos rasgos son atribuidos al padecimiento del síndrome, dichas pinturas son “La virgen y el niño” y “Lady Cockburn y sus hijos”, sin embargo, estas son solo especulaciones, ya que no se cuenta con un registro o investigación que compruebe la certeza de estos datos, a pesar de ser solo especulaciones, estas comenzarían a dejar rastro de dicho síndrome y llamaría la atención de los investigadores. La primera descripción del síndrome se le reconoce a Esquirol en 1838, llamándolo “cretinismo” o “idiocia furfurácea”, en 1886 Martin Duncan también lleva a cabo una descripción, acerca de una niña con rasgos fuera de lo común, la niña tenía una cabeza más pequeña de lo normal, ojos achinados, la lengua la dejaba colgar y que apenas hablaba; en el mismo año 1886, en Surey, Inglaterra, John Langdon Down realizó una clara distinción entre un grupo de niños con retraso mental, con características diferentes a los demás, los denominaría como “mongoloides” debido al parecido con la gente nacida en Mongolia, este término provocaría controversia, así que investigadores asiáticos propusieron que el término se eliminará, lo cual fue así, finalmente se le daría el nombre de síndrome de Down en honor al médico John Langdon Down. (Down F. J., 2007).

A principios del siglo XX comenzó a surgir la curiosidad acerca de la etiología del síndrome de Down, en 1930 los investigadores Waardeberg y Bleyer mencionaron que dicho síndrome podría

estar relacionado con alteraciones en los cromosomas, a pesar de esto, fue hasta el año de 1959 donde Jerome Lejeune y Patricia Jacobs determinaron finalmente que la causa del síndrome de Down consistía en una trisomía en el par 21 de cromosomas, poco tiempo después también se describirían las causas de los diferentes tipos de trisomía. (Jasso, 2001).

1.2 Qué es el síndrome de Down

Para definir apropiadamente el síndrome de Down es necesario entender previamente tres conceptos:

- Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico.
- Signo: Indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo, constituyen cambios objetivamente observables y registrables. (p. ej., cambios en la tensión arterial o en la temperatura).
- Síntoma: Indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional (p. ej., sensación de mareo, sensación de tener fiebre, dolor...). Constituyen fenómenos no siempre observables correspondientes a experiencias privadas. Es la unidad mínima describable en psicopatología. (Torres, Barrantes, & Tajima, 2015, p.12).

Considerando estos conceptos se tiene un panorama más amplio de lo que implica un síndrome, básicamente, se refiere a indicadores objetivos y subjetivos que pueden ser o no observables en el cuadro clínico; el síndrome de Down es una distribución errónea de los cromosomas, donde no se cuenta con el número habitual de ellos, provocando un cuadro clínico con características físicas y cognitivas peculiares. Fernández, González, & Martínez (1993) definen la etiología del síndrome de Down de la siguiente manera:

El síndrome aparece por la presencia de 47 cromosomas en las células, en lugar de los 46 que se encuentran en una persona normal. Estos 46 cromosomas se dividen en 23 pares, 22 de ellos formados por autosomas y un par de cromosomas sexuales. El niño normal recibe 23 pares de cromosomas, uno de cada par de su madre y el otro de cada par de su padre.

En el momento de la fecundación, los 46 cromosomas se unen en la formación de la nueva célula, agrupándose para formar los 23 pares específicos. El óvulo fecundado con esta única célula crece por división celular; los cromosomas idénticos se separan en el punto de estrangulación y cada uno de ellos integra una nueva célula. De esta manera, las células formadas mantienen los 46 cromosomas de manera constante hasta la formación completa del embrión.

En el niño con síndrome de Down, la división celular presenta una distribución defectuosa de los cromosomas: la presencia de un cromosoma suplementario, tres en lugar de dos, en el par 21; por eso, se denomina también trisomía 21. (pp.227-228).

Como se puede ver el síndrome de Down corresponde directamente al ámbito de estudio de la genética y la medicina debido a su etiología, sin embargo, la psicología también ocupa un lugar importante ya que se pueden hacer valiosas aportaciones desde esta área de conocimiento.

Es importante mencionar que para la psicología la investigación del síndrome de Down, la mayoría de veces, se enfoca en los aspectos cognitivos y físicos (cuadro clínico) más que en los genéticos; además de ocuparse generalmente de problemáticas conductuales o emocionales el psicólogo trabaja en otras áreas, como Sánchez (2008) menciona: “el psicólogo trabaja en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos” (p.1). El psicólogo trabaja principalmente en la estimulación de diversas áreas afectadas debido al síndrome como: el lenguaje, la estimulación cognitiva y la psicomotricidad; teniendo

esto en cuenta se podría decir que para el psicólogo el síndrome de Down no es más que un conjunto de anomalías físicas y cognitivas que es capaz de abordar desde diversas técnicas para disminuir el nivel de afectación y potenciar el desarrollo para finalmente promover la autonomía del paciente con trisomía.

1.3 Tipos de trisomía 21

En el síndrome de Down existen tres diferentes tipos de trisomía, una estimación acerca de la incidencia de estas trisomías es la siguiente: la más común y estudiada es la trisomía 21 regular, se estima un caso por cada 700 nacimientos, un 90% del total de los casos es debido a una trisomía 21 regular; otro tipo es la translocación, aproximadamente un 4% de la población con síndrome de Down es debido a ella; finalmente, la trisomía 21 con mosaicismo, es la menos común y se calcula que solo un 1% de los casos tiene este tipo de desorden cromosómico. (Jasso, 2001).

La investigación se centra únicamente en la trisomía 21 regular, desde un enfoque psicológico, sin embargo, a continuación, se describe brevemente la etiología de cada tipo de trisomía.

1.3.1 Trisomía 21 regular.

En esta trisomía básicamente todas las células del organismo cuentan con 47 cromosomas, es decir, uno más de lo habitual, ubicado en el par 21 de cromosomas generando la trisomía; esta trisomía no tiene causa definida y tal alteración puede presentarse por la inadecuada distribución de los cromosomas del par 21 del óvulo o del espermatozoide, por lo cual, en lugar de brindar un solo cromosoma al par 21 brindan dos a una misma célula, el error de distribución de los cromosomas se produce antes de la fecundación o en la primera división celular, por tal motivo, se forma un embrión en el que todas las células tienen tres cromosomas 21. (Jasso, 2001). Este desorden

cromosómico produce una serie de características fenotípicas y cognitivas peculiares que son descritas más adelante.

1.3.2 Trisomía 21 con mosaicismo.

A diferencia de la trisomía 21 regular el error de distribución de los cromosomas en la trisomía 21 con mosaicismo comienza después de la segunda división celular.

A partir del momento de la fecundación y al iniciarse la división celular para formar cuatro células hijas, una de las cuatro células tiene tres cromosomas 21, dos células más tienen dos cromosomas 21 (células normales) y la cuarta célula solo contiene un cromosoma. Esta última célula (con un solo cromosoma 21 y, por lo tanto, con un total de 45 cromosomas) morirá y de esta manera el embrión se desarrollará con una mezcla (o mosaico) de células normales que contendrán 46 cromosomas y otra anormal con 47 cromosomas. (Jasso, 2001, p.55).

Al contar con un cierto número de células distribuidas apropiadamente (células normales) el efecto producido por las células anormales es de menor impacto, haciéndose notar en rasgos físicos y cognitivos menos pronunciados en comparación con la trisomía 21 regular, cabe mencionar que dichas afectaciones son proporcionales al número de células afectadas.

1.3.3 Translocación.

La translocación, básicamente, se refiere a la unión o fundición de una pequeña parte del cromosoma del par 21 con otro cromosoma ajeno a éste, la translocación es el único tipo de trisomía que se le puede atribuir a algún desorden genético por parte de los padres, el cual provoca la distribución errónea característica de la translocación. En palabras de Jasso (2001) la translocación se define como:

Una rotura o fractura de una parte del cromosoma 21, así como de otras más de un cromosoma diferente al 21 (frecuentemente de los pares 13, 14 o 15), de tal manera que la unión de los fragmentos provenientes del cromosoma 21 con los del 13, 14 o 15, forman un cromosoma extra, generando una trisomía. (p.58).

En este caso el par 21 de cromosomas será normal, pero aquel cromosoma ajeno al par 21 que se le haya unido se verá afectado ya que uno de los cromosomas será normal pero el otro contendrá el fragmento del par 21 que se translocó y producirá dicho síndrome.

1.4 Cuadro clínico

El estudio y conocimiento del cuadro clínico del síndrome de Down es sumamente importante para el psicólogo ya que este menciona aquellas características en las cuales puede llegar a intervenir; las primeras descripciones realizadas por el médico John Langdon Down, mencionaban un cuadro clínico bastante modesto con menos de una docena de características, sin embargo, con el pasar de los años se han realizado investigaciones cada vez más completas; actualmente, se describe un cuadro clínico mucho más extenso, con características tanto físicas como cognitivas; Ajuriaguerra (1977) menciona que: “el cuadro clínico es fácilmente reconocible, ya que el retraso mental corre parejas con modificaciones morfológicas particulares. Desde la primera edad se pone de manifiesto un retraso psicomotor global con apatía e indiferencia, evidenciándose más tarde el retraso mental” (p.489).

Las observaciones realizadas por Ajuriaguerra según la mayoría de los investigadores son acertadas, sin embargo, Cunningham (1990) brinda una lista más actual y bastante completa acerca de los principales signos que se presentan normalmente en un 60 u 80% de recién nacidos con síndrome de Down.

1.4.1 Características fenotípicas.

El estudio de las características físicas de las personas con síndrome de Down es importante ya que normalmente estas afectan el rendimiento general del sujeto debido a las limitantes planteadas fisiológicamente; a continuación se muestra la lista mencionada por Cunningham (1990, pp.99-100) acerca de las principales características que los nacidos con síndrome de Down presentan:

- Los ojos tienen una inclinación hacia arriba y hacia afuera.
- A menudo se ve intensificada la inclinación del ojo por un pliegue cutáneo en la parte inferior del ojo (el pliegue epicántico).
- La hendidura palpebral es a menudo estrecha y corta (una fisura palpebral oblicua).
- Entre el 30% y el 70% de los niños muestran en el borde del iris unas pequeñas manchas blancas (manchas de Brushfield). Esto es más obvio en los niños con los ojos azules.
- La cara tiene un aspecto plano porque el puente de la nariz suele ser más bajo y los pómulos más bien altos; esto también hace que la nariz parezca más pequeña y achatada.
- La cabeza es generalmente más pequeña de lo normal, y la parte posterior de la misma (el occipucio) tiene tendencia a ser aplanada, dándole a la cabeza una apariencia particular. Las partes blandas (las fontanelas) son normalmente más grandes que en la mayoría de los niños, y ocasionalmente se puede encontrar un punto especialmente blando en el centro. Esto se debe a que estos niños tienen un crecimiento más lento que los normales y, por lo tanto, los huesos del cráneo tardan más tiempo en unirse.
- Las orejas suelen ser pequeñas y normalmente están implantadas más abajo. A veces la parte superior de la oreja está plegada, y en poco menos de la mitad de los casos, el

lóbulo de la oreja puede ser más pequeño o no existir. Pero debemos recordar que la ausencia o el tamaño reducido del lóbulo de la oreja puede ser también un rasgo familiar.

- La boca del recién nacido suele tener un aspecto pequeño y los labios son bastante delgados. El interior de la boca normalmente es más pequeño que el de otros niños, y la parte superior del paladar está aplanada, con un arco en el centro (un paladar tipo “catedral”). Debido al espacio reducido de la boca, la lengua tiene menos sitio y, por lo tanto, tiende a salir hacia fuera. Los músculos de la mandíbula y la lengua también suelen ser más débiles, por esto suelen tener la boca abierta.
- Muchas veces parece que el cuello es ligeramente corto, y se ven algunos pliegues cutáneos en la parte lateral y posterior que desaparecen a medida que el niño crece.
- A menudo las piernas y los brazos son cortos en comparación con la longitud del tronco. Las manos suelen ser anchas y planas, y los dedos cortos. Frecuentemente, el dedo meñique es más corto y tiene un solo pliegue; a menudo, se tuerce hacia los otros dedos (clínodactilia). Cerca de la mitad de los niños tienen un pliegue transversal en la palma de la mano (la línea simiesca). Esto se puede encontrar en una o en ambas manos.
- Los pies también suelen ser anchos, y los dedos de los pies algo cortos. Muy a menudo hay un espacio más grande de lo normal entre el dedo gordo y los otros dedos del pie.
- Cuando nacen, la mayoría tiene poco tono muscular (hipotonía) y están flácidos. También pueden tener las articulaciones un poco más rígidas (hipoflexibilidad), y esto aumenta la sensación de debilidad.

- Los reflejos suelen ser débiles y más difíciles de producir. Además, en casi 2 tercios, el llanto es más débil, siendo de menor duración y tono. Muchos lloran muy poco y no lloran cuando tienen hambre o cuando están incomodos.

Estas características físicas pueden variar mínimamente conforme al desarrollo del niño; considerando dichas características es importante mencionar el impacto que pueden tener en conjunto, ya que si se toman en cuenta por separado no implican un trabajo directamente para el psicólogo, al tomarlas en cuenta en conjunto estas representan un retraso o alteración en diferentes áreas, como: la percepción, la sensación, el lenguaje y la motricidad, estas áreas sí competen al campo de aplicación del psicólogo ya que él es capaz de estimular y potenciar el desarrollo de dichas áreas mediante diferentes técnicas, de igual manera, es sumamente importante no dejar de lado las limitaciones fisiológicas y tener conocimiento de ellas ya que de alguna manera estas determinan el alcance del tratamiento que se puede brindar.

Hay que aclarar que mediante el tratamiento que el psicólogo pudiera ofrecer, en cuanto a la atención de las áreas físicas afectadas no es posible eliminar totalmente la perturbación, pues esta es de índole completamente fisiológica, sin embargo, es posible reducir esta perturbación y lo que engloba mediante un tratamiento adecuado; por ejemplo: un niño con síndrome de Down con problemas de hipotonía, el psicólogo no puede eliminar la hipotonía pues es un campo de estudio que le corresponde a otros profesionales como los médicos y nutriólogos, sin embargo, dentro de la hipotonía el psicólogo puede atender diferentes áreas que pueden reducir el problema, por medio de un plan variado que incluya aspectos como: la estimulación temprana, la promoción del desarrollo psicomotor, crear conciencia en los padres del paciente acerca del esquema corporal, entre otras, estos son pequeños aspectos en los que el psicólogo puede intervenir y acompañado de un equipo multidisciplinar reducir drásticamente la perturbación.

1.4.2 Características cognitivas.

Es normal encontrar en las personas con síndrome de Down diversas anomalías al momento de llevar a cabo actividades que involucren varios procesos cognitivos, como: el lenguaje o la motricidad, ya que en cada una de ellas se hallan ciertas limitaciones fisiológicas o intelectuales que el mismo síndrome plantea; las deficiencias cognitivas, generalmente, comienzan a ser notorias después del primer año de vida, pues en comparación con personas que no padecen el síndrome empieza a ser evidente una permanencia más prolongada en los estadios y subestadios del desarrollo cognoscitivo, en ocasiones incluso es posible un retroceso en ellos; Fernández et al. (1993) dicen que: “La pauta característica consiste en la aparición de retrasos a comienzos del primer año de vida y una progresiva disminución de la velocidad de desarrollo durante la etapa posterior de la primera infancia y la edad preescolar.” (p.232).

La cognición es definida por Ocaña (2009) como:

El conjunto de procesos mentales que tienen lugar entre la recepción de estímulos y la respuesta a éstos, son las funciones complejas que operan sobre las representaciones perceptivas o recordadas de la memoria, es decir, las estructuras mentales organizadoras que influyen en la interpretación de la información, influyendo en la configuración con la que se fija y evoca la información en la memoria determinando en alguna medida la respuesta conductual humana. (p.12).

Considerando la definición anterior es evidente que al existir retrasos en cada uno de los procesos cognitivos básicos como son: la sensación, la percepción, la atención y la memoria, existirá un retraso en prácticamente todas las áreas que involucren la utilización de uno o más procesos cognitivos, por tal motivo, también, existe un retraso aún más notorio en los procesos mentales superiores o complejos como: la inteligencia, el pensamiento y el lenguaje. A continuación se

describen las áreas cognitivas afectadas en el síndrome de Down agrupándolas en procesos cognitivos básicos y superiores; cabe resaltar la importancia de que el psicólogo conozca detalladamente la afectación de los procesos cognitivos pues es ahí donde se encuentra su principal campo de intervención.

1.4.2.1 Procesos cognitivos básicos.

Hay que recordar que los procesos cognitivos son aquellos encargados de la recepción de estímulos y de brindar una respuesta a ellos, los procesos cognitivos básicos son: la sensación, la percepción, la atención y la memoria, generalmente, en ellos se hallan diversas anomalías, de origen tanto mental como fisiológico, es posible que el psicólogo disminuya dichas anomalías mentales, pero antes debe asegurarse de que el origen de ellas no sea físico, pues muchas ocasiones también se ven afectadas en este aspecto, es decir, que antes de realizar algún tipo de intervención es ideal tener un panorama de que tan afectadas están las áreas físicas involucradas en los procesos cognitivos, por ejemplo, suponiendo el caso de un niño con problemas de atención, lo ideal sería saber que tan afectados están diversos elementos como el oído, la vista y el tacto ya que todos estos están involucrados y juegan un papel importante en la sensación y percepción que son fundamentales en la atención del niño; una vez teniendo claro lo importante que es la investigación de la afectación física se pasa a observar como se ven afectados los procesos cognitivos básicos.

1.4.2.1.1 Sensación y percepción.

La sensación y la percepción son dos procesos cognitivos que mantienen una relación muy estrecha por lo que se abordan ambos en un mismo punto; se puede decir que la sensación es la unidad mínima de la percepción, es posible desde un punto de vista teórico separar la sensación de la percepción, sin embargo, desde el punto de vista práctico no es posible separarlas, es necesario entender la sensación y la percepción por separado, la sensación se refiere al efecto de los estímulos

en el sujeto, es decir, a la recepción de información, en palabras de Bermeosolo J. (1997) la sensación:

Es el efecto inmediato de los estímulos en el organismo (recepción del estímulo) y está constituida por procesos fisiológicos simples. Se trata de un fenómeno fundamentalmente biológico. Muy controvertido y con múltiples acepciones en el pensamiento filosófico y psicológico. En general, se refiere al impacto de los estímulos externos e internos en los receptores sensoriales y a la primera etapa de reconocimiento por el cerebro, básicamente preatentiva que se correlaciona con la memoria sensorial de los modelos de procesamiento de la información.

La sensación en personas con síndrome de Down se ve afectada por las características fenotípicas, ya que estas impiden una óptima captación de estímulos, por ejemplo, el caso de una persona con problemas de visión o con un nivel agudo de sordera o incluso con hipotonía, estos rasgos afectarán de manera directa la recepción de estímulos, afectando la sensación y percepción del sujeto. La percepción en palabras sencillas es aquella manera en que somos conscientes del entorno, también se refiere a la acumulación de datos utilizando los sentidos. (Ocaña, 2009). Como se puede ver la percepción se centra en la captura de información del entorno mediante los cinco sentidos para reaccionar a él; es importante notar que algunas deficiencias perceptivas son tanto de origen fisiológico como cognitivo, estas deficiencias pueden ser atribuidas a un ambiente falto de estimulación que promueva el desarrollo perceptivo; en los niños con síndrome de Down las influencias sensoriales que llegan al cerebro pueden ser diferentes llegando a afectar la capacidad de respuesta perceptiva; estos son algunos de los aspectos más evidentes en la afectación perceptiva-sensorial:

- Pérdida auditiva (debido infección o inflamación), los sonidos llegan apagados o distorsionados, dificultando la interpretación de lo que se le dice.
- A veces no muestran atención hacia los ruidos, y a veces son hipersensibles a ellos.
- El niño puede necesitar audífonos, algún sonido puede estar distorsionado y está alterada la percepción del sonido.
- Problemas de visión cercana o lejana, puede causar visión borrosa y dificultad para enfocar.
- Dificultades de percepción de la profundidad, pueden mostrar dificultad para ir por escaleras y superficies irregulares o para saltar hacia abajo.
- El bajo tono muscular ocasiona alteraciones en la influencia propioceptiva, debido al mayor grado de estiramiento de músculos y tendones, es más difícil usar la cantidad exacta de fuerza muscular y los ajustes necesarios para que los movimientos sean precisos y mantenidos.
- Mayor necesidad de mirar las manos al hacer actividades; y de mirar los pies en las escaleras.
- Reacción más lenta a la información táctil, pueden tener dificultades para hacer ajustes finos en las manos, para acomodarlas a objetos distintos.
- Retraso y a menudo disminución en la reacción al dolor y dificultad para señalar dónde está el dolor.
- Puede haber retraso en el equilibrio. (Bruni, 2016, p.4-5).

