

167
24.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ACTITUD DE ACEPTACION
DEL HIJO O HIJA CON SINDROME DE DOWN POR SUS PADRES,
EN CENTRO DE ATENCION MULTIPLE Y ESCUELA ESPECIAL
PARTICULAR.**

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n

**LUCIO MEDINA GARCIA
ALMA LETICIA PUEBLA MARTINEZ**

Directora de Tesis: Mtra. María del Rocío Páez Gómez.

Asesora: Lic. Norma Georgina Delgado Cervantes.

Asesor Estadístico: Lic. Leobardo Durón Tafayo

Sinodales:

Lic. Marquina Terán Guillén

Lic. Angelina Guerrero Luna

Lic. Claudette Dudett Lions

MEXICO 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

*La más hermosa herencia que podemos dejar a
un hijo
es permitirle hallar su propio camino,
enteramente por sus pies.*

Isadora Duncan

*Con nuestro más sincero agradecimiento
a quienes nos demostraron confianza y
nos honran con su amistad*

Maestra María del Rocío Páez Gómez

y

Lic. Claudette Dudott Lions

Gracias

*Por su dedicación, su apoyo y el interés mostrado para la
realización de esta investigación*

Lic. Norma Georgina Delgado Cervantes

y

Lic. Leobardo Durón Tafuya

Gracias

al

Honorable Jurado

Lic. Marquina Torán Guillón
Presidente

Lic. Norma Georgina Delgado Cervantes
Vocal

Lic. Angelina Guerrero Luna
Secretario

Maestra María del Rocío Páez Gómez
Directora de Tesis

Lic. Claudotto Dudott Lions
Suplente

*Nuestro agradecimiento a la
Dirección de Educación Especial
Secretaría de Educación Pública*

*Lic. Eliseo Guajardo Ramos
Director de Educación Especial.*

*Lic. Alejandro Rodríguez Lucio
Subdirector de Operación de Educación Especial en el Distrito Federal.*

*Lic. Enrique Álvarez Alcantara
Jefe del Departamento de Operación de Servicios de Educación Especial en el
Distrito Federal.*

*Lic. Daniel Reyes Díaz
Coordinador Regional de Operación de Servicios de Educación Especial N° 6 en el
Distrito Federal.*

*Prof. Alma Lydia Chávez Bonilla
Coordinadora Regional de Operación de Servicios de Educación Especial N° 3 en el
Distrito Federal.*

*Lic. Martha Patricia Pérez Cruz
Coordinación Regional de Operación de Servicios de Educación Especial N° 3 en el
Distrito Federal.*

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ACTITUD DE ACEPTACION
DEL HIJO O HIJA CON SINDROME DE DOWN POR SUS PADRES,
EN CENTRO DE ATENCION MULTIPLE Y ESCUELA ESPECIAL
PARTICULAR.**

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n

**LUCIO MEDINA GARCIA
ALMA LETICIA PUEBLA MARTINEZ**

Directora de Tesis: Mtra. María del Rocío Páez Gómez.

Asesora: Lic. Norma Georgina Delgado Cervantes.

Asesor Estadístico: Lic. Leobardo Durón Tafoya

Sinodales:

Lic. Marquiana Terrán Guillén

Lic. Angelina Guerrero Luna

Lic. Claudette Dudett Lions

MEXICO 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

*La más hermosa herencia que podemos dejar a
un hijo
es permitirle hallar su propio camino,
enteramente por sus pies.*

Isadora Duncan

*Con nuestro más sincero agradecimiento
a quienes nos demostraron confianza y
nos honran con su amistad*

Maestra María del Rocío Páez Gómez

y

Lic. Claudette Dudott Lions

Gracias

*Por su dedicación, su apoyo y el interés mostrado para la
realización de esta investigación*

Lic. Norma Georgina Delgado Cervantes

4

Lic. Leobardo Durón Tafuya

Gracias

al

Honorable Jurado

Lic. Marquina Jerán Guillón
Presidente

Lic. Norma Georgina Delgado Corvantes
Vocal

Lic. Angelina Guerrero Luna
Secretario

Maestra María del Rocío Páez Gómez
Directora de Tesis

Lic. Claudette Dudott Lions
Suplente

*Nuestro agradecimiento a la
Dirección de Educación Especial
Secretaría de Educación Pública*

*Lic. Eliseo Guajardo Ramos
Director de Educación Especial.*

*Lic. Alejandro Rodríguez Lucio
Subdirector de Operación de Educación Especial en el Distrito Federal.*

*Lic. Enrique Álvarez Alcántara
Jefe del Departamento de Operación de Servicios de Educación Especial en el
Distrito Federal.*

*Lic. Daniel Rojas Díaz
Coordinador Regional de Operación de Servicios de Educación Especial N° 6 en el
Distrito Federal.*

*Prof. Alma Lydia Chávez Bonilla
Coordinadora Regional de Operación de Servicios de Educación Especial N° 3 en el
Distrito Federal.*