Como se puede ver la afectación física de los sentidos repercute directamente en el desempeño cognitivo, por lo que es importante considerar el límite físico que el síndrome plantea y determinar los alcances cognitivos.

1.4.2.1.2 Atención.

La atención es básicamente, la capacidad de distinguir y seleccionar información del exterior y enfocar los procesos mentales a un objetivo, Furby (1974) citado en Fernández et al. (1993, p.234) dice que: “la actuación en estos individuos es “mediocre” en los aprendizajes discriminativos”, de esta manera brinda dos pautas acerca de la atención en personas con síndrome de Down:

- Les requiere más tiempo crear el hábito de dirigir la atención al elemento concreto que se pretende y tienen mayor dificultad en movilizar su atención de un aspecto a otro del estímulo; esto implica una labilidad atencional, por lo cual se hace precisa una fuerte motivación para mantener su interés.
- Tienen dificultad en inhibir o retener su respuesta hasta después de haberse tomado el tiempo en examinar con detalle los aspectos más útiles y/o los componentes más abstractos de los estímulos; a ello se debe la menor calidad de sus respuestas y su mayor frecuencia de error.

Gran parte del déficit de atención que puede presentar el niño con síndrome de Down, es debido a las dificultades para inhibir reacciones, es decir, son capaces de enfocar su atención durante un periodo muy breve, pues esta se pierde fácilmente bajo el más mínimo estímulo; los principales problemas relacionados con la falta de atención son la hiperactividad e impulsividad, al niño le es muy difícil focalizar la atención y mantener interés en una actividad ya que él tiende a fijar la atención en el último estímulo que percibe.

1.4.2.1.3 Memoria.

Cuando hablamos de memoria en las personas con síndrome de Down es natural hallar en ellos una mayor dificultad para retener información, ya sea a corto o a largo plazo; Brown citado en Fernández et al. (1993) dice: “La memoria de reconocimiento elemental en tareas sencillas es

buena, pero cuando se requiere una intervención activa y espontánea de organización del material a memorizar, los disminuidos se muestran menos eficaces que otros sujetos." (p.234). Las personas con síndrome de Down cuentan con una buena memoria para llevar a cabo actividades a las que están familiarizados y que tengan una secuencia bien establecida; los problemas en la memoria son evidentes en:

- La escasa capacidad para indicar con precisión hechos y fechas
- La dificultad para generalizar una experiencia de modo que les sirva para situaciones similares
- Los problemas que tienen para recordar conceptos que parecían ya comprendidos y aprendidos
- La lentitud con que captan la información y responden a ella, es decir, aun pensando correctamente, necesitan un tiempo para procesar la información y decidir de acuerdo con ella
- El tiempo que necesitan para programar sus actos futuros (Olaría & Flórez, 2017).

1.4.2.2 Procesos cognitivos superiores.

Los procesos cognitivos superiores son tres: el pensamiento, el lenguaje y la inteligencia; como se sabe existen varios tipos de pensamiento, de lenguaje y de inteligencia, sin embargo, solo se retoma de manera general el modo en que dichos procesos se ven afectados por la trisomía 21; es claro que estos procesos requieren un mayor nivel de concentración ya que normalmente se utilizan varios procesos cognitivos básicos para la elaboración de alguno de ellos debido a su complejidad, del mismo modo los procesos superiores interactúan entre sí para formularse a sí mismos, por ejemplo, el lenguaje, en él intervienen procesos como la memoria, el pensamiento y la inteligencia

así como una serie de elementos físicos y biológicos; cómo se puede observar son procesos de gran complejidad y que influyen de manera importante en el sujeto.

1.4.2.2.1 Pensamiento.

Luria define el pensamiento como: “La forma de actividad cognitiva con estructura más compleja, ya que consiste en la actividad selectiva y orientada a un fin, y ha de ser adaptativa a situaciones cambiantes.” (Pérez, 1998, p.223). El pensamiento integra los procesos cognitivos para llevar a cabo diversas funciones como la formación de conceptos, la elaboración de juicios y la realización de deducciones. (<https://www.goconqr.com/mindmap/3498346/funciones-b-sicas-del-pensamiento>). Cómo se puede apreciar el pensamiento es una organización cognitiva que está presente en toda actividad que se lleva a cabo; en las personas con síndrome de Down se hallan diversas distorsiones en el pensamiento, pues este se ve afectado desde los procesos cognitivos básicos, Flórez & Ruiz (2004) mencionan que:

La afectación cerebral propia del síndrome de Down produce lentitud para procesar y codificar la información y dificultad para interpretarla, elaborarla y responder a sus requerimientos tomando decisiones adecuadas. Por eso les resultan costosos, en mayor o menor grado, los procesos de conceptualización, abstracción, generalización y transferencia de los aprendizajes. También les cuesta planificar estrategias para resolver problemas y atender a diferentes variables a la vez. Otros aspectos cognitivos afectados son la desorientación espacial y temporal y los problemas con el cálculo aritmético, en especial el cálculo mental.

El pensamiento se ve muy afectado es por ello que difícilmente los niños o adolescentes alcanzan la etapa del pensamiento formal operacional, sin embargo, esto no quiere decir que sea imposible que se alcance a desarrollar esa etapa ya que diversos estudios muestran que el desarrollo de las

habilidades mentales de las personas con síndrome de Down continua después de los 20 años, adquiriendo múltiples habilidades relacionadas al pensamiento formal operacional. (Cunningham, 1990).

1.4.2.2 Lenguaje.

El lenguaje es una de las áreas donde el niño con síndrome de Down demuestra un mayor retraso ya que este integra aspectos a nivel físico-cognitivo y es evidente que debido a las condiciones del síndrome se hallaran diversas problemáticas, como López Melero (1983) citado en Fernández et al. (1993) dice: “es cognitivo el lenguaje porque es considerado la base del pensamiento y éste porque es el acto de la inteligencia”. (p.246). Como se puede ver el lenguaje depende de otros procesos cognitivos que se involucran para elaborar el proceso comunicativo, así mismo, en el lenguaje intervienen diversas estructuras físicas que contribuyen en la elaboración del lenguaje, dichas estructuras componen el aparato fonoarticulador, él juega un papel primordial en la construcción del lenguaje. El aparato fonoarticulador es aquel conjunto de órganos que intervienen en la producción del sonido, los órganos se dividen en tres grupos: órganos respiratorios, órganos de fonación y órganos articulatorios. Los órganos respiratorios son pulmones, los bronquios, la tráquea y las fosas nasales, estos órganos se encargan de la entrada y salida del aire, al salir el aire de los pulmones pasa por los bronquios, tráquea, laringe, y faringe hasta la boca y nariz dependiendo del fonema; los órganos de fonación son la laringe, cartílagos y músculos entre la faringe y la tráquea, la laringe involucra ligamentos o cuerdas vocales zona glótica, región glotal o glotis; la superior a ella o vestíbulo laríngeo y la inferior o subglotis, al pasar el aire se generan movimientos los que determinan la intensidad del sonido, el timbre o tono (voz); órganos articulatorios son aquellos donde se crea el sonido concreto y se refiere principalmente a la lengua y los músculos de la boca, la lengua produce los fonemas de acuerdo a su posición. (Caneja, 2017).

El problema del aparato fonoarticulador en los niños con síndrome de Down es principalmente la hipotonía porque dificulta el correcto movimiento muscular y por lo tanto los fonemas se ven distorsionados, de igual manera intervienen otros elementos como la lengua, el paladar, dientes y fosas nasales las que pueden tener malformaciones, dificultando aún más el correcto funcionamiento del aparato fonoarticulador; Fernández et al. (1993, pp.235-236) menciona algunos de los problemas más comunes en el lenguaje:

- Dificultades respiratorias: la mala organización de la actividad respiratoria presente en muchos niños con deficiencia mental, se agrava en los trisómicos por la frecuente falta de potencia y capacidad para mantener y prolongar la respiración.
- Trastornos fonatorios: implican alteraciones en el timbre de la voz, apareciendo ésta más grave, de timbre monótono, a veces gutural.
- Trastornos de audición: los estudios indican una incidencia de pérdidas auditivas que varían de ligeras a moderadas, por lo cual, la capacidad auditiva, sin estar gravemente alterada, es inferior a la normal.
- Trastornos articulatorios producidos por la confluencia de varios factores: hipotonía lingual y bucofacial, malformaciones del paladar, inadecuada implantación dentaria, inmadurez motriz, etc.

Como podemos observar estas problemáticas en el lenguaje se enfocan a nivel fisiológico pero también existen limitantes a nivel cognitivo, como se ha mencionado antes en el lenguaje intervienen diversos procesos cognitivos como: la memoria, el pensamiento y la inteligencia, estos procesos también muestran un retraso a nivel individual, sin embargo en el lenguaje dichos retrasos son notorios de manera general y son evidentes en el: “retraso en la producción de las primeras palabras, adquisición de vocabulario enlentecido, dificultades persistentes a nivel fonológico,

retraso en la adquisición gramatical y, en muchos casos, estancamiento a niveles muy elementales.” (Moreno, 2015, p.2). a pesar de tener retrasos considerables en la articulación de fonemas la comprensión del lenguaje se ve menos afectada, Santos & Bajo (2011) mencionan que:

Los niños con Síndrome de Down tienen mayores dificultades en el lenguaje expresivo o productivo que en el comprensivo o receptivo, [...] las capacidades expresivas se desarrollan más lentamente que las comprensivas o cognitivas. Las dificultades pueden abarcar desde una simple pobreza de vocabulario, cuyas construcciones sintáctico-morfológicas sean correctas debido a su C.I. “alto” teniendo en cuenta la media, hasta los que utilizan un lenguaje “autónomo” e incluso aquellos que no llegan a utilizar para nada la expresión oral. (p.4)

Es común encontrar casos donde el niño genere un sistema de comunicación con el cual evada la articulación de ciertos fonemas o donde se niega a pronunciar palabra alguna, pero que se comunica a través de diversas maneras como con señas, gestos o sonidos no fonéticos, en algunos casos el niño entiende instrucciones sencillas, identifica personas u objetos incluso partes de su cuerpo, pero no es capaz de expresarse de manera oral, esto demuestra que hay un mayor avance cognitivo que en la expresión del lenguaje oral, es sumamente importante identificar dónde se genera la mayor parte el problema si a nivel fisiológico o cognitivo para tener un panorama de los alcances y limitantes del lenguaje.

1.4.2.2.3 Inteligencia.

Para entender la inteligencia existen varias teorías que la explican de diversas maneras, hablando del síndrome de Down debe de entenderse la inteligencia de manera general como Wechsler (1944) menciona:

Lo que suele llamarse inteligencia, no es una habilidad en particular sino una competencia total o capacidad global, que permite a un individuo consciente entender de una u otra forma el mundo que le rodea y tratarlo de manera efectiva con sus retos. (Ancona & Maqueo, 2015).

De igual manera no se debe confundir el concepto de inteligencia con el C.I. ya que este último es el resultado de una serie de pruebas que permiten asignar valores cuantitativos a la inteligencia, Jasso (2001) menciona:

El concepto de inteligencia no debe entenderse como resultado numérico del C.I. sino como una de las funciones que colabora en el desarrollo cognitivo. O, dicho de otro modo, el desarrollo de todas aquellas funciones que intervienen en el conocimiento y comprensión de las cosas y personas que lo rodean, así como del propio individuo. Estas funciones son: la percepción, aprendizaje, inteligencia, lenguaje y pensamiento. La inteligencia debe entenderse desde un punto de vista amplio, es una capacidad que orienta la actividad y conducta, que va constituyéndose cuantitativa y cualitativamente a través de las experiencias con objetos, personas, situaciones concretas, que a lo largo del desarrollo el humano encuentra en un marco ambiental determinado. (p.85).

El C.I. en personas con síndrome de Down generalmente se encuentra en rangos por debajo del promedio colocándolos en la categoría de deficiencia intelectual ligera o moderada, es evidente que existe un retraso mental, sin embargo no se puede considerar el C.I. como resultado absoluto de la inteligencia ya que las pruebas utilizadas para obtener los puntajes no están modificadas para aplicación en niños con síndrome de Down, por lo tanto es natural que debido a las características de estos niños hallemos valores más bajos; para referirse a la inteligencia de un niño con síndrome

de Down es mejor basarse en la observación de resolución de problemas, la manera en que interactúa social y ambientalmente así como su capacidad de adaptación bajo diversas situaciones.

1.5 Desarrollo

Para entender el desarrollo del niño con síndrome de Down se retoma brevemente el modelo biopsicosocial ya que este considera una serie de factores que interactúan entre sí e influyen en la caracterización física, mental y social de cada individuo a lo largo de su vida; el modelo biopsicosocial consta de factores biológicos, psicológicos, socioculturales y los factores del ciclo vital, Karl & Cavanaugh (2004, p.9) mencionan el alcance de cada uno de los factores:

- factores biológicos: incluyen los factores genéticos y los relacionados con la salud que influyen en el desarrollo.
- factores psicológicos: incluyen los factores perceptuales, cognoscitivos, emocionales y de personalidad que influyen en el desarrollo.
- factores socioculturales: incluyen los factores interpersonales, sociales, culturales y étnicos que influyen en el desarrollo
- factores del ciclo vital: reflejan las diferencias en cómo un mismo hecho afecta a la gente de distinta edad.

Cada sujeto experimenta la interacción de dichos factores de manera diferente, cada uno puede tener mayor o menor carga en el desarrollo, estos factores no se pueden separar pues cada uno influye en el otro para determinar el desarrollo; para considerar el desarrollo de una persona con síndrome de Down desde el modelo biopsicosocial es necesario entender cómo las características del síndrome pueden afectar en la interacción de cada factor. Para lograr comprender mejor el desarrollo del niño es necesario mencionar la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget, ya que

ésta se enfoca en la manera en la que los niños construyen su conocimiento y como va cambiando a lo largo del tiempo, en los niños con síndrome de Down esta teoría sirve como referencia en cuanto al desarrollo ya que ellos también atraviesan por las diversas etapas planteadas por Piaget aunque lo hacen a un ritmo diferente, como Fernández et al. (1993) mencionan: “los retrasados en su evolución permanecen mayor tiempo que los sujetos “normales” en los estadios y subestadios intermedios, retrocediendo con mayor facilidad de un subestadio a otro.” (p.233). Por tanto es necesario tener conocimiento de dichos estadios para identificar la etapa de desarrollo en la cual se encuentra el niño y considerarla para el plan de intervención; Piaget citado en Karl & Cavanaugh (2004, p.19) describe cuatro etapas del desarrollo cognoscitivo:

- Etapa sensoriomotora: del nacimiento hasta los dos años, el conocimiento que el infante tiene del mundo se basa en los sentidos y en las destrezas motoras. Al terminar este periodo empieza a servirse de representaciones mentales.
- Pensamiento preoperacional: de los 2 a 6 años, el niño aprende a usar símbolos, como palabras y números, para representar aspectos del mundo, pero se relaciona con él exclusivamente a través de su perspectiva.
- Pensamiento concreto operacional: de 7 años a la adolescencia temprana (12 años), el niño entiende y aplica operaciones lógicas a las experiencias, a condición de que se centren en el momento presente y en el lugar actual.
- Pensamiento formal operacional: de la adolescencia en adelante, el adolescente o el adulto piensan en forma abstracta, resuelven problemas hipotéticos y reflexionan sobre las posibilidades.

Las edades mencionadas por Piaget se refieren a niños que no padecen ningún síndrome, sin embargo, como se ha mencionado sirven como referente para hallar el nivel de desarrollo y considerar los retrasos del niño con síndrome de Down.

Es ideal considerar el modelo biopsicosocial y la teoría de desarrollo cognoscitivo, pues, generalmente los factores del modelo biopsicosocial son determinantes en la adquisición de nuevas habilidades y el avance o deterioro en ciertas etapas de desarrollo; cada niño cuenta con un nivel de desarrollo diferente que es evidente en la facilidad o dificultad para llevar a cabo ciertas actividades en diversas áreas como el lenguaje o la motricidad entre otras; Cunningham (1990) menciona una serie de actividades que el niño con síndrome de Down realiza a cierta edad y las pone en comparación con niños sin síndrome, los datos se mencionan en la tabla 1.

Tabla 1 Guía de desarrollo del niño con síndrome de Down

Actividades motrices ordinarias				
	Niños con síndrome de Down		Niños “normales”	
Actividades:	Edad		Edad	
Sostener la cabeza equilibrada y sin moverla	5m	3m a 9m	3m	1m a 4m
Revolcarse	8m	4m a 12m	5m	2m a 10m
Sentarse sin apoyo durante un minuto o más	9m	6m a 16m	7m	5m a 9m
Ponerse de pie apoyándose en los muebles	15m	8m a 26m	8m	7m a 12m

Caminar con apoyo	16m	6m a 30m	10m	7m a 12m
Ponerse de pie solo	18m	12m a 38m	11m	9m a 16m
Caminar solo	23m	13m a 48m	12m	9m a 17m
Subir la escalera con ayuda	30m	20m a 48m	17m	13m a 24m
Bajar la escalera con ayuda	36m	24m a 60m	17m	13m a 24m
Correr	4 años			
saltar sobre un punto	4 a 5 años			

Actividades personales/sociales/autoayuda				
	Niños con síndrome de Down		Niños “normales”	
Actividades:	Edad		Edad	
Sonríe cuando se le toca y se le habla	2m	1,5m a 4m	1m	1m a 2m
Sonríe espontáneamente	3m	2m a 6m	2m	1,5 a 5m
Reconoce a la madre y al padre	3,5 m	3m a 6m	2m	1m a 5m
Acepta las comidas sólidas	8m	5m a 18m	7m	4m a 12m
Come una galleta por su cuenta	10m	6m a 14m	5m	4m a 10m
Juega juegos con palmaditas y al escondite	11m	9m a 16m	8m	5m a 13m

Bebe de una taza	20m	12m a 30m	12m	9m a 17m
Utiliza una cuchara o un tenedor	20m	12m a 36m	13m	8m a 20m
Se desviste	38m	24m a 60m	30m	20m a 40m
Come totalmente solo	30m	20m a 48m	24m	18m a 36m
Controla la orina durante el día	36m	18m a 50m	24m	14m a 36m
Juega juegos de interacción/sociales	3,5 a 4,5 años			
Controla las necesidades	36m	20m a 60m	24m	16m a 48m
Vestirse solo parcialmente (excepto botones/cordones)	4 a 5 años			
Emplear el wáter o el orinal sin ayuda	4 a 5 años			

Actividades motrices de precisión y adaptación				
	Niños con síndrome de Down		Niños “normales”	
Actividades:	Edad		Edad	
Seguir movimientos de objetos en circulo con los ojos	3m	1,5m a 6m	1,5m	1m a 3m
Agarrar aros colgantes	6m	4m a 11m	4m	2m a 6m
Pasar objetos de una mano a otra	8m	6m a 12m	5,1m	4m a 8m

Tirar de cuerdas para conseguir un juguete	11,5m	7m a 17m	7m	5m a 10m
Encontrar objetos escondidos debajo de un trapo	13m	9m a 21m	8m	6m a 12m
Poner tres o más objetos dentro de una taza o caja	19m	12m a 34m	12m	9m a 18m
Construir una torre de dos cubos de 3 cm	20m	14m a 32m	14m	10m a 19m
Copiar un círculo	48m	36m a 60m	30m	24m a 40m
Hacer un juego de formas y colores	4 a 5 años			
Jugar juegos con reglas sencillas	4 a 5 años			

Actividades comunicativas				
	Niños con síndrome de Down		Niños “normales”	
Actividades:	Edad		Edad	
Reaccionar a los sonidos	1m	0,5 a 1,5m		0m a 1m
Girarse al sonido de una voz	7m	4m a 8m	4m	2m a 6m
Decir papá y mamá	11m	7m a 18m	8m	5m a 14m
Responder a palabras familiares	13m	10m a 18m	8m	5m a 14m
Responder a instrucciones verbales sencillas	16m	12m a 24m	10m	6m a 14m

Balucea expresivamente	18m	12m a 30m	12m	9m a 18m
Dice su primera palabra	18m	13m a 36m	14m	10m a 23m
Demuestra lo que necesita haciendo gestos	22m	14m a 30m	14,5m	11m a 19m
Unas pocas frases de dos palabras	30m	18m a 60m		
Utiliza palabras espontáneamente y se comunica	0,5 a 6 años			

Los datos proporcionados en la tabla 1 sirven como un punto de referencia en el desarrollo de los niños con síndrome de Down, sin embargo se debe tener presente que la aparición de los ítems puede variar de manera muy marcada ya que es posible que el niño desarrolle cierta área más favorablemente que otra, en este punto resalta la importancia del modelo biopsicosocial ya que los factores mencionados proporcionan diversos estímulos que influyen en el desarrollo del niño con síndrome ya sea de manera favorable o no.

1.6 Personalidad

La personalidad de los niños con síndrome de Down es una gran interrogante principalmente para los padres de familia, quienes suponen y esperan un comportamiento generalizado y estereotipado por parte de sus hijos, sin embargo, es necesario entender que el hecho de padecer cualquier tipo de síndrome no limita la personalidad; Fernández et al. (1993) mencionan que: “No existe una personalidad única ni estereotipada del niño con síndrome de Down; cada uno tiene su propia manera de ser, de pensar, de hablar..., por lo que es imprescindible conocerle y respetarle tal como es.” (p.248). El psicólogo debe tener presente esto y tomar en cuenta la variabilidad en la

elaboración y resultado del plan de intervención que se lleve a cabo pues no todos obtendrán los mismos resultados debido a la gran influencia de la personalidad, una vez mencionado esto es necesario tener conocimiento de lo que es y lo que implica la personalidad; para Cervone & Pervin (2009) el término de personalidad se usa para: “referirse a las cualidades psicológicas que contribuyen al perdurable y distintivo patrón de sentimientos, pensamiento y manera de conducirse de una persona.”(p.8). De igual manera Librán (2014) menciona tres principales puntos de lo que involucra la personalidad:

- La personalidad abarca tanto la conducta manifiesta externa y observable como los sentimientos y emociones internos que no se manifiestan directamente en el exterior.
- Las características de personalidad deben ser relativamente estables y consistentes. Estas características son las que utilizamos para poder predecir el comportamiento del individuo.
- El concepto de personalidad resalta el carácter único de cada individuo; la personalidad de un individuo viene definida por la estructuración única de un conjunto de elementos.

Considerando los elementos mencionados se puede entender la personalidad como la manera constante en que una persona habla, se siente, piensa y se manifiesta conductualmente en un medio determinado.

Independientemente de los elementos antes mencionados es importante resaltar los dos principales componentes de la personalidad: el carácter y el temperamento, estos conforman la personalidad de cada individuo; comunmente se suele caer en el error de considerarlos como sinónimos pero no es así ya que existe una diferencia que puede tener peso al momento de determinar la personalidad de un sujeto; las diferencias entre tales elementos son señaladas por González (2013, p.9):

- **Temperamento:** Todos los seres humanos poseen una herencia genética, es decir, las características que se heredan de los padres, como, por ejemplo, el color de ojos, el tono de piel, e incluso la propensión a determinadas enfermedades. El temperamento es un componente de la personalidad porque determina, de alguna manera, ciertas características de cognición, comportamiento y emocionales.
- **Carácter:** Se denomina carácter a las características de la personalidad que son aprendidas en el medio, por ejemplo, los sentimientos son innatos, es decir, se nace con ellos, pero la manera en cómo se expresan forma parte del carácter. Las normas sociales, los comportamientos y el lenguaje, son sólo algunos componentes del carácter que constituyen a la personalidad.

Estos dos elementos conforman la personalidad de cada individuo en proporciones iguales; cómo podemos ver los factores externos también juegan un papel importante en la personalidad ya que estos influyen en la manera en cómo se desenvuelve un individuo bajo cierto contexto resaltando su capacidad de adaptación, al verse afectados física y cognitivamente los niños con síndrome de Down muestran una capacidad de resiliencia mucho más baja en comparación con otros niños de la misma edad; la capacidad de resiliencia es un factor importante en la personalidad del niño con síndrome de Down ya que al tener dificultades de adaptación se observan ciertos aspectos de comportamiento; Down21 (2001) menciona una lista de las maneras de actuar más comunes entre las personas con síndrome de Down:

- **Escasa iniciativa.** Se observa en la utilización reducida de las posibilidades de actuación que su entorno les proporciona y en la baja tendencia a la exploración.

- Menor capacidad para inhibirse. Les cuesta inhibir su conducta, en situaciones variadas que van desde el trazo al escribir hasta las manifestaciones de afecto, en ocasiones excesivamente efusivas.
- Tendencia a la persistencia de las conductas y resistencia al cambio. Por ejemplo, les cuesta cambiar de actividad o iniciar nuevas tareas, lo que puede hacer que en algunos casos parezcan "tercos y obstinados". Sin embargo, en otras ocasiones se les achaca falta de constancia, especialmente en la realización de actividades que no son de su interés.
- Baja capacidad de respuesta y de reacción frente al ambiente. Responden con menor intensidad ante los acontecimientos externos, aparentando desinterés frente a lo nuevo, pasividad y apatía. Tienen además una más baja capacidad para interpretar y analizar los acontecimientos externos.
- Son trabajadores, constantes, tenaces, puntuales y responsables, que acostumbran a realizar las tareas con cuidado y perfección (generalmente en tareas que son de su agrado).

Es necesario mencionar que estas pautas no generalizan el comportamiento del niño ya que no todos las expresan, de igual manera cabe decir que dichos comportamientos pueden ser atribuidos a la baja capacidad de resiliencia que el mismo síndrome les plantea y que es evidente a través de esos comportamientos, a pesar de tener ciertos comportamientos en común estos no determinan completamente la personalidad de un niño con síndrome de Down ya que como se ha mencionado en la personalidad se involucran aspectos sentimentales, conductuales y cognitivos que perduran por un lapso considerable; es preciso que el psicólogo lo tenga presente y lo considere en la

elaboración del plan de intervención ya que este debe ser moldeado para tratar de obtener la mayor colaboración por parte del niño y así cubrir las diversas áreas que se requieren.

Capítulo II: Áreas de intervención y tratamiento psicológico en niños con síndrome de Down

2.1 La función del psicólogo y sus áreas de intervención en el tratamiento de niños con síndrome de Down

Como se ha mencionado en el capítulo I, el niño con síndrome de Down presenta una serie de características físicas y cognitivas que requieren atención desde una edad muy temprana, para así potencializar su desarrollo, a pesar de la evidente necesidad de un tratamiento para esta población, no es posible hallar algún tipo de tratamiento generalizado y bien estructurado que brinde las pautas para intervenir de manera específica las áreas que se ven afectadas; debido a que las diversas características del niño con síndrome de Down son intervenidas por un grupo multidisciplinar de especialistas con diferentes conocimientos en ramas como la medicina, psicología, genética, nutrición, biología, etc., por ello no es posible generalizar un tratamiento, no obstante, cada rama de conocimiento puede hacer diversos aportes desde su enfoque para procurar el bienestar e independencia del niño.

Como se sabe la psicología se enfoca en el estudio de la conducta y los procesos cognitivos, estos últimos y su estimulación son los aspectos más relevantes en el tratamiento de las personas con síndrome de Down, por lo tanto, es muy importante la intervención del psicólogo para plantear un tratamiento que estimule estas áreas y que ayude al sujeto a desarrollar sus habilidades cognitivas al máximo y lograr en el paciente un mayor nivel de desarrollo y autonomía.

En la intervención de niños con síndrome de Down es necesario que todos aquellos profesionales involucrados cuenten con un conocimiento previo y habilidades que les permitan llevar a cabo su labor de la manera más apropiada posible ya que considerando las afectaciones físicas y cognitivas se pueden plantear diversas situaciones que pongan a prueba al profesional.

Tomando en cuenta el cuadro clínico típico de las personas con síndrome de Down y la formación académica del psicólogo en la cual resalta el conocimiento de los procesos cognitivos y la conducta, es posible determinar las áreas en las cuales puede intervenir, dichas áreas son principalmente:

- Estimulación temprana o precoz
- Estimulación cognitiva
- Aprendizaje
- Lenguaje
- Psicomotricidad

El psicólogo puede intervenir en dichas áreas y hacerlo por medio de diversas técnicas que van enfocadas a un objetivo, sin embargo, para llevarlas a cabo de manera apropiada es preciso que tenga presente qué es y qué implica una intervención en psicología; para Orlinsky & Howard (1992) citado en Sánchez (2008) se refiere a “todos los hechos incluidos en un procedimiento profesional delimitado, derivados de técnicas de psicoterapia, es decir, que comprenden tareas y procedimientos específicos dirigidos por el psicólogo en respuesta a problemas manifiestos de los pacientes.” (p.320) considerando estas palabras es necesario que el trabajo del psicólogo se oriente exclusivamente a los problemas planteados por el síndrome de Down; además de intervenir en las áreas antes mencionadas, el psicólogo también es capaz de llevar a cabo otras funciones en relación a esta población como:

- Realizar la evaluación psicológica de la persona con discapacidad intelectual y el funcionamiento en las distintas áreas de habilidades adaptativas y satisfacción con su calidad de vida.

- Elaborar y evaluar los Programas Individuales de Atención (PIA) con la participación de la persona con discapacidad intelectual y su familia.
- Apoyar a la persona con discapacidad intelectual en la elaboración de sus planes personales de vida y en el logro de sus metas. (Planificación Centrada en la Persona)
- Proporcionar orientación e información a las familias de las personas con discapacidad intelectual desde un enfoque centrado en la familia
- Desarrollar todo tipo de programas para el desarrollo de habilidades adaptativas.
- Realizar intervenciones psicológicas individuales y grupales.
- Elaborar informes psicológicos de evaluación, adaptación y otros fines.
- Elaborar documentos, registros y protocolos para ofrecer un servicio de centro ocupacional de calidad y atención personalizada.
- Apoyar a la inserción laboral de la persona con discapacidad intelectual
- Realizar coordinaciones internas con el resto de profesionales del equipo técnico y externas con recursos del entorno, con el fin de promover la participación de las personas con discapacidad y sus familias, en los recursos del entorno y promover su inclusión social. (Martínez, Pastor, Pau, Pereira, & Vela, 2016, p.11).

Es importante que el psicólogo además de llevar a cabo dichas funciones se mantenga en una formación constante, pues como se ha dicho la intervención en niños con síndrome de Down pone a prueba los conocimientos y habilidades del terapeuta constantemente.

Otro aspecto en la intervención del psicólogo, son los padres del niño; como se ha planteado el trabajo del terapeuta debe girar en torno a las necesidades y problemas del sujeto establecidas por el síndrome en sí, sin embargo, los padres de familia son una parte muy importante dentro del tratamiento del niño ya que ellos juegan un papel muy activo a lo largo del proceso terapéutico, de

igual manera, es necesario que se involucren y aprendan las diversas técnicas de intervención para que sean capaces de estimular al niño aun cuando el terapeuta no esté presente, por tanto, el psicólogo debe actuar como guía y concientizarlos acerca de la importancia del tratamiento y cómo es posible obtener resultados favorecedores en el desarrollo del niño.

2.2 Estimulación temprana o precoz

La estimulación temprana juega un papel fundamental en la potencialización del desarrollo del niño con síndrome de Down, numerosos estudios han demostrado que es posible obtener resultados muy favorecedores, por ejemplo, Dierssen (1994) citado en Candel (2002) menciona que:

Los períodos de desarrollo cerebral rápido y abierto para el aprendizaje durante las primeras etapas de crecimiento del cerebro sugieren como el ambiente puede cumplir su papel en el desarrollo de las estructuras nerviosas, las cuales se desarrollan según el tipo de experiencia. Así pues, el ambiente es capaz de modificar la función y la estructura cerebral, de forma que la experiencia tiene consecuencias en diferentes niveles de integración más o menos perdurables. (p.10).

Así pues, es evidente que la estimulación debe llevarse a cabo lo antes posible para comenzar a modificar la función cerebral anómala y obtener el mayor beneficio posible, Jasso (2001) dice que: “La estimulación puede empezarse desde los 10 a 15 días posteriores del nacimiento.” (p.165). A pesar de esto es importante que quien imparta dicha estimulación considere los inconvenientes físicos, como lo son principalmente la hipotonía, pues en ocasiones, resulta contraproducente ya que si no se lleva a cabo de la manera adecuada es probable dañar físicamente al niño, para evitar este inconveniente es necesario que el niño se encuentre en un estado físico relativamente sano, donde sea posible la intervención, además, cabe mencionar que el terapeuta debe ser capaz de

adaptarse a los diversos estados físicos del paciente para ejercer la estimulación, es decir, a los diferentes grados de hipotonía o hiperflexibilidad que se pudieran presentar.

La estimulación temprana es aquel conjunto de ejercicios y actividades enfocadas a una población infantil de 0 a 3 años de edad y que tienen como fin reducir el retraso madurativo en los diversos trastornos del desarrollo, el programa de intervención en niños con síndrome de Down debe ser lo más amplio posible e incluir diversas áreas como: motricidad, estimulación cognitiva y desarrollo socio-afectivo; la estimulación puede tener diversos objetivos, sin embargo, el objetivo general será que el niño adquiriera las progresivas etapas de su desarrollo de la manera más adecuada y con el menor retraso en comparación con los niños sin trisomía. (Mi hijo con síndrome de Down - Down España, 2018).

La Federación Española del Síndrome de Down (2002, p.39-47) menciona los principales aspectos que deben ser incluidos en la estimulación temprana en las diferentes áreas a distintas edades en los niños con síndrome de Down:

Tabla 2 Estimulación temprana en niños con síndrome de Down

Intervención	Área motora	Área perceptivo-cognitiva	Área sociocomunicativa
Edad de 0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación de reflejos - Favorecer los movimientos del cuerpo - Control cefálico en diferentes posiciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la exploración visual - Fijación de la mirada y contacto ocular - Orientación a estímulos visuales - Seguimiento visual 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación verbal y táctil - Contacto ocular y fijación visual - Exposición a ambientes hogareños

	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación vestibular 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación auditiva - Respuestas de orientación a sonidos - Estimular respuestas de habituación - Reacción a estímulos aversivos - Estimulación táctil - Estimulación del olfato - Desarrollo de esquemas - Alternar la mirada - Experimentación de las consecuencias de sus propias acciones - Estimulación vestibular - Advertir la desaparición de personas u objetos de su campo visual - Estimulación del reflejo de prensión - Conciencia de su propio cuerpo: manos 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación a estímulos visuales y auditivos - Respuesta a estímulos aversivos - Estimular la sonrisa social - Establecimiento de pautas de interacción padres-hijo - Respuesta a estímulos aversivos - Socio-comunicación
--	---	--	---

		- Estimular la apertura de las manos	
Edad de 3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzamiento del control cefálico - Control del tronco - Apoyo en antebrazos en prono - Iniciación a los desplazamientos en prono - Apoyo en manos - Volteos - Reacciones de equilibrio - Toma de peso en pies - Sedestación 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la discriminación de diferencias - Mirar activamente alrededor - Alternar la mirada ante varios objetivos - Seguimiento de objetos que se desplazan rápidamente - Localización de sonidos - Presión voluntaria - Desarrollo de esquemas - Permanencia del objeto - Reconocimiento y exploración de su cuerpo y de su propia imagen - Comprensión de la relación de sus propias conductas sobre los objetos 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar el contacto ocular y la fijación de la mirada - Discriminaciones visuales de referencia - Reacciones ante el espejo - Imitación - Juegos y estímulos socio-emocionales - Juegos de interacción - Discriminación ambiental - Intercambios comunicativos - Adaptación social al medio

		<ul style="list-style-type: none"> - Repetición de acciones lúdicas interesantes para el niño - Imitación de gestos y acciones sencillas 	
<p>Edad de 6-9 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Posición de rodillas - Control del tronco - Sedestación con apoyo - Toma de peso en manos - Rastreo - Reacciones de equilibrio - Sedestación sin apoyos - Equilibrio en sedestación - Mantenimiento en cuatro apoyos - Marcha de rodillas - Cambios posturales - Gateo - Bipedestación 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento y búsqueda de objetos que se desplazan rápidamente - Manipulación y exploración de los objetos - Estimulación del uso de medios para alcanzar un objetivo - Permanencia del objeto - Discriminación visual y auditiva - Relaciones espaciales - Estimular la anticipación de conductas en el juego - Perfeccionamiento de la prensión 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión social del medio - Conductas de juego - Expresiones emocionales - Intercambios comunicativos. - Imitación - Juegos de interacción - Adaptación social

	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación vestibular 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de esquemas - Estimular las acciones del niño sobre los objetos - Estimular la conciencia del propio cuerpo - Imitación 	
<p>Edad de 9-12 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar adquisiciones anteriores - Bipedestación con apoyo - Equilibrio en bipedestación - Reacciones de equilibrio: caídas - Marcha con ayuda - Bipedestación sin apoyo - Estimulación vestibular - Marcha independiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones causa-efecto - Desarrollo de esquemas - Relaciones espaciales del objeto - Uso de medios para alcanzar un objetivo - Combinación de objetos - Reconocimiento de objetos y personas familiares - Permanencia del objeto - Imitación - Discriminación de objetos familiares - Reconocimiento de sí mismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Miradas de referencia - Comprensión de situaciones familiares - Adaptación social y afectiva - Imitación - Juegos comunicativos y de interacción - Comprensión de la prohibición - Expresiones emocionales - Comprensión verbal - Expresión verbal: iniciación

		<ul style="list-style-type: none"> - Perfeccionamiento de la prensión: pinza - Juegos de agua 	
<p>Edad de 12-18 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios posturales: incorporarse sin apoyo - Perfeccionamiento de la marcha - Equilibrio y coordinación general - Subir y bajar escaleras - Estimulación vestibular - Marcha rápida 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la atención y la exploración - Permanencia del objeto - Estimular el control ambiental - Estimular conceptos de tiempo - Exploración del ambiente externo - Relación causa-efecto - Relación tamaño y espacio - Uso de medios - Discriminación auditiva - Coordinación óculo-manual - Rotación de la muñeca - Relaciones espaciales - Reforzar la combinación de objetos 	<ul style="list-style-type: none"> - Socialización - Imitación gestual - Comunicación - Imitación vocal - Comprensión verbal - Expresión verbal

		<ul style="list-style-type: none"> - Garabateo - Concepto de sí mismo - Perfeccionamiento de la prensión - Esquemas de acción: juego simbólico - Imitación 	
Edad de 18-24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar y perfeccionar adquisiciones - Control del movimiento. Saltos - Carrera - Patear objetos - Coordinación dinámica general 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de medios - Causalidad operacional - Garabateo: imitación de trazos - Coordinación óculo-manual - Estimular la habilidad de solución de problemas - Permanencia del objeto - Agrupar objetos - Iniciación a algunos conceptos - Estimulación táctil - Discriminación de sonidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Socio-comunicación - Imitación - Comprensión - Expresión verbal

		<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación olfativa y gustativa - Imitación - Relaciones espaciales - Esquemas de acción 	
--	--	---	--

Estos son los aspectos que la estimulación temprana debe incluir, dichos aspectos son fomentados mediante diferentes actividades y materiales que el profesional determina de acuerdo a la capacidad de cada sujeto, cabe destacar que el profesional debe contar con diferentes aptitudes como la creatividad y la espontaneidad que lo lleven a dirigir, organizar y crear nuevas formas de estimular las diversas áreas del niño.

En la estimulación temprana los padres del niño juegan un papel muy importante ya que deben tener una participación activa en todo el proceso, el terapeuta sirve de guía mostrando como llevar a cabo las actividades y la manera en que se debe interactuar con el niño al momento de estar en la sesión de estimulación, de esta manera no solo se fomenta la estimulación física y cognitiva sino también se desarrollan los lazos emocionales y sociocomunicativos del niño y los padres, los padres deben prestar atención al proceso para que la estimulación no solo se lleve a cabo bajo la supervisión del terapeuta sino que se lleve a cabo en diferentes momentos del día lo más frecuente posible pues como es evidente el niño con síndrome de Down lo requiere.

Si la estimulación temprana se lleva a cabo de la manera adecuada es posible cumplir con los objetivos mencionados por la Federación Española del Síndrome de Down (2002, p.81) los cuales son:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

Alcanzar dichos objetivos depende de diversos factores como: la capacidad del paciente para asimilar la intervención, la participación activa por parte de la familia y las aptitudes del psicólogo, si se logra una relación adecuada de los puntos anteriores es posible lograr un gran avance en el desarrollo del niño, haciendo menos notorio el retraso físico y cognitivo.