*Lic. Martha Patricia Pérez Cruz
Coordinación Regional de Operación de Servicios de Educación Especial N° 3 en el
Distrito Federal.*

*Nuestro reconocimiento y agradecimiento a los
Maestros de los Centros de Atención Múltiple*

*Maestra María del Rosario Garnica
Directora del Centro de Atención Múltiple N° 19*

*Prof. Armando Vázquez Benitez
Director del Centro de Atención Múltiple N° 33*

*Lic. Patricia Galvan Sánchez
Psicóloga del Centro de Atención Múltiple N° 33*

*Prof. Ana Josefina Cervantes de Gortari
Directora Turno Matutino del Centro de Atención Múltiple N° 41*

*Prof. Josefina Rentería Rosales
Directora del Turno Vespertino del Centro de Atención Múltiple N° 41*

*Prof. Raúl Saldaña Rodríguez
Director del Centro de Atención Múltiple N° 44*

*Maestra Reyna Angélica Rivera Jolles
Centro de Atención Múltiple N° 44*

*Maestra Genma Martínez Suárez
Supervisora de la Zona 6-2 Delegación Tláhuac*

*Nuestro agradecimiento a la
Comunidad Down*

*Maestra Guadalupe Rueda Caballero
Directora de la Comunidad Down*

y

a todo el personal docente.

Gracias

*a los Padres participantes de los diferentes
Centros de Atención Múltiple*

y

*a los Padres participantes de la
Comunidad Down*

*sin su ayuda no hubiera sido posible
concluir esta investigación.*

Gracias

*a todas las Personas que con su apoyo
hicieron posible la realización de
esta investigación*

*A mi Madre
y a la
Memoria de mi Padre*

Conchita y Manuel

Gracias

*Por su amor, por su comprensión, por su cariño,
por darme la vida.*

Me siento muy orgullosa de ser su hija.

Los quiere por siempre

Alma Leticia

A mis Queridas Hermanas

*Por el apoyo, que con su cariño me brindaron en todo
momento*

Gracias

Chio

Aida

y

Gladys

y a mis cuñados Efrón y Rafael

Alma Leticia

A mis sobrinos

Efrón

Adriana

Eduardo

y

Rodrigo

Por su cariño y alegría

Gracias

Alma Leticia

A mi Esposo

*Desde la primera vez que tocó a la puerta
de la habitación del hospital donde me encontraba,
ha sido mi apoyo a lo largo de los años.*

*En ese momento me dijo "Soy todo lo que tengo, y estoy
a tu disposición para lo que necesites."*

*A partir de entonces ha sido mi compañero, mi amigo,
hemos aprendido y crecido juntos como personas y
profesionales,
ha sido un largo camino, hemos encontrado muchos obstáculos,
por diversas causas, hemos tenido buenos y malos momentos,
pero finalmente, juntos lo hemos conseguido.*

Gracias

Alma Leticia

A mis Tíos

y

Primas

con cariño

Alma Leticia

*A mis amigos de siempre
con mucho cariño.*

Alejandra

Alfonsina

Araceli

Laura

Carolina

Maricela

Alfredo

Luis

Amalfi

Octavio

Rumiro

José

Enrique

Javier

Miha

Gracias

Alma Leticia

A mis Padres
Regino y Guadalupe

Quienes con su ejemplo me enseñaron el valor de la tenacidad

y

la virtud de dar todo sin esperar nada.

Gracias

Lucio

A mis hermanos

Bernardo

Socorro

Bertha

Beatriz

Andrea

Gloria

que con su apoyo me alentaron

Gracias

Lucio

A mi Esposa

*Quien es y ha sido apoyo en los
momentos difíciles,*

*Compañera en las alegrías y
triunfos,*

*Guía en los momentos de duda e
indecisión.*

*Con todo mi Amor, Respeto y
Admiración*

Gracias Letty

Lucio

A mi Abuela Sofia

Para quien soy como su hijo

Con todo cariño

Gracias

Lucio

A mi Tía Trinidad y

a mis Primos

Alejandro

Josés

Héctor

Miguel

Elvia

Javier

Por su apoyo, Gracias

Lucio

A todos mis familiares

*Quienes han seguido
mi desarrollo profesional*

Gracias

Lucio

A nuestros amigos y compañeros

Gaby

Norma

Lety

Raúl

y

Alfonso

Gracias por brindarnos su amistad.