2.3 Estimulación cognitiva

En las personas con síndrome de Down el área cognitiva se ve severamente afectada, por lo que la estimulación en esta área es sumamente importante; ya que la cognición está implícita en prácticamente todas las actividades que las personas realizan, es recomendable llevar a cabo la estimulación cognitiva con actividades sencillas con las que el niño se sienta cómodo y dispuesto a trabajar, es necesario iniciar la estimulación desde edades muy tempranas para poder obtener mejores resultados; como se ha visto los procesos cognitivos se dividen en básicos y superiores y es posible analizarlos teóricamente de manera individual pero en la práctica no es posible

separarlos ya que todos se relacionan entre sí en la realización de cualquier actividad por sencilla que ésta sea, tomando esto en cuenta es preciso llevar a cabo actividades que estimulen la mayor cantidad de procesos cognitivos; existen diversas maneras de estimulación cognitiva; sin embargo, tratándose de niños con síndrome de Down la manera ideal de hacerlo es por medio del juego ya que este resulta fácil de asimilar y de llevar a cabo, de esta manera se puede evitar la frustración y falta de disposición por parte del niño:

El juego es esencial en todas las etapas de desarrollo infantil. El motivo es que no solo resulta útil para entretener a los más pequeños y conseguir que lo pasen bien, sino porque también favorecen el correcto desarrollo de la personalidad y de las habilidades cognitivas. Mediante el juego, todos los niños aprenden a conocerse a ellos mismos, así como a todo lo que les rodea, incluyendo a otras personas. Adquieren todo tipo de conocimientos sobre su cuerpo y sobre cómo funcionan los objetos, instrumentos y utensilios. (Rovira, 2017).

Por lo antes mencionado, es necesario que el psicólogo tome el rol de guía y oriente el juego para lograr una buena estimulación y se cumpla el objetivo terapéutico del juego, dicho objetivo puede variar dependiendo el juego, sin embargo, generalmente bajo este contexto el objetivo es estimular al niño e insitarlo a tomar un papel activo que lo impulse y ayude a afrontar diversas situaciones de la vida cotidiana. Como se ha mencionado, en el juego no es posible aislar la estimulación de un solo proceso cognitivo, sin embargo, es posible darle prioridad o inclinar el juego hacia la estimulación de ciertos procesos en específico ya que existen diversos juegos con los que es posible estimular la memoria, la atención, la percepción y el lenguaje de manera un poco más aislada, por lo tanto, es sumamente importante que el terapeuta tenga conocimiento de diversos juegos y la manera en que estimulan la cognición.

La estimulación cognitiva por medio del juego puede iniciarse desde edades muy tempranas y es posible apoyarse de diversos materiales, por ejemplo, la Fundación Iberoamericana Down21 (2005) recomienda algunos materiales que se pueden utilizar para fomentar el juego en niños menores de 3 años de edad:

Primera etapa:

- Sonajeros de mango largo, de poco peso, de colores vivos.
- Pelotas y dados de goma-espuma, otros forrados de tela lisa de colores, y otros de tela rizada.
- Espejo irrompible.
- Móviles para colgar en la cuna.
- Cajas musicales.
- Centro de actividades.
- Palo vertical con anillas gruesas (“donuts”) para insertar.
- Xilofón y tambor.
- Muñecos que se muevan al empujarlos suavemente (tente-tiesos)
- Muñecos de material blando que suenen al presionarlos.

Segunda etapa:

- Vasos y cubos apilables y encajables.
- Pirámide de anillas.
- Toneles o cilindros encajables, que cierren a presión.
- Juguetes flotantes para el baño.
- Bloques grandes para superponer o encajar.

- Columpio: “Baby-bouncer”.
- Pelotas de diversos tamaños, colores y materiales.
- Cuentas de ensamblar o encajar unas con otras.

Tercera etapa:

- Juguetes para empujar y arrastrar.
- Cubos y bloques pequeños para hacer torres, filas, y para construir.
- Buzón de bloques de formas diversas con agujeros para meter.
- Cuentos de hoja dura y dibujos grandes y claros.
- Corre-pasillos o triciclo sin pedales.
- Pelotas, coches y muñecas, variados.
- Anillas para superponer: con palo vertical y sin palo vertical.
- Encajes de madera con formas sencillas y claras.
- Camiones o trenes con pivotes o muñecos para encajar en los agujeros.
- Tablero perforado con clavitos o tachuelas para sacar y meter.
- Anillas o eslabones.
- Animales.
- Pomperos, trompetas y matasuegras.
- Juegos de comiditas.
- “Pinturas comestibles” (yogures de sabores, leche con cacao, agua con colorante alimenticio...).

El terapeuta debe asegurarse de que los materiales sean apropiados para el niño y que no puedan causarle ningún tipo de daño, así mismo, debe determinar las actividades que se pueden llevar a

cabo con dichos materiales, las actividades deben ser sencillas y basadas en el desarrollo del niño, de esta manera, por medio de estos materiales es posible estimular principalmente la atención, la percepción, la sensación y el pensamiento del niño, Rovira (2017) menciona algunas actividades que se pueden realizar con los juguetes antes mencionados:

Niños entre 1 y 2 años:

- Cuando se mantenga en pie colocar juguetes u objetos llamativos que les motiven para desplazarse.
- Andar cogidos de la mano colocando pelotas de colores para que las chute.
- Construcción de torres y juegos manipulativos.
- Juegos creativos con pinturas o ceras aptas para su edad.
- Juegos para agrupar colores, animales u objetos.
- Lectura de cuentos infantiles con ilustraciones y dibujos. Preguntar por los dibujos al niño.
- Pedir al niño que utilice el habla y las palabras para pedir las cosas.

Niños entre 2 y 3 años:

- Juegos de movilidad y coordinación con pelotas.
- Juegos manipulativos como crear figuras con plastilina.
- Escuchar y nombrar sonidos del ambiente.
- Juegos de adivinanzas

En edades posteriores se puede llevar a cabo el juego en conjunto con otros niños con actividades más elaboradas y dirigidas objetivamente.

A partir de los 3 años de edad, el niño con síndrome de Down ya suele poseer las capacidades de lenguaje y motoras necesarias para realizar un gran número de actividades con ellos. A partir de esta edad, es recomendable realizar juegos que potencien todas y cada una de las capacidades cognitivas. (Rovira, 2017).

Si el niño cuenta con las cualidades necesarias para poder llevar a cabo un juego más elaborado el psicólogo debe promover juegos más complejos y que busquen la mayor estimulación cognitiva, de este modo Rovira (2017) recomienda una serie de juegos con los cuales es posible llevar a cabo la estimulación cognitiva:

➤ Pasar la pelota por el aro:

El juego consiste en colocar una serie de pelotas y aros de diferentes tamaños para que el niño las coja y vaya encestando cada pelota en el aro correspondiente. Podemos también intentar que las pelotas y los aros sean de los mismos colores para que así el niño también tenga que adivinar qué pelota va en cada lugar.

➤ Adivinar la forma:

Este ejercicio es de gran utilidad para potenciar la motricidad fina, así como también la memoria y la atención. Para ello, suministramos al niño una hoja con una serie de líneas de puntos que tiene que unir punteando con un punzón.

El niño deberá puntear el contorno del dibujo intentando no salirse. A continuación, podemos preguntar al niño de qué forma u objeto se trata.

➤ Actividades de teatro y representación:

Con el objetivo de trabajar tanto la fluidez en el lenguaje, como la memoria y la interacción con otras personas, podemos escenificar pequeñas representaciones o teatros en el que el niño deba recitar pequeñas líneas o frases. También podemos pedirle que lea fragmentos de textos en voz alta mientras gesticula.

Estas historias pueden mostrar escenas de la vida cotidiana, ya que esto facilitará también al niño la capacidad de improvisación.

➤ Cuentacuentos:

Son actividades en las que un adulto lee o cuenta algún cuento que resulte interesante o del agrado del niño. El objetivo es, a continuación, realizar preguntas o pedir que nos cuente su versión de la historia para así favorecer la atención y los procesos de memoria y recuperación de información.

➤ Emparejar las cartas boca abajo:

En esta actividad dispondremos de una baraja de cartas cuyos dibujos se puedan emparejar de dos en dos. Se colocan las cartas delante del niño boca abajo y le pedimos que empareje las cartas.

Las cartas solamente se podrán levantar una cada vez, por lo que el niño deberá recordar en qué lugar se sitúan cada uno de los dibujos para poder ir emparejándolos.

➤ Jugamos a las compras:

Los juegos y representaciones que impliquen simular actividades de la vida cotidiana como realizar cualquier compra permitirán al niño aprender a cómo interactuar en dichas situaciones, así como le otorgarán autonomía a la hora de realizar operaciones con monedas y billetes, y gestionar su propio dinero.

Para ello podemos jugar a las comprar o los mercados, utilizando billetes y monedas que puede elaborar el propio niño o mediante la utilización de juguetes como cajas registradoras para niños.

Por medio de estos juegos es posible estimular diversas áreas como la motricidad, el lenguaje, el pensamiento y los procesos cognitivos básicos, además de fomentar otros aspectos como la autonomía, la espontaneidad y la creatividad; dichos juegos pueden variarse considerando las capacidades del niño, sin embargo, es necesario que no se pierda el enfoque cognitivo del juego, es normal que debido a las condiciones del niño se le dificulte aprender el juego o seguir ciertas normas, por lo tanto, el terapeuta debe incitarlo a colaborar de la manera correcta y no perder de vista la objetividad de cada juego.

2.4 Aprendizaje

Debido a las características cognitivas que presenta el niño con síndrome de Down es natural que se encuentren en él una serie de inconvenientes que dificulten el aprendizaje, sin embargo, también es posible que el niño lleve a cabo actividades con un cierto nivel de dificultad, además de hacerlo apto para desarrollarse en un ambiente escolar e iniciándolo para integrarse al mundo laboral, el psicólogo debe brindar especial atención a los siguientes aspectos para guiar las actividades y promover el aprendizaje de la manera más eficaz posible:

- Necesitan que se les enseñen expresamente habilidades que otros niños aprenden espontáneamente, sin ser conscientes de ello.
- El proceso de consolidación de lo que han de aprender es más lento. Adquieren los conocimientos más despacio y de modo diferente. Necesitan más tiempo para culminar cualquier aprendizaje y, en consecuencia, más tiempo de escolaridad.

- Precisan de mayor número de ejemplos, de ejercicios, de actividades, más práctica, más ensayos y repeticiones para alcanzar las mismas capacidades.
- Requieren de una mayor descomposición en pasos intermedios de la habilidad objeto de aprendizaje, y una secuenciación de objetivos y contenidos más detallada.
- Es necesario que el trabajo autónomo, sin supervisión, se establezca como un objetivo prioritario desde edades tempranas.
- Necesitan, siempre que sea posible, que los aprendizajes sean prácticos, útiles, funcionales, aplicables de manera inmediata o cercana en su vida cotidiana; en definitiva, que promuevan la motivación.
- Tienen dificultades de abstracción, de transferencia y de generalización de los aprendizajes. Lo que aprenden en un determinado contexto no se puede dar por supuesto que lo realizarán en otro diferente. Eso exige que se tengan previstas la transferencia y la generalización.
- Precisan, con frecuencia, de apoyos personales de profesionales especializados (Pedagogía Terapéutica/Educación Especial y Audición y Lenguaje/Logopedia) que complementen la labor llevada a cabo por los profesores de aula y les asesoren en aspectos de intervención específicos.
- Los procesos de atención y los mecanismos de memoria a corto y largo plazo han de ser entrenados de forma específica, con programas de intervención dirigidos expresamente hacia la mejora de esas capacidades.
- El aprendizaje de los cálculos más elementales es costoso para ellos. Tienen dificultades con los ejercicios matemáticos y numéricos, con los problemas y con las operaciones. Necesitan un trabajo sistemático y adaptado en matemáticas, dirigido

hacia objetivos prácticos (como el manejo del dinero o la orientación en el tiempo y en el espacio) y que se les proporcionen estrategias para adquirir conceptos matemáticos básicos.

- El lenguaje es un campo en el que la mayor parte de los alumnos con síndrome de Down tiene dificultades, por lo que requiere un trabajo específico. Necesitan apoyo individualizado en el ámbito del lenguaje.
- Es necesario aplicar programas específicos de autonomía personal, entrenamiento en habilidades sociales y educación emocional, dirigidos a promover su independencia.
- Necesitan que se les evalúe en función de sus capacidades personales, de los objetivos individuales planteados y de los niveles de aprendizaje que cada uno vaya alcanzando, y no en base a criterios externos.
- Necesitan, en la mayor parte de los casos, que se confeccionen Adaptaciones Curriculares Individuales, dirigidas al alumno concreto (Ruiz, 2003).

Considerando estos elementos es posible crear un plan de intervención apropiado para las necesidades del paciente, de igual manera cabe resaltar que un sistema de actividades bien establecido con pasos lógicos facilitan el aprendizaje de actividades, por ejemplo: en diversos centros de atención múltiple como actividad artística los niños con síndrome de Down llevan a cabo piñatas, sin embargo, los profesores muestran el proceso de una manera estructurada y con pasos bien establecidos que el niño debe de seguir, este tipo de actividades es bien asimilada y los niños la llevan a cabo de una manera muy natural casi sin inconvenientes; esta es una manera muy eficaz para plantear un nuevo aprendizaje.

2.5 Lenguaje

Cómo se ha visto en el capítulo I, el lenguaje en los niños con síndrome de Down es uno de los aspectos con mayor retraso, por lo tanto, es necesaria la intervención de diversos profesionales que se encarguen de estimular esta área, quienes se encargan de este trabajo son principalmente el logopeda y el psicólogo; la logopedia se encarga del estudio científico de diversos trastornos de la comunicación y el lenguaje, el logopeda analiza la adquisición y el dominio del lenguaje, así como la competencia comunicativa del sujeto, él trabaja en la comprensión y expresión del lenguaje. (Nolla & Tápías, 2015). De esta manera, se puede apreciar que el lenguaje y su tratamiento corresponden al logopeda, sin embargo, el psicólogo puede hacer valiosas aportaciones en esta área del niño con síndrome de Down, abordándola desde un enfoque diferente, se ha mencionado que en el lenguaje intervienen diversos procesos mentales, de los cuales el psicólogo tiene conocimiento, de esta manera el psicólogo puede intervenir, desde un enfoque más cognoscitivo que prepare al niño para que pueda adaptarse al entorno social. Antes de que el psicólogo comience su trabajo es preciso que tenga claras las diferencias entre habla, lenguaje y comunicación para poder hacer intervenciones más apropiadas:

El “habla”, el “lenguaje” y la “comunicación” son habilidades independientes que se desarrollan por separado. Las tres son necesarias para hablar “como gente normal”.

El habla es la capacidad de emitir sonidos correctamente y juntarlos con fluidez y con la entonación y el ritmo adecuado para que los demás puedan reconocerlos fácilmente como palabras y oraciones [...]

El lenguaje está formado por el vocabulario y la gramática que se usan para la comunicación. El vocabulario puede consistir en palabras que se hablan, señas hechas con

la mano o símbolos que se escriben. La gramática consiste en las reglas para ordenar estas palabras, señas o símbolos.

La comunicación consiste en pasar la información de una persona a otra. Puede hacerse mediante el lenguaje, los sonidos o simplemente a través de gestos, expresiones faciales, movimientos corporales, etcétera. La comunicación permite que una persona haga que ocurran cosas y que se exprese. (Miles, 1990, p. 43).

Teniendo claros los elementos antes mencionados el psicólogo puede comenzar su labor, la intervención en el lenguaje debe basarse en tres principios mencionados por Lambert & Rondal (1982): “1) Comenzar muy pronto y continuar después a un ritmo regular, 2) implicar mucho a la familia del niño, 3) ser de tipo desarrollativo, es decir, utilizar los datos disponibles sobre el desarrollo del lenguaje en el niño normal” (p.246). Bajo estos puntos, el psicólogo interviene en los padres para hacerles notar la importancia del tratamiento del lenguaje a edades tempranas así como el rol que ellos deben tomar para lograr un mayor avance; el terapeuta trabaja principalmente a nivel semántico manipulando y verbalizando diversos materiales frente al niño resaltando las nociones del objeto, es posible apoyarse en el juego, el dibujo o el mimo, esta intervención promueve la categorización, generalización y clasificación; otra de las actividades que el psicólogo debe realizar es interesar al niño por las cosas que hay a su alrededor y en las relaciones entre personas, de esta manera se fomenta la expresión por medio de la palabra. (Fernández et al., 1993). Nafe (2014) menciona otras actividades que se pueden llevar a cabo con el niño con síndrome de Down para estimular el habla y lenguaje:

- Actividades de comprensión lectora:

Esta actividad se trata de leer al niño cuentos infantiles que sean llamativos e interactivos para llamar la atención del niño, se hacen preguntas sencillas acerca del cuento, el terapeuta apoya y motiva al niño para que conteste y se interese en la actividad.

➤ Fichas de refuerzo y apoyo:

Consiste en utilizar fichas con imágenes y palabras sencillas para que el niño trate de describir la actividad que se está llevando a cabo en la imagen o que identifique que animal, parte del cuerpo u objeto se encuentra en la ficha.

➤ Ejercicios articulatorios:

- Abrir y cerrar la boca
- Sacar y meter la lengua
- Llevar la lengua a la izquierda
- Llevar la lengua a derecha e izquierda
- Llevar la lengua arriba
- Llevar la lengua abajo
- Mover la lengua en círculos
- Limpiar con la lengua los dientes de arriba y los dientes de abajo
- Tirar besos
- Tirar besos y sonreír
- Morderse el labio de arriba
- Morderse el labio de abajo
- Inflar globos

Estas actividades además de fortalecer el aparato fonarticulador fomentan la comunicación por medio de gestos, ya que el terapeuta debe guiar al niño para que los gestos tomen un significado que tal vez no pueda ser expresado de manera verbal.

➤ Ejercicios de tiempos verbales:

Basicamente, esta actividad se refiere a que el niño se oriente en cuanto a la conjugacion de verbos, se trata de que el niño describa diversas actividades impresas en tarjetas para que sea capaz de distinguir los diversos tiempos verbales (presente, pasado y futuro) mostrados en ellas.

Además de las actividades antes mencionadas, Soledad & Ayala (2006) plantean otras que el psicólogo puede llevar a cabo para estimular el lenguaje en niños con síndrome de Down:

Area: lenguaje y madurez social.		
Objetivo general: proporcionar al niño Down los medios que le ayuden a su adaptación y socialización en el ambiente en que se desenvuelve. Estimular el desarrollo del habla mediante ejercicios preoperatorios para la fonacion, articulación y comprensión del lenguaje.		
Objetivos especificos	Actividades	Recursos
Practicar ejercicios para la correcta fonación.	Imitar las vocales a, e, i, o, u. Enseñarle sonidos onomatopeyicos de algunos animales: gato, perro, pato, pájaro, borrego, vaca. Etc. Acostado boca arriba se le invita a emitir los sonidos. Provocar la emisión de los fonemas labiales (m-p) (mamá–papá), labiodentales (s, d, b.) mediante palabras, colóquese frente al niño y pídale que vaya repitiendo la palabra y enséñele la imagen.	Sonidos de animales Canciones Tarjetas con imágenes.