INDICE

Resumen.	4
Introducción.	8
I Marco Teórico.	12
1.- Mecanismos genéticos que determinan la aparición del Síndrome de Down.	12
2.- Características de los niños o niñas con Síndrome de Down.	14
3.- Impacto emocional en los padres ante el nacimiento de un hijo o hija con Síndrome de Down.	17
4.- Principales reacciones emocionales de los padres ante el nacimiento de su hijo o hija con Síndrome de Down.	21
5.- Algunos factores que influyen en la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down.	25
6.- Repercusión de la aceptación en el desarrollo del niño o niña con Síndrome de Down.	28
7.- La aceptación familiar del niño o niña con Síndrome de Down.	30
8.- La aceptación social del niño o niña con Síndrome de Down.	31
9.- Actitudes.	33
10.- Principales enfoques teóricos que explican la formación de actitudes.	34
11.- Teoría de la Disonancia Cognoscitiva.	37
12.- Situaciones que conducen a la disonancia.	38
13.- Perspectivas actuales de educación en México.	40
14.- La educación especial, una alternativa para atender al niño o niña con Síndrome de Down y como apoyo para los padres.	44
15.- Comentarios finales.	49
II Método.	51
1.- Planteamiento del problema.	51
2.- Planteamiento de hipótesis.	52
3.- Variables.	54
4.- Sujetos.	56
5.- Escenario.	56
6.- Tipo de estudio.	56

7.- Muestra.	57
8.- Diseño.	57
9.- Instrumento.	57
10.- Procedimiento.	58
11.- Análisis estadístico.	59
12.- Resultados.	61
13.- Gráficas.	109
14.- Discusión y Conclusiones.	110
15.- Limitaciones y Sugerencias.	115
III Bibliografía.	118
IV Anexos.	123

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ACTITUD DE ACEPTACION DEL HIJO O HIJA CON SINDROME DE DOWN POR SUS PADRES, EN CENTRO DE ATENCION MULTIPLE Y ESCUELA ESPECIAL PARTICULAR.

R E S U M E N .

Al hacer la revisión de la literatura sobre Síndrome de Down se destaca el hecho evidente de que existen pocas investigaciones que se aboquen a conocer cómo es la aceptación por parte de los padres hacia su hijo o hija que presenta este síndrome.

De los estudios existentes, la mayoría se centran en destacar las características de desarrollo que presenta el niño o niña con Síndrome de Down, o hacen referencia a la utilidad que diferentes programas educativos pueden tener para permitir o favorecer un mejor desenvolvimiento intelectual en este tipo de población. Se han realizado escasos estudios que analicen las relaciones familiares y su importancia, así como el impacto emocional que se presenta cuando se tiene un hijo o hija con Trisomía 21, denominada también Síndrome de Down.

A este respecto, Menolasciño y Wolfensberg, (1967) opinan que se presentan tres tipos de crisis ante la noticia del nacimiento de un hijo o hija deficiente mental.

* El choque inicial y la crisis ante lo inesperado: Los padres experimentan un profundo choque y desilusión ante la noticia debido al rompimiento de sus perspectivas y planes.

* La crisis de valores personales: Una vez que los padres se reponen de la noticia, se enfrentan a una gama de sentimientos contradictorios al darse cuenta de la realidad y entran en conflicto ante la necesidad de cambiar sus valores.

* La crisis de la realidad: Después de haber afrontado la realidad y haber superado el conflicto de valores, es necesario hacerle frente a otras realidades más concretas como son la situación económica de la familia y como es aceptado su hijo o hija con Síndrome de Down por los familiares y vecinos.

En las investigaciones sobre relaciones familiares se ha dado poca importancia a la aceptación del niño o niña con Síndrome de Down por parte de sus padres a pesar del interés de los profesionistas, quienes hacen constatar que efectivamente hay un cambio en la actitud de los padres cuando tienen un hijo o hija con Síndrome de Down. Algunos investigadores como Jasso (1992), Lambert y Rondal (1982) y Garduño (1995) señalan que se siguen observando actitudes de rechazo hacia el niño o niña con Síndrome de Down tanto por sus padres como por la sociedad y que es innegable la necesidad de que los padres acepten y brinden mayor apoyo emocional e intelectual al desarrollo y futuro de su hijo o hija con Síndrome de Down.

Para Ingalls (1988) la aceptación es una reacción adaptativa ante el hecho de tener un hijo o hija con Síndrome de Down e incluye algunas características que se resumen de la siguiente manera: El concepto de aceptación supone el equilibrio entre reconocer las deficiencias del hijo o hija, comprenderlo, tolerarlo y brindarle los mejores servicios posibles en orden médico y educativo sin dejar que la discapacidad perturbe las interacciones familiares.

Para esta investigación se consideró que el estudio de las actitudes constituye un elemento importante para la comprensión y predicción de conductas sociales; el conocimiento de las actitudes de una persona en relación con determinados objetos permite hacer inferencias acerca de dichas conductas como medio para lograr el bienestar humano; al hablar de la actitud de aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down, Hoffman (1990) señala: "...Los padres no aceptan que su hijo tiene este problema y mientras no lo acepten no podrán ayudarlo a convertirse en un ser humano fuerte e independiente...".

Lo anterior nos lleva a señalar la importancia que tienen algunos factores como son: nivel socio-económico, edad, nivel de escolaridad y sexo de los padres, así como el lugar que ocupa el niño o niña dentro de la familia, en las actitudes de aceptación en un grupo de padres que tienen un hijo o hija con esta característica genética y que asiste a una de las escuelas de educación especial seleccionadas.

En la investigación de actitudes se dispone de tres tipos de instrumentos: Escala de Lickert, Escala de Diferencial Semántico y Escala de Guttman.