<p>Practicar ejercicios para la correcta respiración.</p>	<p>Colocar la mano del niño Down bajo las fosas nasales de la mamá y las de él, mientras la mamá tome aire para que él sienta el aire que es absorbido y luego expulsado lentamente.</p> <p>Que inspire y aspire el aire frente a un papel colocado debajo de sus fosas nasales para que observe como se mueve el papel al tomar y botar el aire.</p> <p>Invitar al niño a que hinche sus mejillas tomando o reteniendo el aire.</p> <p>Ayudar al niño a soplar pedazos de papel, bolitas de ping-pong, velas, silbatos, confeti, etc.</p> <p>Invitar al niño a que sople plumas de colores que estan dentro de una caja transparente.</p> <p>Soplar con popote.</p> <p>Poner al niño frente a un espejo, para que vea como se empaña el vidrio al salir el aire.</p> <p>Con globos inflarlos y desinflarlos para que el niño observe como se inflan al llenarse de aire y se desinflan al salir el aire.</p> <p>Invitarlo a que huela sustancias como: perfume, frutas, flores, etc.</p> <p>Colgar figuras en el techo e invitar al niño a que las mueva soplando.</p>	<p>Velas, silbatos, confeti, plumas, cajas, popotes, espanta suegras.</p>
---	---	---

<p>Practicar ejercicios de prearticulación con movimientos de la lengua y labios en diferentes direcciones y posiciones.</p>	<p>Llevar al niño a mover la lengua en diferentes posiciones y direcciones, guiandola o moviendola con una paleta que la mamá accionara según la posición que se le vaya indicando.</p> <p>Mover los labios en diferentes posiciones.</p> <p>Colocar al niño frente al espejo, la mamá imitará un fonema sencillo e invitará al niño a realizarlo.</p> <p>Sentado el niño frente a mamá, esta imitara un fonema sencillo (m,i,p) exagerando los movimientos y sonidos para que éste la imite.</p>	
<p>Articular frases sencillas.</p>	<p>Hablarle al niño utilizando dos palabras clave, a medida que se le señala el objeto o la figura, ejemplo: los zapatos, el arbol, mi taza, etc. Y pedirle que lo repita junto con la mamá.</p> <p>Ofrecerle objetos o cosas al niño y decirle dos palabras a la vez, para que los repita: tu color, toma agua, levante eso, sientate alli, dame eso, ve a mamá, etc.</p> <p>Saludarlo en todas las sesiones utilizando su nombre y otras palabras: buenos dias Juan, ¿como esta Juan? Hasta luego Juan.</p> <p>Frente al espejo el niño decirle ahí esta Juan (su nombre) a la vez que se le señala.</p> <p>Jugar a las escondidillas, usando su nombre cuando se le este buscando.</p> <p>Repetir con él frases cortas como: este es mi papá, ese soy yo, mi casa roja, etc.</p>	

<p>Practicar normas básicas de cortesía.</p>	<p>En todas las sesiones se les invita a los niños a saludarse y despedirse.</p> <p>Saludos entre ellos.</p> <p>En las actividades que se estén realizando se practicarán las normas de cortesía durante las sesiones: por favor, gracias, de nada, salud, etc.</p>	
<p>Participar en las diversas festividades.</p>	<p>Este se realizara según la fecha que sea necesaria.</p> <p>Los niños participaran con vestuario según la fecha a festejar.</p> <p>Organizar actos socio-culturales para que el niño participe, ejemplo: poner una ofrenda.</p>	
<p>Practicar normas de prevención de accidentes.</p>	<p>Realizarlo de manera sencilla donde el niño lo entienda.</p> <p>Presentarle láminas para que el niño observe los dibujos de diferentes accidentes (cerrillos, enchufe eléctrico, clavos, cuchillos, tijeras, etc.)</p> <p>Explicar las precauciones que debe tener al salir a la calle: caminar por la banqueta, cruzar la calle con cuidado, tomar de la mano a un adulto (mamá, papá, etc.)</p>	<p>Laminas de accidentes en el hogar.</p>
<p>Identificar los medios de transporte.</p>	<p>Presentarle al niño objetos o juguetes de los diferentes medios de transporte (camion, automóvil, bicicleta, etc.)</p>	<p>Tarjetas ilustradas con medios de transporte.</p>

		Objetos concretos a escala.
--	--	-----------------------------------

Como se puede apreciar todas las actividades antes mencionadas también se enfocan en la estimulación cognitiva ya que promueven la adquisición de nuevos conceptos y la relación acción-efecto, de este modo el psicólogo debe encargarse principalmente de estos aspectos, él debe considerar el estado en que se encuentra el niño para llevar a cabo las actividades, de igual manera debe considerar el desarrollo cognoscitivo y de ser necesario modificar las actividades para lograr la mayor estimulación posible, sin perder de vista la objetividad de la intervención.

2.6 Psicomotricidad

Como es evidente, la habilidad motriz en los niños con síndrome de Down se ve disminuida, las complicaciones psicomotrices son visibles desde una edad temprana y lo son aún más conforme esta avanza; los problemas motrices son principalmente en la coordinación, el equilibrio y la postura, estos problemas se hacen notar a diario en la dificultad para caminar, correr, vestirse y manipular objetos, a pesar de esto es posible mejorar las habilidades psicomotrices por medio de diversas técnicas que se enfocan en la estimulación motora-muscular así como cognitiva; Fernández et al. (1993) dicen que:

La psicomotricidad consiste en una sensibilización, en una estimulación complementaria que permite el progreso en cuanto al desarrollo motor y, a la vez, organizar más fácilmente la personalidad del niño, todo ello mediante diferentes técnicas y terapias corporales.

Debe ser impartida de manera especial de los 0 a los 6 años y prolongarla, si es necesario, hasta aproximadamente los 9 años; no obstante, todo dependerá del nivel de desarrollo del niño y de sus particularidades concretas. (p.242).

Considerando lo antes mencionado, es importante elaborar un plan de intervención psicomotriz adecuado a la edad y las necesidades del paciente, para llevarlo a cabo hay que tomar en cuenta algunas consideraciones metodológicas ya que estas marcan el punto de partida de todo plan de intervención:

- tomar como punto de partida las experiencias previas del niño.
- utilizar todos los canales sensitivos posibles, procurando que el medio sea rico en estímulos.
- respetar la secuencialidad de cada proceso de aprendizaje para evitar lagunas o pseudoaprendizajes.
- que las actividades psicomotrices sigan la secuencia:
- manipulativo-vivencial: todo aprendizaje debe comenzar por la vivencialidad y/o manipulación operativa del concepto/movimiento.
- Verbalización sobre los movimientos realizados, con el fin de facilitar la representación simbólica del movimiento o concepto.
- Representación gráfica y simbolización del movimiento o concepto. (Fernández et al., 1993, p.243).

Como se puede observar la verbalización, la simbolización y la representación gráfica son aspectos importantes en el plan ya que esto ayuda no solo al desarrollo motriz, sino también al desarrollo cognoscitivo del niño, al utilizar la verbalización y la simbolización además de estimular el área motriz, también se estimulan aspectos como el aprendizaje, la memoria, la percepción y el lenguaje

entre otros. Al momento de llevar a cabo la intervención en niños con síndrome de Down, el psicólogo debe tomar en cuenta algunos puntos para que su trabajo sea lo más adecuado posible:

- Actividad adecuada a sus capacidades
- Explicar la actividad de una manera clara y además acompañarlas del movimiento a realizar.
- Proporcionar al niño la confianza necesaria para que confíe en poder realizar las tareas dadas.
- Motivar, apoyarlo, animarlo en la realización de la actividad.
- Dar refuerzos positivos.
- Definir claramente los roles. (Mallea, Niemeyer, & Rodriguez, 2013, p.31)

Teniendo claros los parámetros bajo los cuales se debe guiar la intervención en el área psicomotriz, es preciso conocer las actividades que se pueden llevar a cabo, para ello Soledad & Ayala (2006) mencionan un programa de educación psicomotriz para niños con síndrome de Down:

Tabla 3 Actividades de estimulación del área motriz gruesa para el niño con síndrome de Down

Área: motricidad gruesa		
Objetivo general: facilitar la integración social del niño Down a través del control motriz, de tal forma que favorezca su aprendizaje y su mejor desenvolvimiento en las tareas cotidianas.		
Objetivos específicos	Actividades	Recursos materiales
Voltear el cuerpo hacia ambos lados con ayuda y libremente.	Acostar al niño boca arriba sobre las colchonetas. Impulsarlo a voltearse de lado derecho y luego izquierdo con sus brazos pegados a su cuerpo	Colchonetas

<p>Arrastrar el cuerpo hacia un objeto.</p>	<p>Poner frente al niño objetos llamativos para que trate de alcanzarlos arrastrándose.</p>	<p>Colchonetas Objetos llamativos</p>
<p>Gatear en patrón cruzado</p>	<p>Acostar al niño boca abajo, apoyar sus manos sobre las colchonetas a la vez que levante su tronco, apoyándose sobre sus rodillas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El niño intentara extender su mano izquierda hacia adelante y apoyarla en la colchoneta a la vez que impulsa sus extremidades inferiores hacia adelante. - Acostarlo boca abajo apoyar sus manos sobre la colchoneta, extender el brazo izquierdo hacia adelante a la vez que impulsa su pierna derecha hacia adelante. - Ya que el niño realice el gateo cruzado la mamá se colocará a su lado y lo hará conjuntamente. - poner en el circuito obstáculos con los rodillos y cuñas de manera que el niño realice la actividad subiendo y bajando. 	<p>Colchonetas Cuñas Rodillos</p>
<p>Equilibrar el cuerpo en posición hincada.</p>	<p>Ayude al niño a ejecutar la acción en caso de que no lo haga por sí solo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ayudar al niño a hincarse colocando objetos frente a él para que vaya hacia ellos. - realizar juegos donde se le dé al niño la oportunidad de permanecer hincado. 	<p>Colchonetas Objetos llamativos</p>

<p>Equilibrar el cuerpo en posición de pie.</p>	<p>Parado el niño y tomando de los brazos de mamá indicarle, levantar un pie luego el otro.</p> <p>- Apoyado en una silla el niño levantar la pierna derecha e izquierda.</p>	<p>Sillas pequeñas</p>
<p>Caminar con apoyo.</p>	<p>- Motivar el niño para que camine con apoyo alrededor de las mesas, tortuga, alberca de pelotas, etc.</p> <p>- Por medio de juegos y cantos el niño se apoyará en brazos de mamá y se le invitará a pararse.</p> <p>- Colocar un objeto a corta distancia para que camine hacia él, tomado de la mano de mamá.</p> <p>- Poner al niño de cara a mamá y colocar sus pies sobre los de ella, y dar pasos hacia adelante y atrás mientras se sostiene de las manos.</p>	<p>Colchonetas, tortuga, alberca de pelotas, objetos llamativos</p>
<p>Caminar sin apoyo.</p>	<p>- Estimular al niño a dar pasos por sí solo, ofreciéndole un juguete a cierta distancia, para que trate de alcanzarlos.</p> <p>- Parado en las colchonetas el niño invitarlo a caminar solo.</p> <p>- Caminar libremente por todo el salón.</p> <p>- El niño caminara libremente al compás de la música, palmadas o panderetas.</p>	<p>Colchonetas, juguetes</p>
<p>Ejecutar con diferentes ritmos musicales el caminar dirigido.</p>	<p>- Caminar sobre las puntas y talones; con ayuda de mamá y posteriormente solo.</p> <p>- caminar sobre líneas rectas.</p>	<p>Grabadora, música</p>

<p>Caminar de diferentes formas.</p>	<p>Caminar hacia atrás, de lado primero pierna derecha y luego izquierda.</p> <p>Dibujar huellas de los pies en todo el salón y pedirle al niño que camine sobre ellas.</p> <p>Caminar sobre la viga de equilibrio, tomado de la mano de mamá, hacia delante, atrás, lateralmente a la derecha y a la izquierda.</p> <p>Caminar sin zapatos sobre diferentes texturas o superficies.</p> <p>Guiar al niño para que imite pasos de amplitud variada largos-cortos.</p>	<p>Colchonetas, masking tape, arena, agua, maíz, talco</p>
<p>Correr libremente con obstáculos.</p>	<p>Realizar carreras en línea recta sobre las colchonetas por pareja.</p>	<p>Colchonetas</p>
<p>Saltar libremente sin obstáculos.</p>	<p>Jugar con los niños flexionando las piernas juntas, luego una y la otra.</p> <p>Tomarlo de las manitas y dar saltos sobre sí mismo usando las dos piernas a la vez y cantándole “debajo del agua”.</p> <p>Realizar lo anterior solo.</p>	<p>Colchonetas, bancos, aros, cuerdas</p>
<p>Saltar libremente y con obstáculos</p>	<p>Jugar con los niños flexionando las piernas juntas, luego una y la otra.</p> <p>Tomarlo de las manitas y dar saltos sobre sí mismo usando las dos piernas a la vez y cantándole “debajo del agua”.</p> <p>Realizar lo anterior solo.</p> <p>Saltar de un objeto al piso (colchoneta, banco, etc.).</p>	<p>Colchonetas, bancos, aros, cuerdas</p>

	<p>Saltar obstáculos como cuerda, aro, etc.</p> <p>Saltar cada vez que el niño escuche un aplauso.</p> <p>El niño intentará saltar hacia adelante, atrás, a los lados; manteniendo los pies juntos.</p>	
<p>Subir y bajar escaleras primero con ayuda y después independientemente.</p>	<p>Subir escaleras gateando lentamente, tomando un escalón a la vez usando el gateo cruzado.</p> <p>Tomar al niño de la mano, subir y bajar escalones.</p> <p>Ayudar a subir y bajar colocándose atrás de él.</p>	<p>Colchonetas, rampas y escalones</p>
<p>Agacharse en cuclillas.</p>	<p>Colocarse frente al niño e invitarlo a agacharse en cuclillas y pararse.</p> <p>Recoger pelotas del suelo, poniéndose en cuclillas.</p>	<p>Pelotas</p>
<p>Identificar las principales partes del cuerpo.</p>	<p>Colocar al niño frente al espejo y ayudarlo a llevar las manos por todo su cuerpo, nombrando cada una de estas.</p> <p>Acostar al niño sobre un papel bond y dibujar el contorno de su cuerpo.</p> <p>Conjuntamente con la mamá ira dibujando las partes del cuerpo.</p> <p>Cantarle la canción “con mis manitas”.</p> <p>El niño toque las partes del cuerpo que se le vaya indicando.</p>	<p>Espejo, papel bond, plumones</p>
<p>Señalar el esquema corporal en otras personas.</p>	<p>Indicarle al niño que toque y reconozca el cuerpo de su mamá.</p>	

<p>Ubicar su cuerpo en el espacio.</p>	<p>Motivar al niño para que dirija sus brazos hacia delante, atrás, arriba y abajo.</p> <p>Mover su cabeza hacia arriba, abajo, a un lado, a otro.</p> <p>Pasar por el gusano gateando.</p> <p>Ubicarse dentro o fuera de un círculo trazado en el piso.</p> <p>Pedir al niño que se desplace hacia una dirección siguiendo un orden adelante, atrás.</p> <p>Pedirle al niño que mire y señale hacia arriba-abajo.</p> <p>Mover sus brazos y piernas hacia arriba.</p> <p>Motivarlo a que aviente la pelota hacia arriba-abajo.</p> <p>Pedirle que nos muestre las nubes y el cielo</p>	<p>Gusano, pelota</p>
<p>Controlar el equilibrio de su cuerpo.</p>	<p>La mamá lo tomara de mano y caminara libremente despacio o deprisa según la indicación.</p> <p>Caminar por todo el circuito evitando obstáculos.</p> <p>Caminar sobre punta y talón.</p> <p>Parado se le indicara que cambie de posición, sentado, parado, acostado, etc.</p>	<p>Colchonetas, gusano, hongos</p>
<p>Practicar el vestirse y desvestirse completa y adecuadamente.</p>	<p>Para realizar esta actividad el maestro le pedirá a la mamá una clase antes llevar la ropa de su hijo o hija.</p> <p>Enseñarle al niño el nombre de las prendas de vestir.</p> <p>Estimularlo para que participe en la actividad de vestirse extendiendo brazos y piernas.</p>	<p>Prendas de vestir</p>

	<p>Indicarle al niño que ponga x prenda con ayuda de mamá y posteriormente solo.</p> <p>Guiarlo en la manipulación del cierre, hebillas, botones, broches, cordones y agujetas.</p>	
Mover los brazos en posición supina en varias direcciones.	<p>Indicar al niño que mueva sus brazos: paralelos al cuerpo, arriba formando “V” a los lados horizontalmente, cruzados, alternadamente uno arriba otro abajo, uno cruzado otro extendido.</p>	Colchonetas
Ejercitar la relación espacial en el medio.	<p>Practicar con muñecos a vestirlos y desvestirlos.</p> <p>Ayudarle a ponerse y quitarse los zapatos.</p> <p>Ayudarle a identificar el zapato correspondiente de cada pie.</p> <p>Pedirle al niño que realice acciones subiendo y bajando de un banco y silla; preguntándole si está arriba o abajo.</p> <p>Pedirles a los niños que por pareja se tomen de la mano y caminen por todo el salón.</p> <p>Solicitarle verbalmente que mencione la ubicación de algunos objetos que se encuentran en el salón.</p>	Silla, banco, diferentes objetos
Mover las piernas en diferentes posiciones.	<p>Acostado sobre la colchoneta en posición supina, tomar al niño de los tobillos y ayudarle a mover las piernas, flexionándolas sobre el abdomen, las dos juntas y posteriormente una y una.</p> <p>Extender las piernas juntas hacia el piso y levantarlas hacia arriba, como si cambiáramos el pañal.</p>	Colchonetas

	<p>Abrir y cerrar las piernas.</p> <p>Abrir y cruzar piernas.</p>	
Mover los pies en direcciones variadas.	Acostado el niño tomarlo del tobillo y mover su pie hacia arriba-abajo, a un lado y al otro, en forma circular hacia fuera y luego hacia dentro.	Colchonetas, música suave
Mover las manos en diferentes direcciones.	<p>Sentado el niño en la colchoneta frente a su mamá le tomará su mano y dará la vuelta hacia fuera y adentro, arriba y abajo.</p> <p>Cantos que tenga que hacer mímica con sus manos.</p>	Colchonetas, música
Rodar el cuerpo hacia la derecha e izquierda.	<p>Sobre las colchonetas se acostará al niño y rodarlo hacia la derecha e izquierda.</p> <p>Posteriormente realizarlo solo.</p>	Colchonetas, música

Tabla 4 Actividades de estimulación del área motriz fina para el niño con síndrome de Down

Área: motricidad fina		
Objetivo general: favorecer en el niño con síndrome de Down la coordinación viso-manual.		
Objetivos específicos	Actividades	Recursos materiales
Mover las manos y los dedos.	<p>Cantar con el niño tengo manita, masita, etc.</p> <p>Que el niño imite con sus manos el vuelo de una mariposa.</p> <p>Dar palmadas a la mesa.</p> <p>Aplaudir.</p> <p>Pegar sus palmas con las de mamá.</p>	<p>Grabadora,</p> <p>arena, agua,</p> <p>semillas</p>

	Mover las manos dentro de un recipiente con agua, arena y semillas.	
Manipular objetos.	<p>Sentado el niño ofrecerle objetos para que los pase de una mano a otra.</p> <p>Darle cubos para que los tome con su mano.</p> <p>Proporcionarle objetos pequeños como pasas, hojuelas de maíz, etc. invitándole para que los agarre con el dedo índice y pulgar (pinza).</p> <p>Meter y sacar objetos.</p> <p>Que el niño tome una pelota y la suelte cuando se le indique.</p> <p>Pedirle que introduzca objetos pequeños en recipientes con ranuras de diferentes tamaños.</p>	Cubos, pelotas de diferentes tamaños, material de ensamble diversos, semillas, pasas, fichas.
Amasar materiales suaves.	<p>Darle al niño material suave para que lo apriete con los dedos como masa, esponja, plastilina, cubos de fieltro, etc.</p> <p>Proporcionarle al niño el material para realizar la masa, invitándole a que agarre todos los ingredientes para realizar la masa.</p>	Cubos de fieltro, esponjas, masa, plastilina, harina, agua, aceite, sal.
Arrugar papel.	Darle al niño papel periódico, mostrarle como arrugarlo y posteriormente que lo haga él.	Papel periódico
Hacer bolitas de papel.	Proporcionarle papel crepe y que con sus manos haga pedacitos y posteriormente bolitas con este.	Papel crepe
Rasgar papel.	Rasgar libremente diferentes tipos de papel (crepe, lustre, china).	Papel crepe, lustre, china.