Para evaluar la relación de los factores antes mencionados y la actitud de aceptación de los padres hacia su hijo o hija con Síndrome de Down, en la presente investigación se optó por la Escala de Lickert que presenta las siguientes ventajas: Permite la utilización de preguntas que no se encuentran relacionadas en forma manifiesta con la actitud que se desea medir, es decir, se pueden utilizar preguntas con contenido latente. Se construye de manera fácil y rápida. La cantidad de alternativas de respuesta permite una información más precisa de un sujeto en una pregunta particular (Padua, 1982).

Para lo cual se creó un banco de reactivos, que constituyó el instrumento inicial de ciento veinte preguntas que fue validado mediante el consenso de diez jueces, especialistas en el área de educación especial, a quienes se les solicitó evaluar seis aspectos específicos del instrumento: Claridad en el lenguaje; Relevancia de la pregunta hacia la actitud que se deseaba medir; Información adecuada; Redacción correcta; Ambigüedad en el lenguaje y por último si consideraban que la pregunta tenía una fuerte Carga emocional; así como sus observaciones sobre el mismo. Una vez obtenido el criterio de los jueces, se codificaron sus respuestas, los resultados fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS para obtener el análisis de frecuencias y utilizar la moda para seleccionar los reactivos apropiados que integraron el instrumento final.

El instrumento final consistió en una escala de actitudes tipo Lickert, fue aplicado a sesenta padres, cuyos hijos o hijas con Síndrome de Down asisten a una de las dos escuelas de educación especial seleccionadas. Los resultados obtenidos fueron analizados para verificar las posibles diferencias entre los grupos y comprobar las hipótesis planteadas al inicio del estudio, por medio de un análisis de varianza, (ANOVA - ONEWAY) que además de permitir localizar diferencias entre grupos permite determinar interacciones entre variables.

De los datos obtenidos por los dos grupos de padres mediante la encuesta socio-económica se observó:

En ambos grupos el rango de edad predominante de los padres participantes fue de 31 a 45 años. Este resultado contrasta con la información que se tiene de que estadísticamente el Síndrome de Down se presenta con mayor frecuencia en familias en las cuales la madre tiene más de 45 años de edad; no existen estudios que demuestren la influencia de la edad del padre en la aparición del Síndrome de Down.

Respecto al sexo de los padres participantes, en ambos grupo predominó el sexo femenino. Este resultado es acorde con la idea generalizada que se tiene, de que en México la mujer es la responsable del cuidado de los hijos o hijas, y por lo mismo de quien se espera mayor participación en cuestiones escolares.

La predominancia del nivel socio-económico de los padres participantes fue diferente para ambos grupos, en el Centro de Atención Múltiple predominaron la Clase baja superior y la Clase media inferior con el mismo número de padres en los dos niveles y en la escuela especial particular (Comunidad Down) predominó la Clase media.

Para la mayoría de los padres participantes el hijo o hija con Síndrome de Down era el primero.

El nivel de escolaridad de los padres participantes fue diferente en ambos centros escolares, en el Centro de Atención Múltiple predominó el nivel de Primaria

incompleta mientras que en la escuela especial particular (Comunidad Down) predominó el nivel de Bachillerato o equivalente completo.

Con respecto a las hipótesis que sirvieron como fundamento en esta investigación se observó:

Tomando como referencia el Tipo de escuela a la que asiste el niño o niña con Síndrome de Down, la influencia estadísticamente significativa que se determinó en la presente investigación se establece a partir de dos características propias de los padres que son el nivel socio-económico y nivel de escolaridad de los mismos.

El Nivel socio-económico de los padres participantes es un factor que influye en la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down.

Para la clasificación socio-económica se tomaron en cuenta, como criterios de evaluación, los siguientes factores: ingresos mensuales familiares, nivel de escolaridad, puesto que desempeña el jefe de familia, tipo de vivienda y número de miembros en la familia.

Tomando como referencia el nivel de Escolaridad de los padres participantes se observó que aunque no exista una diferencia estadísticamente significativa si existe una tendencia con respecto al grado de aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down.

En relación a la Edad de los padres participantes los resultados mostraron que la edad no es un factor que influya estadísticamente en la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down por sus padres.

Con respecto al Sexo de los padres participantes los resultados obtenidos señalan que este factor no tiene una influencia estadísticamente significativa en la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down.

En relación al Lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down en la familia y el grado de aceptación por parte de sus padres, no se observó una influencia estadísticamente significativa en esta investigación.

INTRODUCCION.

La actitud que se ha tenido hacia las personas con Síndrome de Down, no ha sido del todo favorable, ya que en la actualidad aún se observan conductas de indiferencia, maltrato o abandono hacia este grupo; desde la primera descripción científica del Síndrome de Down, formulada por el médico inglés John Langdon Down en 1866, se ha dado a esta característica genética un sentido de menosprecio y discriminación, que ha condenado a las personas que la presentan al abandono, al aislamiento y a la burla.

García, E. (1993, p. 12) menciona al respecto "...Los niños con Síndrome de Down forman una población muy especial. Estadísticamente representan la forma más común y clínicamente definida de deficiencia mental. Históricamente, ningún grupo de individuos deficientes mentales ha sido tan maltratado, calumniado, estereotipado o incomprendido por los profesionales y la sociedad en general, como lo han sido estas víctimas inocentes de un error genético...".

En las últimas décadas se han logrado avances considerables en la atención de los niños o niñas con Síndrome de Down, al surgir la necesidad de proporcionar mejores posibilidades de vida a estos niños o niñas y a todas las personas que tienen algún tipo de deficiencia, ya sea ésta física o mental.

Hace treinta años todavía los niños o niñas con Síndrome de Down morían a temprana edad, por la falta de atención, pues se consideraba que sus expectativas y calidad de vida eran muy pobres.

En 1956 la Organización de las Naciones Unidas, teniendo en cuenta la necesidad de proporcionar las mejores condiciones de vida al niño o niña, promulgó la Declaración de los Derechos del Niño (revisada y ampliada en 1989), que establece las bases para el cuidado y la protección de los infantes. En sus artículos 23 y 24 señala los derechos que tienen los niños o niñas mental o físicamente impedidos.

Otras resoluciones adoptadas por la Organización de las Naciones Unidas son: la Declaración de las Personas Mentalmente Retardadas, promulgada en 1971 y la Declaración de los Impedidos, promulgada en 1975.

En México, el interés por el bienestar de las personas impedidas se ve reflejado en las garantías individuales promulgadas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). Estas garantías consideran la igualdad entre los mexicanos, el derecho a la protección social, el derecho a la salud, el derecho a la educación, etc.

La Ley General de Salud elaborada en 1984, contempla el derecho de todos los mexicanos a recibir atención médica adecuada.

En 1990 se elaboró el reglamento para la atención de los minusválidos en el Distrito Federal, que enfatiza los derechos de los mismos.

En 1994 se crea la Comisión Nacional Coordinadora del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, que promueve la formación del Directorio Nacional de las Personas con Discapacidad.

Todas estas resoluciones internacionales y nacionales ofrecen una serie de principios para proteger a estas personas, además de promover su aceptación y así ayudarlas a integrarse a su medio familiar y social.

La mayoría de los factores que influyen en la aceptación de los niños o niñas con Síndrome de Down o la falta de la misma, se originan en la familia, porque en ningún momento los padres pensaron tener un hijo o hija con deficiencia mental y el hablar de Síndrome de Down es hablar de deficiencia mental. López, L. M. (1990, p. 1) menciona "...Cambiar la mentalidad de la persona hacia un problema como es la deficiencia mental y lograr el respeto y la aceptación de los individuos que presentan dicha atipicidad, no es fácil, porque esto implica hacer participar a todos los que conforman el mundo del deficiente mental en su desarrollo, aceptación, legislación, recreación, educación...".

Hoffman (1990, p. 37) al hablar de la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down menciona: "...Los padres no aceptan que su hijo tiene este problema y mientras no lo acepten no podrán ayudarlo a convertirse en un ser humano fuerte e independiente...".

La actitud de aceptación de los padres implica un proceso de duelo en las diferentes fases por las que pasan debido a la decepción que representa el nacimiento de un hijo o hija con Síndrome de Down, y de esta actitud depende el adecuado desarrollo de ese niño o niña.

Del Río (1987) y López L. M. (1990) al referirse a la aceptación del niño o niña con Síndrome de Down, concuerdan al señalar que es indispensable que los padres conozcan y comprendan con exactitud el problema que implica un hijo o hija con Síndrome de Down, sus posibilidades y limitaciones para la vida futura, esto da inicio al proceso de aceptación por parte de la familia y consecuentemente de la sociedad, para ello, los padres requieren de ayuda profesional.

Los Centros de Atención Múltiple dependientes de la Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública, así como las escuelas especiales particulares, ofrecen a los padres de hijos o hijas con Síndrome de Down o cualquier otra

deficiencia física o mental, la posibilidad de adquirir una gama de destrezas o habilidades que les permita obtener una forma adecuada de interactuar con los mismos. Lo que resulta infructuoso si los padres no aceptan a su hijo o hija con Síndrome de Down.

Tomando como base lo anteriormente expuesto, el presente estudio pretende conocer cual es el grado de aceptación de los padres hacia su hijo o hija con Síndrome de Down ya que al tener conocimiento de ello, los profesionales involucrados en la atención o educación de estos niños o niñas tendrán más elementos para proponer alternativas de cambio o sensibilización a fin de apoyar a los padres en sus procesos de aceptación y facilitar la integración, todo ello con la finalidad de promover un mejor desarrollo afectivo, social, físico y educativo de estos niños o niñas, que por ser diferentes han sido etiquetados, segregados e incluso rechazados, no sólo en la sociedad sino también en su núcleo familiar.