Pegar objetos.	<p>Mostrarle al niño el proceso de pegar utilizando sus dedos.</p> <p>Ayudarle a pegar utilizando su dedo índice y posteriormente usando diferentes pinceles.</p> <p>Pegar papel, granos y sopa.</p>	<p>Pegamento líquido, bolitas de papel crepe, granos, sopa.</p>
Pintar con diferentes materiales.	<p>Proporcionarle pintura y que pinte libremente con sus dedos.</p> <p>Pintar hacia una dirección (arriba-abajo, izquierda-derecha).</p> <p>Utilizar crayones para dibujo libre.</p> <p>Iluminar una figura grande con pincel.</p>	<p>Hojas blancas, crayolas, pintura, pinceles.</p>
Ensamblar piezas.	<p>Ensamblar piezas grandes de una figura o lamina.</p> <p>Darle figuras humanas para que el niño las coloque.</p>	<p>Rompecabezas, pelota desarmable.</p>
Encajar y reconocer algunas figuras geométricas.	<p>Que el niño encaje figuras geométricas en sus respectivos lugares.</p> <p>Encajar figuras en un eje.</p> <p>Encajar aros pequeños en unas palitas.</p>	<p>Figuras geométricas de diferentes materiales.</p>
Hacer plegados de papel.	<p>Permitirle que doble papel libremente.</p> <p>Ayudarle a doblar papel por la mitad usando hijas blancas, previamente marcadas vertical y horizontalmente.</p>	<p>Hojas de papel.</p>
Enhebrar cuentas.	<p>Ayudarle a enhebrar cuentas en los cordones.</p>	<p>Cuentas de diferentes tamaños, cordones y aros.</p>

Ejercitar el concepto figura-fondo.	Colocar al niño frente a la mamá y pedirle que tome la pelota y posteriormente se la aviente. Invitarlo a buscar figuras escondidas.	Pelotas y diversos objetos.
Ejercitar la constancia perceptual del tamaño.	Brindarle la oportunidad de manipular objetos de diferentes tamaños. Sacar objetos de una caja de tamaño grande y de otra, pequeños, que los observe e irle indicando esto es grande y este pequeño. Darle la instrucción “dame un juguete de tamaño: grande o pequeño”.	Objetos grandes y pequeños, cajas.
Ejercitar la coordinación viso-manual.	Pedirle al niño que abra y cierre las cajas. Que tape y destape botellas de diferentes tamaños. Que coloque bolitas, con la mano dominante dentro de una bolsa sostenida de la otra mano. Construir torres. Proporcionarle juegos de armar sencillos. Guiarlo para que haga bolitas de papel y las pegue sobre una línea. Realizar dibujos con pintura.	Cajas, botellas de diferentes tamaños, bolitas de papel, cubos, juegos de armar.
Ensartar objetos por color.	Estimular al niño Down, para que ensarte las argollas en su lugar correspondiente según su color.	Juegos de argollas.

Si dichas actividades son llevadas a cabo de manera óptima, es posible obtener resultados muy satisfactorios haciendo los retrasos cada vez menos evidentes y promoviendo en el niño una mayor capacidad de adaptación al entorno social.

Capítulo III: El perfil profesional del psicólogo

3.1 Implicaciones éticas en el tratamiento de personas con síndrome de Down

La ética es un tema muy importante en las ciencias de la salud, pues en ocasiones el profesional, en este caso el psicólogo se encuentra en situaciones que ponen a prueba su ética profesional, por este motivo existen principios y valores que sirven para guiar el procedimiento terapéutico y llevarlo a cabo de la manera más apropiada; “La ética profesional es, en un primer momento, aquel conjunto de principios que permite distinguir lo bueno de lo malo en ese quehacer de un saber teórico-práctico en una sociedad.” (Baró, 2015, p.56), como se puede leer la ética comienza con un saber teórico-práctico donde el psicólogo debe contar con los conocimientos necesarios para intervenir y afrontar las situaciones que el paciente puede presentar, además del conocimiento teórico es preciso que también se sepa llevarlo a cabo en la práctica y desarrollarlo bajo las características específicas del paciente; por ejemplo, en los pacientes con síndrome de Down es común encontrarse con problemas de hipotonía, hipoflexibilidad y/o padecimientos cardíacos, por lo tanto, es necesario que el psicólogo sepa recabar la información necesaria para estar al tanto del estado del paciente, además debe considerar estas características y llevar a cabo las intervenciones sin causar algún tipo de daño al paciente.

El psicólogo dedicado a la atención de personas con síndrome de Down al igual que todos los profesionales encargados de su bienestar deben regirse por principios éticos básicos que procuran la dignidad y el respeto hacia el paciente, por lo tanto, es preciso dejar claros estos principios: García (2004) citado en Sánchez (2008) menciona algunos principios éticos universales que deben ser considerados en la práctica del psicólogo:

- Acatar las normas morales y legales. Por ejemplo, obtener el consentimiento informado del paciente y explicar los principios de confidencialidad y las limitaciones del tratamiento.
- Respetar los derechos humanos, ser tolerantes con la diversidad cultural, las preferencias sexuales, las diferentes posiciones políticas o ideológicas.
- Determinar la finalización de una intervención dada la posibilidad de iatrogenia, porque ya no es útil para el paciente o porque se ha convertido en una relación dual o peligrosa para el bienestar del paciente.
- Evitar el abuso en los cobros, bajo la premisa de que el daño patrimonial hacia el paciente es por sí mismo una acción negativa y poco ética.
- Acreditar las técnicas de evaluación psicológica utilizadas en la práctica y explicar al paciente los procedimientos, así como las exigencias, riesgos y demandas físicas e intelectuales de las mismas.
- Cuidar la seriedad de las declaraciones públicas en medios escritos y electrónicos, protegiendo primariamente la confidencialidad del paciente y tener cuidado de no dañar la imagen de la profesión. (p.13).

Como se puede apreciar estos principios derivan del sentido común, además, también existen valores éticos los cuales se refieren a las creencias que impulsan la acción de cada sujeto, por tal motivo los valores ideales para guiar la práctica del psicólogo según Sánchez (2008) son:

- Actuar con la convicción de que se está haciendo lo mejor para el paciente y que se antepone su bienestar y mejoría al prestigio, logro o lucimiento profesional.
- Cuidar la confidencialidad de la información en la práctica profesional bajo la convicción de evitar daños al paciente.

- Actuar bajo los principios de honestidad, justicia, respeto y responsabilidad; en fin, bajo la guía de los principios éticos universales. (p. 14).

Además de todos estos principios, valores y sentido común que la misma formación académica va planteando a lo largo de su desarrollo existen ciertos pensamientos de diversos autores que el psicólogo debe considerar al tratar con personas con síndrome de Down o algún otro padecimiento, por ejemplo, Etxeberria & Flórez dicen que:

Es posible que el paso más radical que no acabamos de dar, cuando discutimos o abordamos el tema de la persona con discapacidad, sea el más elemental: que es «una persona más». La segregación se inicia en nuestra primera proyección: la mental. Y aceptamos que lo podemos hacer con nuestra mejor intención: cómo atenderles, cómo cuidarles, cómo programar y gestionarles los apoyos. Incluso llegamos a convencernos de que las personas con discapacidad son parte de nuestra sociedad, sin caer en la cuenta de que no es que sean «parte de la sociedad» sino que «son sociedad», «conforman la sociedad en que vivimos».

No pretendemos minimizar el enorme recorrido y esfuerzo que la sociedad occidental, -por referirnos a la que conocemos-, ha realizado por acoger el fenómeno de la discapacidad en su seno y por asumirlo y tenerlo en cuenta. Pero a fuerza de considerarla como algo especial, algo anómalo y patológico, la hemos tapiado por así decir. En un lado estamos nosotros, y en el otro están ellos.

Es importante conocer y considerar este tipo de pensamientos que los investigadores plantean, pues como podemos apreciar es posible expandir la perspectiva y entender cómo es que la sociedad percibe este tema, sin embargo, en el tratamiento y hablando de ética es mejor un trato igualitario

y al mismo tiempo equitativo, sea quien sea el paciente demostrar un trato digno y sobre todo siempre procurar su bienestar.

El trato ético a personas con síndrome de Down no debe ser inconveniente para el psicólogo, pues como se ha visto se habla de principios éticos universales, es decir, aplicables a todos por igual, sin embargo, existen algunos aspectos que cabe resaltar, por ejemplo: el consentimiento informado, en caso de aplicar algún tipo de terapia experimental o para consentir alguna de las actividades planeadas en el tratamiento, es necesario el consentimiento de los padres además es preciso mantenerlos informados acerca de la aplicación de técnicas o instrumentos, así mismo, se deben mencionar los resultados o avances que se han ido obteniendo a lo largo del tratamiento; otro aspecto importante es el de la capacidad personal del psicólogo ya que para poder llevar a cabo el trabajo terapéutico de personas con síndrome de Down se necesita un conocimiento académico que brinde la base de conocimientos para poder iniciar y guiar el proceso terapéutico, además se necesitan una serie de actitudes, habilidades y constante capacitación para poder ofrecer el tratamiento más apropiado, sin embargo, el psicólogo también debe ser capaz de reconocer los límites y las áreas de competencia de su trabajo, este aspecto es muy importante pues el psicólogo por medio de la autocrítica y autoconocimiento debe ser capaz de determinar cuáles son sus alcances como profesional, al no sentirse competente para llevar a cabo la práctica psicológica es necesario hacerlo saber a los pacientes, superiores de la institución donde trabaja o a las personas que les competa para no involucrarse en una práctica poco ética debido a la falta de habilidades o actitudes. (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

El punto antes mencionado es sumamente importante, pues hablando del tratamiento psicológico de personas con síndrome de Down el psicólogo no cuenta con una preparación específica que brinde los elementos para poder abordar de una manera específica a esta población, sin embargo,

hoy en día se cuenta con una gran cantidad de información e instituciones que facilitan la investigación de este campo; en el código ético del psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010) se menciona:

En áreas emergentes en las que no existan todavía normas generalmente reconocidas para la formación, no obstante, el psicólogo tomará las medidas razonables para asegurar la calidad de su trabajo y para proteger de daño a pacientes, clientes, organizaciones y otros.
(p.55)

De este modo es necesario mencionar el compromiso del psicólogo para mantenerse informado y en constante capacitación para poder abordar las diversas problemáticas que se le presenten, de igual modo cabe resaltar la habilidad con la que debe de contar para moldear y manipular el conocimiento adquirido previamente en su formación profesional para adaptarlo de la manera más apropiada posible a la terapia de personas con síndrome de Down.

3.2 Relación en el proceso terapéutico

El proceso terapéutico normalmente consta de tres fases: la inicial, desarrollo y cierre, cada una tiene una función distinta, en la primera se realiza el primer contacto con el paciente, donde se percibe un estado general acerca de las actitudes, el aspecto físico y mental, en esta misma fase el psicólogo establece el rapport y deja claras las responsabilidades que ambos ejercen dependiendo el caso, así como los alcances que puede llegar a tener el proceso terapéutico; la fase de desarrollo es aquella donde se aplican las diversas maneras de intervención que el psicólogo haya determinado; finalmente la fase de cierre donde culmina el trabajo, donde el paciente y terapeuta son conscientes de las metas logradas.(Sánchez, 2008).

El proceso terapéutico de niños con síndrome de Down debe contar con características específicas, debido a las diversas necesidades que los pacientes presentan, dichas características son descritas por Fernández et al. (1993):

- Flexible: además de adaptarse a las particularidades de cada niño, el proyecto debe ser abierto, permitiendo posibles modificaciones..., replanteamiento en función de saltos, detenciones u omisiones de alguna etapa de desarrollo, búsqueda de nuevas estrategias de actuación.
- Global: aunque el programa se detenga y de alguna manera se formule dividido en las distintas áreas, no debemos perder de vista que el objetivo final es el desarrollo integral del niño.
- Realista: en cuanto a las metas propuestas y a los recursos materiales y humanos con los que se cuenta a la hora de llevarlo a la práctica.
- Debe tener como marco las reales posibilidades del niño. (p.239)

Estas características deben ser consideradas por el terapeuta en la fase inicial del proceso, además, debe realizar una evaluación inicial del paciente antes de formular un plan de intervención, donde pueda evaluar los distintos aspectos que se pretendan tratar durante el proceso, esto ayudará a fijar objetivos; es importante obtener la mayor cantidad de información relevante de todas las fuentes posibles (familia, médicos etc.) para tener una idea más amplia del desarrollo del paciente.

En el proceso terapéutico claramente existe una relación entre el psicólogo y el paciente, esta relación debe ser siempre desigual ya que el psicólogo es el encargado de guiar al paciente hacia los objetivos previamente planteados, es importante que el psicólogo no pierda de vista la objetividad de la terapia, a pesar de esto el psicólogo debe plantear un ambiente afectivo-emocional pues al desenvolverse en este ambiente es más fácil que el paciente con síndrome de Down se

sienta en confianza para expresar sentimientos o emociones que pueden ser relevantes para su desarrollo socio-afectivo, de igual manera, el paciente puede sentirse más cómodo al llevar a cabo actividades para estimular su desarrollo cognitivo ya que a veces resultan un tanto incómodas, sobre todo en las primeras sesiones; el psicólogo debe ser completamente consciente de cómo va avanzando el proceso terapéutico y debe asegurarse de no sobrepasar la relación afectivo-emocional con el paciente pues esta relación tiene el objetivo de facilitar el trabajo y fomentar un ambiente donde el paciente se sienta cómodo, por lo tanto, el psicólogo no debe perder objetividad y no deberá fomentar lazos sentimentales que pueden interferir o dificultar el proceso terapéutico; Sánchez (2008) menciona algunas actitudes que son fundamentales para la relación terapéutica:

- la empatía, mediante la cual se demuestra al paciente que lo estamos escuchando y presupone una serie de conductas del psicólogo clínico, como mostrar deseos de comprender, tratar lo importante para el paciente, uso de respuestas que denoten comprensión de las ideas y sentimientos explícitos e implícitos del paciente.
- la autenticidad, la cual ayuda para reducir la distancia emocional entre el psicólogo clínico y el paciente, aquí se incluyen conductas de refuerzo no verbales como el contacto visual; el hecho de no enfatizar el rol y la autoridad; mostrar congruencia entre la conducta verbal y no verbal por parte del psicólogo clínico; y la espontaneidad, es decir, expresarse con naturalidad.
- la aceptación y el juicio no inquisitivo que le permiten sentirse libre para tratar sus problemáticas sin temor de ser criticado. (p.325)

es importante considerar todos los elementos para lograr un proceso terapéutico funcional donde el paciente se sienta cómodo y con disposición para llevar a cabo las diversas actividades.

3.3 Perfil del psicólogo

Una vez teniendo claras cuales son las áreas de intervención y la función que desempeña el psicólogo en el tratamiento del paciente con síndrome de Down, es también necesario mencionar cual sería el perfil más apropiado para llevar a cabo dichas intervenciones, para ello, es preciso conocer que implica un perfil profesional, García & Zúñiga (2011) lo definen como: “el conjunto de características y capacidades que una persona debe adquirir en su formación académica y personal, para asumir en condiciones óptimas las responsabilidades propias del desarrollo de funciones y tareas de una profesión.” (p.38) de igual manera mencionan una serie de características que todo profesional debe tener en su perfil:

- ser dinámico y flexible para adaptarse a la demanda ocupacional del siempre cambiante mercado laboral.
- ser analítico, es decir ofrecer la posibilidad de derivar todas las acciones que nos permitan identificar los espacios y circunstancias para desarrollar estrategias.
- estar contextualizado en la situación socioeconómica y sociolaboral actual. (p.39).

Se podría considerar lo antes mencionado como la base de un perfil que todo profesional debe tener; el perfil profesional debe contar con habilidades, conocimientos y actitudes específicas involucradas a su labor, algunos autores determinan estas características en conjunto y las denominan como competencias profesionales, las cuales son definidas de diferente manera según cada autor, por ejemplo: Ibarra A. (2000) las define como:

la capacidad productiva de un individuo que se define y mide en términos de desempeño en un determinado contexto laboral, y no solamente de conocimientos, habilidades o destrezas en abstracto; es decir, la competencia es integración entre el saber, el saber hacer y el saber ser.

Otros autores como García & Zúñiga (2011) las definen como: “el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que, aunadas a motivaciones personales-profesionales generan un desempeño superior en la ejecución de un puesto.” (p.43).

Como se puede leer las competencias profesionales son las características que un profesional debe adquirir para ser competente en su labor y que diseñan un perfil; Reydl L. (2008) menciona una serie de competencias generales que los egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México de la licenciatura de psicología deben mostrar:

- Comunicarse efectivamente de forma oral y escrita
- Decidir integralmente mediante el afecto y el intelecto
- Identificar y detectar necesidades de intervención
- Relacionarse de forma ética y crítica
- Comprender y apreciar el entorno
- Integrar información, mediante análisis y síntesis
- Actitud científica, para explicar la realidad
- Evaluar su trabajo y necesidades de los demás
- Poseer valores éticos, que garantice profesionalismo
- Conocimientos sobre teorías y modelos (p.16).

Estas son las competencias básicas que el psicólogo debe de poseer para poder llevar a cabo su labor profesional, del mismo modo Yáñez (2005) muestra una serie de conocimientos, habilidades y actitudes más específicas que el psicólogo enfocado a la psicoterapia debe de presentar:

Tabla 5: Competencias laborales del psicoterapeuta

Conocimientos	Habilidades	Actitudes
1. Conocimiento sobre instrumentos de evaluación psicológica.	1. Diferenciar entre distintos cuadros psicológicos.	1. Actualización de conocimientos.
2. Conocimientos de farmacología.	2. Capacidad de autoaprendizaje.	2. Respeto y auto-respeto.
3. Conocimiento de técnicas psicológicas de intervención.	3. Aplicación de instrumentos de evaluación psicológica.	3. Actitud ética.
4. Conocimientos teóricos.	4. Capaz de aplicar un modelo teórico.	
5. Conocimientos para diseñar intervenciones.	5. Saber usar manuales de diagnóstico.	
6. Conocimientos para evaluar intervenciones.	6. Habilidad para buscar información.	
7. Conocer procedimientos psicoterapéuticos.	7. Saber aplicar técnicas psicológicas de intervención.	
8. Conocimientos sobre fisiología.	8. Habilidad de empatía.	
	9. Habilidades de detección de necesidades.	

10. Saber hacer entrevistas.

11. Capacidad para generar explicaciones.

12. Habilidad para el trabajo interdisciplinario.

13. Habilidades de investigación.

14. Capacidad para dirigir investigaciones.

15. Capacidad para coordinar investigaciones.

16. Habilidades para el diagnóstico.

17. Habilidades para evaluación.

18. Habilidades para la intervención psicológica.

19. Habilidad para aplicar escalas psicológicas y cuestionarios.

20. Habilidad para establecer la relación terapéutica.

21. Asertividad.

22. Habilidad para aplicar el conocimiento teórico.

23. Tolerante a la frustración.

24. Creatividad.

Es preciso que el psicólogo enfocado a ejercer terapia cuente con la mayoría de las competencias antes mencionadas para lograr intervenciones lo más apropiadas posibles; en el tratamiento de personas con síndrome de Down, es igualmente necesario contar con todas las características mencionadas además de algunas otras que deben ser aún más específicas, pues sin duda alguna en ocasiones los pacientes con síndrome ponen a prueba las habilidades del psicólogo esto debido al cuadro clínico que presentan y que afecta diversas áreas cruciales en la intervención y el tratamiento por ejemplo: la comunicación y el entendimiento, en estos aspectos es necesario que el psicólogo encuentre una manera efectiva de hacer que estos procesos sean funcionales en la terapia; Jasso (2001) menciona diversas características que el terapeuta enfocado a la intervención de niños con síndrome de Down debe poseer:

- ser capaz de evitar frustraciones personales
- tener personalidad equilibrada, tanto personal como profesionalmente
- capacidad de valoración y adaptación al ritmo del aprendizaje
- dotes de intuición para captar, en cada momento, lo que el niño precisa sin necesidad de una expresión directa por parte de él
- ser alegre y mantener en clase la alegría suficiente, sin menoscabo de perder esa autoridad personal mínima que fluye del orientador en forma espontánea

- aptitud para desarrollar en el niño la afectividad y un nivel de confianza mutuo
- capacidad para el trabajo en equipo, la cual es imprescindible
- dotes para relacionarse socialmente con los padres y familiares del niño insuficiente mental, ya que es de suma importancia. (p.194)

Además de contar con la mayoría de las características antes mencionadas el psicólogo enfocado a la intervención de niños con síndrome de Down debe resaltar algunas competencias tales como:

- especial interés por la atención (investigación, intervención y tratamiento) a niños con síndrome de Down
- conocimiento de las etapas de desarrollo del niño con y sin síndrome de Down
- conocimiento de teorías enfocadas al desarrollo cognitivo
- conocimiento, creatividad y espontaneidad para determinar y/o modificar las diversas actividades y materiales del plan de intervención acorde a sus características físicas y cognitivas
- capacidad de análisis para determinar la afectación física y cognitiva, así como los avances en el proceso
- la capacidad para mantener enfocada la atención del paciente
- sensibilidad al abordar temas que pueden ser delicados para los padres de familia
- la ética profesional a lo largo del proceso terapéutico
- empatía para establecer y favorecer la relación terapéutica

Finalmente cabe mencionar que algunos de los aspectos antes citados se van adquiriendo durante la practica pues en ocasiones el recién egresado no cuenta con las herramientas necesarias para llevar a cabo una intervención completamente eficaz, sin embargo, es su responsabilidad adquirir el conocimiento y las habilidades necesarias para garantizar un trato digno y eficaz, de igual

manera, es preciso que el psicólogo reconozca sus alcances, es decir, que debe ser completamente honesto con el paciente y consigo mismo para determinar si es apto o no para ejercer la práctica a dicha población en específico, ya que de lo contrario podemos caer en la práctica poco ética y dejando el nombre de la psicología bajo una perspectiva errónea.