Por ello, en el estudio que aquí se reporta, se considera que a mayor aceptación de los padres, mayores posibilidades tiene el niño o niña de lograr un desarrollo físico, mental y emocional de manera armónica, por lo tanto si el niño o niña no es aceptado por sus padres, su desarrollo se ve limitado, y si a esto se añan las discapacidades del Síndrome de Down, el desarrollo se limita aún más.

Para el presente estudio comparativo el grado de aceptación se midió en dos grupos de padres, aquellos cuyos hijos o hijas con Síndrome de Down asisten a un programa de educación especial en un Centro de Atención Múltiple y aquellos que asisten a una Escuela Especial Particular, la medición se llevó a cabo a partir de algunas características propias de los padres, como serían: nivel socio-económico, nivel de escolaridad, edad, sexo y el lugar que ocupa el niño o niña dentro de la familia, y con esto facilitar las estrategias de intervención dirigidas a los padres.

El contenido de esta investigación presenta en el primer capítulo una breve revisión de algunos antecedentes históricos del Síndrome de Down; algunos aspectos teóricos referentes a los mecanismos genéticos que determinan la aparición del Síndrome de Down; sus características; el impacto en los padres; principales reacciones emocionales ante este acontecimiento; algunos factores que influyen en la aceptación del hijo o hija; repercusión de la aceptación en el desarrollo del niño o niña; aceptación familiar y social del niño o niña con Síndrome de Down; un panorama general acerca de las actitudes, su adquisición y formación; la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva; y finalmente la educación especial como alternativa para atender a los niños o niñas con Síndrome de Down y de ayuda a los padres.

Estos aspectos definen el marco de referencia seguido en este estudio.

En el siguiente capítulo se aborda el método de estudio utilizado así como los resultados que nos reportaron los instrumentos aplicados.

Es importante señalar que al revisar algunos estudios recientes sobre Síndrome de Down realizados en México y otros países, encontramos que son escasas las investigaciones que abordan la actitud de aceptación de los padres hacia el niño o niña con Síndrome de Down.

I MARCO TEORICO.

El Síndrome de Down es una de las más frecuentes alteraciones genéticas que causa deficiencia mental, incluyendo deficiencia severa en la memoria y en el aprendizaje. La aberración cromosómica que le da origen, reúne en el individuo una serie de características internas y externas que lo sitúan en desigualdad de circunstancias con respecto al sujeto normal. La mayoría de las anomalías del Síndrome de Down, son observadas desde el nacimiento. A medida que pasa el tiempo, las deficiencias son notorias, impidiendo un adecuado desarrollo.

Los estudios genéticos desde 1959 señalan que el Síndrome de Down sigue un patrón característico que propicia su aparición.

1.- Mecanismos genéticos que determinan la aparición del Síndrome de Down.

En 1866 el médico inglés John Langdon Down describió por primera vez este síndrome, denominándolo mongolismo, por su semejanza física con la raza mongólica, y por considerarlo como una forma de regresión al estado primitivo del hombre, fue hasta 1956 cuando los investigadores Tjio y Levan establecieron el número de cromosomas humanos que es de 46, y en base a esta aportación, en 1959 se da a conocer que el Síndrome de Down se origina por la existencia de un cromosoma extra del tipo acrocéntrico que pertenece al grupo "G", según la clasificación de Denver y que se ha denominado cromosoma 21. "...La mecánica que origina un huevo fertilizado con un cromosoma extra es la de "no disyunción" que ocurre durante la gametogénesis, es decir, durante la división meiótica que da lugar a un gameto, óvulo o espermatozoide..." (García, E. 1993, p. 28).

Aunque físicamente casi todos los casos de Síndrome de Down son semejantes desde el punto de vista de la normalidad del cromosoma 21 extra, existen tres formas de mongolismo.

El caso más frecuente es la llamada Trisomía 21 regular en donde el cromosoma 21 extra se encuentra libre en todas las células del organismo. Cuando el cromosoma 21 de más está presente en el espermatozoide, el óvulo o en la primera división celular.

cada célula que se produzca será trisómica, es decir tendrá 47 cromosomas. Se presenta en el 95% de los nacimientos de niños o niñas con este síndrome y de manera accidental, pero su incidencia aumenta dramáticamente al avanzar la edad de la madre. El 5% restante de casos de Síndrome de Down se da por mosaico o por traslocación (Collado, 1981 y Cunningham, 1990).

Langman (1981, p. 115) señala: "...En madres de menos de veinticinco años de edad hay una frecuencia de Síndrome de Down de uno por cada doscientos nacimientos, mientras que en las madres de más de cuarenta años de edad, es uno por cada cien nacimientos..."

La Trisomía por mosaico se presenta en alrededor del 4% de los casos de Síndrome de Down. Se origina cuando el mecanismo de la "no disyunción" se presenta después de la formación normal del cigoto de 46 cromosomas. La "no disyunción" postzigótica del cromosoma 21 produce una célula con 47 cromosomas y una monosómica de 45 cromosomas, la célula trisómica sigue dividiéndose y forma una población de células trisómicas, mientras que la célula monosómica muere sin reproducirse, el resultado final es la formación de dos tipos de poblaciones de células normales y células trisómicas lo que se denomina mosaico.