Capítulo IV: Método

4.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es el perfil más apropiado para el psicólogo que lleva a cabo la intervención y tratamiento de niños con síndrome de Down?

4.2 Hipótesis

Hi: El perfil del psicólogo es determinante para llevar a cabo una intervención y tratamiento eficaces en niños con síndrome de Down.

Ho: El perfil del psicólogo no es determinante para llevar a cabo una intervención y tratamiento eficaces en niños con síndrome de Down.

4.3 Tipo de investigación

La investigación se basa en un enfoque cualitativo, con un diseño de teoría fundamentada, se trata de un estudio exploratorio de sujeto único.

4.4 Diseño

El estudio exploratorio de sujeto único fue retomado para determinar cuáles son las necesidades reales del paciente con síndrome de Down, así como para experimentar en primera persona las aptitudes y actitudes que el psicólogo debe resaltar en su perfil profesional durante el tratamiento de esta población, en específico niños menores de 6 años de edad. Al contar con información

limitada en cuanto al tratamiento psicológico de personas con síndrome de Down y el perfil de los psicólogos fue necesaria la elaboración de una entrevista semiestructurada y aplicarla a 10 psicólogos enfocados al trabajo con esta población, en esta entrevista se abordarán diversos elementos para poder determinar las actitudes y aptitudes que debe incluir el perfil de los psicólogos, así como aspectos generales de su trabajo. La investigación pretende aportar conceptos o categorías acerca del perfil de los psicólogos y enriquecer el conocimiento actual del tema, por lo tanto, la información obtenida es analizada bajo un diseño de teoría fundamentada.

4.5 Variables

Variable independiente:

- Síndrome de Down (todas aquellas características físicas y cognitivas que presentan los niños con síndrome de Down).

Variable dependiente:

- Perfil del psicólogo (las diversas competencias que el psicólogo debe poseer para la intervención en niños con síndrome de Down).

4.6 Población

Niños con síndrome de Down de 0 a 6 años de edad.

4.7 Muestra

Sujeto único, niño de 3 años 10 meses 25 días de edad con síndrome de Down (trisomía 21 regular).

4.8 Instrumentos

Para recabar la información acerca del paciente, se elaboró una entrevista semiestructurada (apéndice A), que se llevó a cabo con ambos padres de familia, en esta se abordan diversos aspectos como: el desarrollo psicomotor y cognitivo del niño, del mismo modo aspectos de su personalidad y de la familia; dicha entrevista constaba de una breve ficha de identificación del paciente y su familia, posteriormente se presentan 18 ítems para conocer los aspectos más relevantes del paciente y la familia, que pudieran llegar a ser significativos en el tratamiento.

Al contar con poca información acerca del perfil que el psicólogo requiere para la intervención, se elaboró una entrevista semiestructurada (apéndice B), que consto de 20 preguntas abiertas con el objetivo de recabar información importante acerca de las aptitudes y actitudes que los psicólogos requieren en su trabajo con niños con síndrome de Down; la entrevista se aplicó a 5 psicólogos que trabajan en el Centro de Atención Múltiple No. 53 de Chalco, Estado de México.

4.9 Procedimiento

El proceso terapéutico constó de 9 sesiones de 40 a 60 minutos cada una, variando una o dos sesiones por semana, dependiendo del horario de deberes de los padres.

El proceso terapéutico fue desarrollado en un ambiente clínico psicológico, donde se brindó atención a las deficiencias cognitivas y psicomotrices planteadas por el síndrome de Down.

En la primera sesión (17 de abril) se llevó a cabo una entrevista semiestructurada (apéndice A) que se realizó con el paciente y ambos padres, esta entrevista pretendió recabar información importante acerca del desarrollo físico y cognitivo además de rasgos de personalidad y el contexto en que el paciente se desarrolla; una vez finalizada la entrevista se brindó una breve introducción al tratamiento que era posible llevar a cabo en el paciente, se resaltaron las áreas a estimular y el impacto que podría llegar a tener en el desarrollo del niño; de igual manera se mencionó el papel que juegan los padres del paciente en el proceso terapéutico y la importancia de asistir con el niño a cada sesión.

En la segunda sesión (20 de abril) se llevaron a cabo una serie de actividades como: correr, gatear, manipular objetos con las manos como pelotas, crayolas y tarjetas; estas actividades tienen como finalidad evaluar el estado psicomotor y cognitivo, además permite obtener un mejor panorama del estado general del paciente.

La tercera sesión (24 de abril) igual que la segunda consto de una evaluación, esta vez de aspectos cognitivos como: el lenguaje, el entendimiento de instrucciones y reconocimiento de partes de su cuerpo; Por medio de esta evaluación, se notó un mayor retraso en el lenguaje ya que en comparación con otras áreas como la psicomotriz era evidente una mayor dificultad para articular las palabras, cabe mencionar que el problema del lenguaje recaía directamente en la articulación de palabras no en el entendimiento de ellas ya que el paciente era capaz de entender instrucciones como: “siéntate” “pásame la pelota” “muéstrale la pelota a tu mamá” entre otras, a pesar de esto el paciente no era capaz de articular más de 3 palabras, por tanto, fue necesario indagar más acerca del paciente y de su desarrollo en este aspecto, igualmente se pidió información acerca de posibles problemas en el aparato fonoarticulador que le impidieran al paciente articular palabras; la madre menciona que tenía el paladar hendido y que los médicos recomendaban una operación en los

próximos años, esto con la finalidad de facilitar el lenguaje, una vez obtenida esta información se creó un nuevo plan de intervención que no solo involucra el lenguaje si no principalmente su entendimiento, es decir, el tratamiento no se enfocaba en el lenguaje oral en que el paciente articulara perfectamente las palabras pero si en que las entendiera y hallara el modo de expresar sus necesidades.

Cuarta sesión (1 de mayo) al ir conociendo un poco más al paciente es notorio que su energía y disposición al trabajo es mayor al inicio de la sesión, por este motivo, aquellas actividades que requieren mayor atención y estrés cognitivo para él se llevaron a cabo antes que las actividades físicas pues el paciente siempre se mostró lleno de energía y disposición para llevar a cabo actividades que giraban en torno a la psicomotricidad (correr, gatear, saltar, etc.), esta sesión comenzó con el objetivo de averiguar que tan bien conocía las partes de su cuerpo, para ello nos apoyamos de un dibujo del cuerpo humano y le pedimos que señalara donde estaban las partes del su cuerpo y lo señalara en el dibujo, la instrucción era “muéstrame donde están tus manos”, el niño ubicaba bien donde estaban sus manos, posteriormente la otra indicación fue “muéstrame donde están las manos del niño” una vez que lo señalaba correctamente pasábamos con la madre preguntándole al niño “¿dónde están las manos de tu mamá? Y así sucesivamente con cada parte de sus cuerpo siguiendo las tres instrucciones mencionadas; al mismo de llevar a cabo esta actividad se incitaba al paciente para que repitiera cada parte del cuerpo que señalaba haciendo énfasis en cada letra, el objetivo era que mencionara la parte del cuerpo lo mejor posible, el niño lo intento y mostro disposición para hacerlo, sin embargo era evidente que le era difícil articular la palabra por lo que no lo hacía bien, en cambio el entendimiento de las instrucciones y la ubicación de cada parte de su cuerpo eran correctas.

Quinta sesión (8 de mayo) en esta sesión se tenía planeada una actividad con ejercicios articulatorios, pero el paciente se mostraba distraído y se negaba a realizar las actividades por este motivo la actividad fue modificada para que incluyera un circuito donde el niño brincaba, corría y gateaba, además, se le agregaron los ejercicios articulatorios dentro del mismo circuito haciendo que el niño corriera con una pelota de un extremo de la habitación al otro, regresara y le dijera a su mamá de qué color era la pelota o que imitara el sonido que realiza un animal, cabe mencionar que en este tipo de actividades es necesaria la constante intervención para mantener enfocada la atención del paciente pues se pierde con facilidad, de igual manera, es preciso mantener en los padres un rol activo dentro de este tipo de tratamiento pues de este modo el paciente se siente más cómodo y por lo tanto más dispuesto a realizar las actividades.

Sexta sesión (11 de mayo) en esta sesión se realizó una actividad para fomentar principalmente la psicomotricidad, el lenguaje y la memoria; la actividad consto de pegar en una hoja de papel distintas imágenes de partes del cuerpo humano, se le indicaba al niño que parte del cuerpo pegar en la hoja de papel y después indicara donde se ubicaba esa parte en su cuerpo, el niño se mostró muy participativo e incitaba a su madre a participar en la actividad.

Séptima sesión (15 de mayo) en esta ocasión se le pidió al niño que vocalizara las partes del cuerpo, se le mostraba lentamente como se pronunciaban las diferentes partes del cuerpo, haciendo énfasis en cada letra para que después las repitiera, al principio el paciente se mostro apático ante la actividad, sin embargo, con un poco de motivación e incitándolo a realizar la actividad se mostró más participativo, para finalizar la actividad se le pidió que señalara distintas partes de su cuerpo a lo cual el paciente acertó todas las ocasiones entendiendo gran parte de su esquema corporal, cabe mencionar que el entendimiento que tenia era mayor a su capacidad para vocalizar.

Octava sesión 29 de mayo aquí se trabajaron las principales afirmaciones y peticiones que el niño requería comunicar como “sí”, “no” y “agua”, la afirmación y negación el paciente la domino fácilmente pues las mencionaba y las entendía con cierta facilidad, sin embargo, para decir que deseaba tomar agua o ir al baño fue necesario crear un sistema en el cual solo mencionaba la palabra y una seña a cualquier vaso para indicar que deseaba tomar agua, finalmente se le indicó a la madre que cada vez que pidiera agua vocalizara la palabra agua con él.

Novena sesión 5 de junio en esta sesión la madre acude al lugar de consulta para pausar el tratamiento debido a complicaciones de salud del paciente (gripa) y su próxima operación, por último, se le pregunto a la madre como considero que la terapia favoreció al paciente a lo que ella contesta que: “mucho, no solo ayudo a mi hijo sino también a nosotros como padres pues hizo darnos cuenta que tenemos un papel importante para que se desarrolle lo más normal posible” finalmente se le dio a la madre la recomendación de que continuara estimulando al paciente lo más posible por medio de actividades similares a las realizadas en el consultorio.

Capítulo V: Resultados

5.1 Perfil del psicólogo en la intervención y tratamiento de niños con síndrome de Down

Mediante las 5 entrevistas aplicadas a psicólogos del Centro de Atención Múltiple No. 53 de Chalco, Estado de México “Club de Leones” (anexo B) fue posible hallar información sumamente relevante para la descripción del perfil de aquel psicólogo que decida enfocar su trabajo en niños con síndrome de Down; a continuación, se presenta la principal información y categorías que se han hallado:

Ítem	Psicólogo 1	Psicólogo 2	Psicólogo 3	Psicólogo 4	Psicólogo 5	Categoría
1	Licenciatura en psicología.	Licenciatura en psicología.	Licenciatura en psicología, diplomado en educación especial.	Licenciatura en psicología.	Licenciatura en psicología, diplomado en educación especial y actualmente buscando una maestría en psicología referente a la educación especial.	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura en psicología. - Diplomados en educación especial. - Maestrías en psicología referentes a educación especial.
2	Paciencia, dedicación y amor por mi trabajo.	Conocimiento de sus habilidades para poder trabajar en ellas.	La habilidad y el entusiasmo que se necesita para poder formar a estos niños.	El conocimiento de actividades apropiadas para ellos.	El conocimiento de actividades que puedan llevar a cabo y la habilidad para estimular diferentes aspectos, pero sobre todo la habilidad para poder comunicarnos.	<ul style="list-style-type: none"> - conocimiento del cuadro clínico. - conocer diferentes técnicas de intervención.
3	Cada uno realiza un trabajo diferente, yo me centro	Básicamente en la enseñanza como	El psicólogo busca estimular cognitivamente al niño, por eso aquí se enseñan	La manera en que se interviene es de manera grupal como	Se interviene por medio de la enseñanza para que aprenda a	<ul style="list-style-type: none"> - el psicólogo interviene básicamente por medio de la enseñanza

	más en la enseñanza.	cualquier otro niño.	manualidades y juegos que a los niños les gustan.	en las escuelas comunes se les enseñan cosas nuevas a los niños.	convivir con sus compañeros y maestros y se adapte más fácil.	como en una escuela común.
4	Orientación.	Orientación.	Orientación acerca del estado de su hijo.	Orientación.	Orientación.	Orientación.
5	Un perfil que se adapte al ambiente en el que se trabaja.	Paciente, tranquilo, con muchas ganas de querer hacer su trabajo.	Un gran amor por la educación en niños con problemas, debe ser paciente.	Dedicado, que le guste enseñar a los niños.	Debe tener un perfil que le permita trabajar, inteligente, dedicado, que le guste lo que hace.	- adaptabilidad. - gusto por el trabajo que realiza. - tranquilo.
6	Sí, el apoyo que el maestro le brinda al alumno es muy importante, de eso pueden depender muchas cosas.	Sí, si el maestro no es bueno no se le pueden exigir grandes cosas a sus alumnos.	Sí, al ser el que dirige el tratamiento la responsabilidad recae en él.	Sí, aunque los alumnos también son muy importantes y gran parte también depende de ellos.	Sí, pero también depende de las ganas que tengan los alumnos para ser mejores.	- el éxito del tratamiento depende del perfil del psicólogo, así como de sus pacientes.
7	Sí, al ser niños con otras capacidades necesitan la mayor ayuda posible.	Sí, puede aportar muchas cosas al niño.	Sí, le puede enseñar muchas cosas importantes para el niño, así como a cualquier otro.	Sí, puede enseñar muchas cosas al niño y a su familia.	Sí, el psicólogo puede aportar muchas cosas importantes al niño porque está más capacitado que un maestro común.	- el psicólogo puede hacer intervenciones con valiosas aportaciones al niño.
8	Paciencia, tranquilo.	Paciencia, que le guste trabajar con niños.	Paciencia principalmente.	Ser muy paciente.	Que le guste el trabajo, paciencia y ser amigable con los niños.	- paciencia - tranquilo. - que le guste trabajar con niños.

9	Actitud positiva.	Tranquila, siempre positiva.	Actitud positiva.	Actitud positiva.	Una actitud tranquila y relajada.	- actitud positiva.
10	El gusto por la enseñanza en niños.	Me gusta mucho trabajar con niños.	Porque me gusta mucho trabajar con niños.	Me gusta trabajar con niños pequeños.	Siempre me ha gustado ser maestro, desde que estaba estudiando.	- gusto por el trabajo con niños.
11	No, creo que la licenciatura brinda las herramientas necesarias.	Sí, no está de más tener más preparación.	Sí, necesitas especializarte en educación especial.	Sí, la universidad no es suficiente.	Sí, es necesario porque saliendo de la universidad desconoces muchas cosas.	- la preparación posterior a la universidad es óptima.
12	Sí, la carrera me ayudó mucho, pero fui mejorando en la práctica.	Sí, pero en realidad la práctica es donde realmente se adquiere el conocimiento necesario.	No, pero decidí trabajar aquí y poco a poco fui adquiriendo experiencia y también continuar mis estudios para complementar.	Sí, mi servicio me ayudó mucho, lo hice en una escuela primaria, ahí adquirí un poco de experiencia.	No, al poco tiempo de trabajar aquí decidí seguir mi formación.	- la práctica y la experiencia son partes fundamentales para adquirir competencias útiles en la intervención de niños.
13	No, se trabaja de manera general.	Cognitivo conductual.	No, porque no se trabaja bajo modelos específicos.	Es necesario tener conocimiento en cuanto a procesos cognitivos.	Cognitivo conductual.	- contar con conocimiento acerca de la terapia cognitivo-conductual.
14	Educación.	Generalmente a la educación.	A lo educativo.	Se orienta a la educación.	Psicología educativa, ese es nuestro trabajo.	- el psicólogo enfoca su trabajo hacia la psicología educativa.
15	En lo educativo.	En su educación.	En lo educativo.	En su educación dentro de la escuela.	En todo lo relacionado a su educación académica.	- el psicólogo interviene principalmente en el ámbito educativo.
16	Actividades recreativas, juegos,	Se llevan a cabo varias actividades	Se hacen varias actividades que estimulen a los niños y los	Juegos, lectura de libros,	Actividades recreativas que ayuden a los niños a	- actividades recreativas.

	actividades que le gusten.	como juegos, libros etc.	ayuden a relacionarse.	actividades recreativas.	convivir de manera sana con los demás.	
17	Nada	Nada solo la colaboración de los niños.	En ocasiones se solicitan materiales como papel, pegamento, tijeras.	Nada	La colaboración de los alumnos y profesores.	- la colaboración de los niños es importante para las actividades.
18	Sí pero también la pueden llevar a cabo otras personas.	Sí lo puede hacer.	No es una actividad exclusiva para los psicólogos, pero sí podrían llevarla a cabo.	Sí deberían llevarla a cabo.	Sí, porque también es parte de su trabajo.	- la estimulación temprana la puede realizar un psicólogo.
19	Sí si le gusta.	Sí por el estudio que tiene.	Sí si es que le gusta este trabajo.	Sí, pero debe gustarle hacerlo.	Sí si le gusta el ámbito educativo.	- aquel psicólogo que guste trabajar con niños lo puede hacer.
20	Paciencia.	Paciencia.	Que le guste trabajar en este ámbito.	Dedicación.	Gusto por el trabajo con niños.	- paciencia. - gusto por el trabajo en esta área.

Analizando la información obtenida se determinan las siguientes competencias:

- Una formación académica mínima de licenciatura para posteriormente especializarse en educación especial.

La formación académica es muy importante ya que el psicólogo al concluir su formación universitaria cuenta con las bases para poder intervenir a niños con síndrome de Down, sin embargo, al especializarse en educación especial se adquieren nuevos conocimientos y habilidades que pueden hacer más dinámico el trabajo y por lo tanto obtener mejores resultados.

- Conocimiento del cuadro clínico del niño con síndrome de Down.

Es sumamente importante que el psicólogo tenga un amplio conocimiento del tema y en especial del cuadro clínico ya que de las diversas características que presente el paciente se diseñara el plan

de intervención, también es importante que se conozcan las limitantes fisiológicas y cognitivas del paciente, esto sirve para determinar metas realistas y distinguir el alcance de la terapia.

- Saber aplicar diferentes técnicas de intervención.

Conocer y saber aplicar diversos métodos de intervención en las diferentes edades del paciente este conocimiento es imprescindible ya que es la base del trabajo del psicólogo, además, es necesaria una constante actualización para adquirir nuevas técnicas que optimicen el desempeño del psicólogo y logren un mejor resultado en el paciente.

- Orientación a la familia.

Parte de la labor del psicólogo es orientar a la familia del paciente entorno a su estado, dar a conocer sus características físicas y cognitivas, de igual manera el tratamiento y la importancia de aplicarlo a una edad temprana, también es común que en ocasiones el psicólogo resuelva algunas dudas a la familia referentes al síndrome de Down.

- Debe ser paciente, adaptable, tranquilo, dinámico, espontáneo, creativo.

El trabajo con niños con síndrome de Down es una labor que constantemente plantea desafíos al psicólogo ya que en ocasiones el paciente no colabora en las actividades o se rehúsa a hacerlas de la manera apropiada, es aquí donde deben resaltar las cualidades del psicólogo para lograr que el paciente colabore o de modificar la actividad para que el niño se sienta más cómodo, todo esto sin perder la objetividad en cada actividad.

- Tener gusto por su trabajo.

Este es un aspecto fundamental para el psicólogo ya que al tener gusto por trabajar con esta población se ve motivado a actualizarse, a continuar su formación y a dar su mayor esfuerzo para que la terapia se desarrolle apropiadamente.

- Ser comprometido a lograr el éxito del tratamiento y lograr que el paciente también se comprometa.

El psicólogo debe estar comprometido con su labor y procurar el bienestar del paciente, debe de lograr que el paciente también se comprometa a obtener resultados y juntos cumplir las metas planteadas en terapia.

- Poseer una actitud positiva que refleje en el paciente confianza y tranquilidad.

En el proceso terapéutico la confianza y la comodidad que el paciente sienta es una parte importante pues esto incita un papel más activo en la terapia, por lo tanto, la actitud del psicólogo debe comunicar aspectos positivos que generen confianza en el paciente.

- Conocimiento acerca de la terapia cognitivo-conductual.