Las manifestaciones clínicas que caracterizan al niño o niña con Síndrome de Down son variables en los casos con trisomía 21 por mosaicismo y es muy probable que dependa de la etapa de formación del embrión en que se produjo la división anormal. Cuando esta división se da en una etapa tardía, puede producirse un número menor de células trisómicas, en consecuencia el niño o niña con Síndrome de Down presenta signos menos aparentes en su cara, cuerpo y extremidades.

La Traslocación se encuentra aproximadamente en el 1% de los casos de niños o niñas con Síndrome de Down. Se presenta por fusión céntrica entre dos cromosomas acrocéntricos de los grupos "D" y "G", donde la mayor parte de los brazos largos de un cromosoma son trasladados a los brazos cortos de otro acrocéntrico. García, E. (1993).

Polani y cols., demostraron por primera vez en 1960 la traslocación en el hombre con un caso con Síndrome de Down; y Clarke y cols., denunciaron el mosaicismo en forma definida en 1961 (Collado 1981).

En la traslocación uno de los progenitores, el padre o la madre, puede ser portador en forma balanceada, es decir, tener un cromosoma 21 libre y el otro adherido a otro cromosoma. El hecho de que uno de los padres sea portador de una traslocación balanceada aumenta considerablemente el riesgo de tener otros hijos o hijas con el mismo padecimiento.

Las anomalías genéticas que se presentan en este síndrome da a los niños o niñas un aspecto que los caracteriza, las cuales se detallan a continuación.

2.- Las características de los niños o niñas con Síndrome de Down.

Del Río (1987), Ortiz (1992), García, E. (1993) y otros autores señalan que las principales características físicas de los niños o niñas con Síndrome de Down son:

Puente nasal estrecho y aplanado, una cavidad bucal pequeña, la forma de la lengua es redondeada con fisuras e hipertrofia papilar, la dentición aparece tardíamente, en los ojos, una de las características más frecuentes es la fisura palpebral oblicua, en el iris se encuentran ciertas manchas, es común encontrar estrabismo, el pabellón auricular es generalmente pequeño con implantación baja, existen malformaciones en el conducto auditivo, y otitis crónica, el cuello es corto y ancho, el lóbulo occipital es plano, las extremidades son cortas, los dedos son reducidos, el meñique es generalmente curvo, las manos son planas y blandas, las líneas de la mano tienen algunos aspectos anormales, como la línea simiesca, la piel es muy fina y delgada, parece amoratada, con la edad tiende al envejecimiento prematuro, las infecciones cutáneas son frecuentes, el cabello es fino, lacio y sedoso, aunque con el tiempo se vuelve seco y tiende a caerse, el tórax suele ser redondo presentando generalmente aplanamiento del esternón, la espina dorsal no presenta la curvatura normal y hay una marcada tendencia a ser muy recta, en ocasiones se presentan once pares de costillas, el abdomen es prominente por la falta de tono muscular y con frecuencia se presenta hernia umbilical. Un porcentaje elevado de niños o niñas con Síndrome de Down presentan cardiopatías que pueden provocar la muerte en el primer año de vida.

Aunadas a las características físicas de los niños o niñas con Síndrome de Down se presentan características neurológicas propias.

Características neuropatológicas en el Síndrome de Down.

El Síndrome de Down es una de las alteraciones cromosómicas más estudiadas, sin embargo, no es hasta la década de 1970 cuando se establecen más claramente las características neuropatológicas del Síndrome de Down.

Clame, Cowie y Slater encontraron que en el 24% de los casos de Síndrome de Down existen dimensiones menores en el cerebelo, tallo cerebral y cerebro, que en el resto de individuos con edades comparables sin el síndrome, pudiendo llegar hasta un 34%. En el resto de los casos los hallazgos macroestructurales no son tan patentes debido a la braquicefalia, así como, a la reducción moderada de las dimensiones craneanas.

El peso del cerebro de individuos con Síndrome de Down corresponde aproximadamente al 76% de individuos normales y de manera específica, para tallo cerebral y cerebelo sólo en el 66%, tendiendo a conservar los patrones embrionarios a nivel de las circunvoluciones, lo cual disminuye enormemente la posibilidad de la existencia de neuronas a nivel cortical, tanto cerebral como cerebelar.

La reducción de los hemisferios cerebrales es especialmente evidente en los lóbulos frontales y en el área prerolándica; otros hallazgos neuropatológicos gruesos incluyen la forma redondeada del cerebro, la cual puede ser secundaria a la braquicefalia; y las circunvoluciones observadas son más pequeñas y numerosas.

Histológicamente se observan anomalías en las espinas dendríticas de las neuronas piramidales de la corteza motora.

Loesch-Mdzewska (c. p. Salazar, Orozco y Ruiz, 1996, pp. 1-2) ha reportado anomalías citoarquitectónicas encontradas en el sistema piramidal, además de reducción en el peso cerebral. Las células ganglionares de la tercera capa cortical son escasas y se encuentran dispersas en forma irregular.