En la intervención de niños con síndrome de Down se puede adoptar un enfoque ecléctico, sin embargo, en ocasiones predomina el enfoque conductual por lo que es importante tener conocimientos acerca de la terapia cognitivo-conductual e incorporarlos al proceso terapéutico.

Independiente a los datos antes mencionados, se llevó a cabo un estudio exploratorio de sujeto único, con la finalidad de obtener mayor información; en dicho estudio se lleva a cabo una terapia enfocada a estimular las diversas áreas afectadas por el síndrome de Down en un paciente de 3 años y 10 meses de edad, el proceso terapéutico tuvo una duración de 9 sesiones, se decidió suspender el tratamiento debido a una cirugía que el paciente necesitaba en los meses próximos, por lo que la recomendación de los médicos fue que el niño se sometiera al menor estrés posible, posteriormente a la cirugía se retomaría el tratamiento; a pesar de esto cabe mencionar los resultados y observaciones que se obtuvieron referentes al perfil del psicólogo a lo largo de 2 meses de tratamiento:

- Panorama general y específico del paciente.

El psicólogo debe saber identificar las principales afectaciones o los retrasos mayormente marcados que el paciente presenta, esto por medio de la información obtenida en las entrevistas con los padres, además de una breve evaluación del paciente basada en sus aptitudes, por ejemplo, si es capaz de caminar por sí solo, si es capaz de mencionar más de 5 palabras o si puede articular oraciones de más de 3 palabras, esto basándose en la edad del paciente, de este modo podemos obtener un panorama general en el cual se va a basar el tratamiento, dando prioridad a las áreas con mayor retraso; también es importante que el psicólogo sea consciente del estado fisiológico de su paciente ya que en ocasiones se plantean limitantes fisiológicas que provocan que el tratamiento no pueda ir más allá, por ejemplo, en la terapia de lenguaje no podemos exigir o plantear como objetivo que el niño articule correctamente las palabras si hay daño fisiológico en el aparato fonoarticulador, de este modo debemos ser conscientes y plantear objetivos realistas basados en el estado del paciente.

➤ La importancia de la familia en el tratamiento.

La familia es el principal apoyo del niño, es el pilar que le brinda la confianza y las herramientas para afrontar el mundo. En terapia recomiendo que al menos un familiar esté presente al momento de realizar las actividades ya que en el niño promueve una mayor confianza y bienestar, además de que la familia juega un papel muy activo ya que como psicólogos debemos incitar a la familia a involucrarse en el tratamiento, debemos resaltar la importancia de cada actividad realizada y mencionar el objetivo de cada una de ellas, tenemos que promover la estimulación constante por medio de juegos que ellos mismos pueden plantear bajo las indicaciones que les brindemos y que claro, están basadas en un objetivo específico, de esta manera la familia puede llevar a cabo una estimulación física y cognitiva una mayor cantidad de tiempo en un ambiente más agradable para el paciente; en el consultorio es posible utilizar a los integrantes de la familia para que el niño se

sienta más cómodo y colabore con las actividades ya que en ocasiones es difícil conseguir que el niño este completamente dispuesto a realizar las actividades como son marcadas.

➤ Ética profesional del psicólogo

El psicólogo debe estar preparado para afrontar las situaciones que se le presenten, debe estar bien informado y contar con las habilidades necesarias para desempeñar un buen papel en la terapia de niños con síndrome de Down, conocer y saber aplicar los distintos métodos de intervención, de igual modo es importante que el psicólogo comunique aspectos de la terapia, por ejemplo, si es una terapia experimental o si se requiere algún tipo de permiso por parte de los padres del paciente; en este caso se le informo a los padres del paciente que se trataba de una terapia experimental basada en principios científicos.

A lo largo de los 2 meses de tratamiento se obtuvieron resultados muy favorecedores en el área de lenguaje y motricidad; se logró que el paciente aumentara su vocabulario de 2 palabras a 4 palabras, siendo capaz de pronunciar las palabras “papá”, “mamá”, “Amy” (para referirse a su hermana) y “agua”, estas palabras ya son usadas dándoles el significado correcto para llamar o reconocer a la persona, la palabra “agua” es utilizada para nombrar todo tipo de bebida y así mismo, para dar a entender cuando tiene sed; con ayuda de los padres se logró crear un sistema de comunicación por medio de señas, cuando el niño deseaba jugar con el celular señalaba directamente la bolsa del pantalón de sus padres para dar a entender que le den el celular, cuando tenía hambre señalaba su boca y cuando deseaba salir a jugar o a la tienda señalaba la puerta para indicar que quería salir, este tipo de comunicación se practicó con ambos padres y se señaló la importancia de ese mecanismo de comunicación ya que debido a la afectación que tenía en aparato fonarticulador se le dificultaba articular palabras, sin embargo, con este método es posible llevar a cabo el proceso de comunicación, a pesar de esto también se señaló que se debía trabajar en la

articulación de fonemas incitando al niño por medio de refuerzos positivos para hacer más dinámica y favorable su colaboración; en el área psicomotriz se presentaba un desarrollo normal tomando en cuenta el síndrome, sin embargo, también hubo un gran avance ya que al llegar el niño no era capaz de saltar con ambos pies, tampoco era capaz de subir y bajar escalones sin ayuda y al terminar el tratamiento ya era capaz de ello, esos fueron los resultados más significativos de la terapia, cabe resaltar la capacidad de asimilación del paciente, pues en un periodo de 2 meses fue capaz de obtener buenos resultados, de igual manera mencionar la colaboración de la familia ya que los padres del paciente siempre fueron una parte muy activa a lo largo del proceso terapéutico. Otro punto importante es resaltar las diferentes maneras en que los psicólogos pueden trabajar con los niños con síndrome de Down, es decir, el psicólogo debe ser capaz de trabajar con esta población en un ambiente escolar con varios sujetos a la vez y bajo un programa preestablecido o en un ambiente laboral clínico donde se enfoca la atención a un solo paciente y la terapia se centra en sus necesidades, sin embargo, en cualquiera de los ambientes el psicólogo debe ser capaz de desenvolverse de manera apropiada y contar con las características antes mencionadas sin importar la rama o enfoque que el psicólogo prefiera, de esta manera, es preferible que psicólogo tenga una inclinación a un enfoque ecléctico para una mayor adaptabilidad y mejor desempeño en el proceso terapéutico.

Conclusiones

En niños con síndrome de Down es recomendable llevar a cabo un tratamiento bien establecido que abarque las diversas áreas que se ven afectadas por dicho síndrome, es importante llevar a cabo el tratamiento lo antes posible, tomando en cuenta que el paciente se encuentre en buen estado de salud para asimilar las intervenciones.

Para poder brindar un tratamiento óptimo para el paciente con síndrome de Down, es necesario que el psicólogo tenga bien claras las áreas donde puede llevar a cabo sus intervenciones, estas áreas son:

- Estimulación temprana
- Estimulación cognitiva
- Aprendizaje
- Lenguaje
- Psicomotricidad gruesa y fina

En estas áreas el psicólogo es capaz de llevar a cabo diversas intervenciones, así mismo, considerando el estado de su paciente es capaz de desarrollar un plan de intervención completamente personalizado para dar prioridad a las áreas más afectadas que puede presentar el paciente, sin embargo, antes de llevar a cabo las intervenciones es importante que el psicólogo obtenga un panorama general del estado de su paciente, esto por medio de entrevistas con los padres del niño y mediante la observación activa de su paciente, de este modo se genera el plan de intervención más propicio para las necesidades del paciente.

La intervención debe ser llevada a cabo por psicólogos capacitados, que cuenten con las habilidades para desarrollar el tratamiento de manera eficaz, por ello es importante que el psicólogo cuente con una serie de competencias específicas en el tema del síndrome de Down y

que estén integrada a su perfil profesional para poder brindar un tratamiento óptimo, dichas competencias son:

- Una formación académica mínima de licenciatura para posteriormente especializarse en educación especial.
- Conocimiento del cuadro clínico del niño con síndrome de Down
- Saber aplicar diferentes técnicas de intervención
- Orientación a la familia
- Tener gusto por el trabajo en esta población
- Ser comprometido a lograr el éxito del tratamiento y lograr que el paciente también se comprometa
- Poseer una actitud positiva que refleje en el paciente confianza y tranquilidad
- Conocimiento acerca de la terapia cognitivo-conductual
- Saber obtener un panorama general y específico del paciente.
- Integrar y hacer notar la importancia de la familia en el tratamiento.
- Ética profesional

Con estos elementos el psicólogo se desenvuelve de manera óptima durante el tratamiento.

Por último, cabe mencionar los tres elementos más importantes en la terapia: psicólogo, paciente y familia, estos son fundamentales para el éxito del tratamiento ya que el paciente y su familia deben tomar un papel activo durante las actividades y ayudar en la estimulación constante del paciente aún fuera del consultorio, por parte del psicólogo es importante que se mantenga en constantemente capacitación para adquirir nuevas técnicas de intervención y estar actualizado en el tema.

Apéndices

Apéndice A: Entrevista inicial

Datos del paciente

Fecha:

Nombre del niño: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Dirección: _____
Teléfono de contacto: _____
Escolaridad: _____

Datos de la familia

Nombre del padre: _____ Edad: _____
Ocupación: _____
Escolaridad: _____
Nombre de la madre: _____ Edad: _____
Ocupación: _____
Escolaridad: _____
Numero de hermanos del paciente: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Otras personas con quienes convive continuamente el paciente:
Nombre: _____ Edad: _____ Parentesco: _____
Nombre: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

Tipo de trisomía:

¿Cuándo y cómo se enteró de la condición de su hijo?

¿Recibió algún tipo de orientación al momento de recibir la noticia? Si – No ¿Cuál?

¿Cómo se relaciona la familia?

¿Qué actividades realiza con mayor frecuencia su hijo?

¿A qué edad comenzó a gatear _____, caminar _____, balbucear _____, a pronunciar palabras completas _____, saltar _____, a reconocer a los integrantes de su familia (mamá, papá, hermanos) _____, a reconocer partes de su cuerpo _____, a vestirse _____, a comer por si solo _____

¿Su hijo a recibido algún tipo de tratamiento alternativo o farmacológico?

¿Su hijo a recibido estimulación temprana?

¿Cómo se relaciona su hijo con sus hermanos?

¿Cómo se relaciona con sus compañeros de escuela?

¿Cómo se relaciona con sus padres?

¿Han recibido atención psicológica después de la noticia del padecimiento de su hijo? Si – No

¿Cuál? ¿Cómo fue el proceso?

¿Qué problemas presento al nacer?

¿Qué problemas presenta actualmente (cardiopatía, hipotonía, problemas pulmonares, visuales etc.)?

¿Su hijo ha sido hospitalizado? Si – No ¿Por qué?

¿A qué tipo de colegio asiste su hijo? Publico – Privado ¿Qué tipo de educación recibe?

¿Ha recibido algún tipo de orientación profesional?

Observaciones

Apéndice B: Entrevista semiestructurada para psicólogos



Universidad Alzate de Ozumba
Clave de incorporación a la UNAM 8898-25
psicólogo Presenta: Iván Flores Aguirre
Asesor: Lic. José Navarrete Galicia



El perfil del en la intervención de niños con síndrome de Down

Psicólogo _____	Edad: _____
Universidad _____	
Instituto donde estudio _____	
Tiempo de experiencia trabajando con personas con síndrome de Down _____	

1- ¿Qué formación académica tienes para trabajar con personas con síndrome de Down?

2- ¿Qué conocimientos y/o habilidades tienes para tratar a niños con síndrome de Down?

3- ¿Cómo interviene el psicólogo en cuanto al trabajo con niños con síndrome de Down?

4- ¿Cuáles son las principales funciones que el psicólogo lleva a cabo con los padres del niño con síndrome de Down?

5- ¿Qué perfil debe tener el psicólogo para intervenir y tratar a niños con síndrome de Down?

6- ¿Consideras que el perfil profesional del psicólogo es fundamental para determinar el éxito o fracaso del tratamiento en niños con Down? sí – no ¿Por qué?

7- ¿Es necesaria la intervención del psicólogo en el tratamiento general de niños con síndrome de Down? sí – no ¿Por qué?

8- ¿Qué cualidades personales debe poseer el psicólogo para trabajar con niños con síndrome de Down?

9- ¿Qué actitudes se requieren para trabajar con niños con síndrome de Down?

10- ¿Qué te impulso a trabajar en esta área?

11- ¿Es necesaria la preparación en alguna especialidad para intervenir a niños con síndrome de Down? sí – no ¿Por qué?

12- ¿Al finalizar la licenciatura contabas con los conocimientos necesarios para trabajar con niños con síndrome de Down? sí – no ¿Por qué?

13- ¿Es necesario el conocimiento de algún modelo teórico en específico para intervenir a niños con síndrome de Down? sí – no ¿Por qué?

14- ¿Hacia qué área de la psicología se orienta el trabajo que el psicólogo lleva a cabo con los niños con síndrome de Down? ¿Por qué?

15- ¿Cuáles son las principales áreas en las que el psicólogo debe intervenir con personas con síndrome de Down?

16- ¿Qué actividades lleva a cabo el psicólogo en el tratamiento de niños con síndrome de Down?

17- ¿Qué se requiere para llevar a cabo las actividades del tratamiento?

18- ¿Crees que actividades como la estimulación temprana en niños con síndrome de Down debe ser abordada por un psicólogo? sí – no ¿Por qué?

19- ¿Todo psicólogo puede llevar a cabo el trabajo relacionado al tratamiento de niños con síndrome de Down? sí – no ¿Por qué?

20- ¿Cuál es la principal característica que el psicólogo enfocado a trabajar con personas con síndrome de Down debe tener?

Referencias

- Ajuriaguerra, J. D. (1977). *Manual de psiquiatría infantil*. Paris : Elsevier masson.
- Bruni, M. (2016). *El procesamiento sensorial en los niños con síndrome de Down*. Obtenido de <https://www.down21.org/images/PDF/Procesamiento-sensorial-en-los-ninos-con-sindrome-de-Down.pdf>
- Candel, I. (2002). *Federación Española del Síndrome de Down*. Obtenido de https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/30L_atenciontemprana.PDF
- Caneja, P. D. (2017). *Fundación Iberoamericana Down21*. Obtenido de <https://www.downciclopedia.org/educacion/comunicacion-y-lenguaje/2934-comunicacion-lenguaje-habla#3.%20Bases%20anatómicas%20del%20lenguaje%20y%20del%20habla>
- Cervone, D., & A. Pervin, L. (2009). *Personalidad Teoría e Investigación*. manual moderno.
- Coon, D. (2005). *Psicología*. Thomson .
- Cunningham, C. (1990). *El síndrome de Down*. Paidós.
- Down, F. E. (s.f.). *Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. Obtenido de [Atención temprana: http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/30L_atenciontemprana.PDF](http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/30L_atenciontemprana.PDF)
- Down, F. J. (2007). *Síndrome de down*. Obtenido de síndrome de down historia: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-arte/sindrome_de_down.historia_-_pintura_doc.pdf
- Down21, F. I. (2005). *canal Down 21.org*. Obtenido de <http://www.down21.org>
- Esquivel y Ancona , F., Heredia y Ancona , M. C., & Lucio Gómez-Maqueo , E. (2015). *psicodiagnóstico clínico del niño* . manual moderno.
- Etxeberria, X., & Flórez, J. (s.f.). *Fundación iberoamericana Down21 canal Down21.org*. Obtenido de Discapacidad y sociedad: aspectos éticos: <https://www.down21.org/etica-y-discapacidad.html>
- Fernández Olaria, R., & Flórez, J. (2017). *Fundación Iberoamericana Down21*. Obtenido de <https://www.downciclopedia.org/neurobiologia/la-memoria-en-el-sindrome-de-down>
- Fernández Sampedro , M., González Blasco , G. M., & Martínez Hernández , A. M. (1993). El niño y la niña con síndrome de Down . En R. Bautista, *Necesidades educativas especiales* (págs. 227-249). Málaga : Aljibe .
- García Vite , T. K., & Zúñiga Hernández , A. K. (2011). Perfil profesional del psicólogo laboral basado en un modelo de selección por competencias en una institución gubernamental. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- García, M. T. (2004). *La psicología en la atención a las personas con discapacidad*. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/er/n23/n23a20.pdf>
- González, G. A. (2013). *Teorías de la personalidad*. Obtenido de http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf
- Jasso, L. (2001). *El niño Down mitos y realidades* . manual moderno .
- Karl, R., & Cavanaugh, J. (2004). *Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital*. cengage learning.
- Librán, E. C. (2014) *Manual de psicología de la personalidad*. Obtenido de <https://www.editorial-club-universitario.es/pdf/8018.pdf>.
- Mallea, N. P., Niemeyer, D., & Rodriguez , L. (2013). *Nivel de motricidad de niños con síndrome de down de 6 a 10 años de edad medido a través del test de mc clenaghan y gallahue*. Obtenido de http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/729/a110247_Mallea_N_Nivel%20de%20motricidad%20de%20ninios_2014_Tesis.pdf?sequence=1
- Martín-Baró, I. (2015). *Ética Profesional Etica y psicología*. Obtenido de http://www.aesthetika.org/IMG/pdf/55-86_baro_etica_y_psicologia.pdf
- Martinez , R., Pastor, L., Pau, L., Pereira, P., & Vela, A. B. (2016). *El Maletín del Psicólogo de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual*. Obtenido de https://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/12/Maletin_del_psicologo_baja.pdf
- Martinez, A. A. (1997). *Síndrome de down: necesidades educativas y desarrollo del lenguaje*.
- Martínez, R., Pastor, L., Pau, L., Pereira, P., & Vela, A. B. (2016). *El Maletín del Psicólogo de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual*. Obtenido de https://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/12/Maletin_del_psicologo_baja.pdf
- Miles, C. (1990). *Educación especial para alumnos con deficiencia mental* . México : Pax México .
- Mi hijo con síndrome de Down - Down España* . (2018). Obtenido de <http://www.mihijodown.com/es/etapas/bebe/atencion-temprana>
- Ocaña, A. O. (2009). *Aprendizaje y Comportamiento basados en el funcionamiento del cerebro humano: emociones, procesos cognitivos, pensamientos e inteligencia. Hacia una teoría del aprendizaje neuroconfigurador*. litoral.
- Olds, D. E. (1988). *Psicología* . McGraw-hill .
- Pamies, M. P. (1998). *Psicobiología II*.

- Puente, M. T. (2004). *La psicología en la atención a las personas con discapacidad*. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/er/n23/n23a20.pdf>
- Revista médica internacional sobre el síndrome de down*. (2005). Obtenido de Avances psicopedagógicos Psicoterapia individual para personas con síndrome de Down : https://www.fcscd.org/es/psicoterapia-individual-para-personas-con-sindrome-de-down_32990.pdf
- Rovira, I. (2017). *Psicología educativa y del desarrollo*. Obtenido de <https://psicologiamente.com/desarrollo/actividades-para-ninos-sindrome-de-down>
- Ruiz, E. (s.f.). *Fundación Síndrome de Down de Cantabria*. Obtenido de <http://www.downcantabria.com/articuloP1.htm>
- Sánchez, P. (2008). *psicología clínica*. México: manual moderno.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Solana, A. M. (2015). *Síndrome de Down: comunicación, habla y lenguaje*. Obtenido de http://www.afapna.es/web/aristadigital/archivos_revista/2015_agosto_4.pdf
- Soledad Gallegos , M., & Elena Gorostegui, M. (s.f.). *procesos cognitivos*. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43483248/procesos_cognitivos_simples.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1538360221&Signature=1xa8Z0bOVNXvErNEHZ2DsPdTwAg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DProcesos_cognitivo
- Torres, B., Barrantes, M. Á., & Tajima , K. (2015). *manual de psicopatología*. APIR.
- Troncoso, M. V. (2005). *Fundación Iberoamericana Down21*. Obtenido de El juego y los juguetes para los niños con síndrome de down: <https://www.down21.org/554-revista-virtual/revista-virtual-2005/revista-virtual-diciembre-2005/articulo/1916-el-juego-y-los-juguetes-para-los-ninos-con-sindrome-de-down.html>
- Troncoso, M. V., & del Cerro, M. M. (2009). *Síndrome de down: lectura y escritura*. Obtenido de <http://www.down21materialdidactico.org/librolectura/libro/pdf/capitulo1.pdf>
- UNICEF. (2011). *Ejercicios de Estimulación Temprana*. Obtenido de <http://files.unicef.org/mexico/spanish/ejercicioestimulaciontemprana.pdf>
- Yáñez–Galecio, J. (2005). *Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/785/78523209.pdf>