Benda (ibid.) a su vez ha reportado una deficiencia en la mielinización de las fibras nerviosas en el área precentral, lóbulos frontales y cerebelo, lo cual confirma la inmadurez del sistema nervioso central. Los trastornos de la mielinización, la alteración en ganglios basales y formación reticular contribuyen a la hipotonicidad e hiperelasticidad, así como a la persistencia de reflejos; como el reflejo de prensión palmar y plantar, el reflejo de marcha, el de moro y el reflejo de Landau.

Se ha reportado la presencia de cambios anormales a nivel hipofisario, dados por trastornos de la circulación portahipofisaria, la cual se muestra alterada, además de cambios en los sistemas activadores e inhibidores del funcionamiento hormonal. Por ello se observa con cierta frecuencia trastornos a nivel de hormona estimulante de tiroides, adenocorticotropa, gonadotropa y antidiurética, aunque esta última con menor frecuencia.

Los niños o niñas con Síndrome de Down presentan niveles serotoninérgicos sanguíneos bajos en un 60% de los casos, sin embargo este hecho no se asocia a cambios en los metabolitos de dicha monoamina en el líquido cefalorraquídeo, sin que ello demerite el papel que desempeña esta deficiencia de serotonina en el funcionamiento neuromotor.

En personas con Síndrome de Down a partir de los cuarenta años, es muy frecuente que se manifieste demencia presenil y en forma característica presentan placas seniles y marañas neurofibrilares similares a las que se observan en los pacientes con enfermedad de Alzheimer (ibid.).

Como característica particular del Síndrome de Down se encuentra la disfunción cerebral que producirá una gran divergencia entre la edad mental del sujeto y la edad cronológica.

El desarrollo mental del niño o niña con Síndrome de Down es muy variable y fluctúa con niveles de retardo entre moderado y severo, y es muy probable que dependa de la etapa en la formación del embrión en que se produjo la división anormal. En consecuencia, una división anormal en una etapa temprana da origen a un número aproximadamente igual de células normales y trisómicas con las características habituales en los niños o niñas con este padecimiento, cuando la división anormal sucede en una etapa tardía puede producirse un número menor de células trisómicas, de tal forma el niño o niña podrá presentar menos signos aparentes mientras que en otros casos las manifestaciones tanto físicas como mentales serán más notorias.

Una investigación reportada en la revista "En Contacto" (1993, Edición XI, Enero, p. 4), señala: "...Se realizaron varios estudios seriados sobre el desarrollo intelectual de treinta sujetos con Síndrome de Down mosaico contra treinta sujetos con trisomía 21 regular, los casos se parearon por edad, sexo y nivel socio económico de los padres. Los resultados señalaron que el nivel de C. I. del grupo con Síndrome de Down mosaico fue significativamente más elevado que el grupo con trisomía 21 regular...".

Ortiz (1992, p. 41) indica "...Después de los cuatro o seis meses se aprecia en el niño con Síndrome de Down un importante retraso motor; más tarde muestra dificultad para caminar, correr y mantener el equilibrio. El lenguaje es el área con mayor dificultad dado los trastornos que presenta en torno al aparato vocal; como son la obstrucción nasal; respiración oral, cavidad bucal ojival pequeña, y lengua demasiado grande. Por lo general el lenguaje se da dos años más tarde que la deambulación. El nivel de vocabulario tiende a ser limitado, existiendo dificultad para expresar lo abstracto...".

En cuanto al desarrollo sensorio-perceptivo, se ha encontrado alteración o disminución en la capacidad visual, auditiva, gustativa, olfativa y táctil, alcanzando un nivel muy elemental.

Considerando los procesos cognoscitivos, el niño o niña con Síndrome de Down tiene una memoria que aunque limitada es capaz de reconocer y evocar estímulos, desarrollando mayormente la memoria visual que la auditiva.

El proceso del pensamiento se encuentra disminuido en diferentes niveles, existe dificultad en el manejo de la abstracción de los conceptos perceptuales, que tengan que ser representados simbólicamente. Debido a su atención, generalmente dispersa, encuentran serias dificultades para generalizar y discriminar semejanzas y diferencias.

Un niño o niña con Síndrome de Down maneja más bien aprendizajes de tipo concreto que de tipo abstracto.

El desarrollo psicológico del niño o niña con Síndrome de Down es un proceso lento, que presenta patrones de aprendizaje en grado inferior al término medio cuando se le compara con otros niños o niñas que no padecen el síndrome.

Algunas de las características de personalidad más sobresalientes de los niños o niñas con Síndrome de Down son:

La obstinación, mayor tendencia a imitar, son receptivos, llenos de afecto, adaptables, con un sentido especial en cuanto a la reciprocidad de sentimientos.

Los niños o niñas con Síndrome de Down son muy sociables y afectuosos con las personas que los rodean. Un clima de rechazo e indiferencia dará como consecuencia la exteriorización de un mal carácter, alteraciones conductuales y un fuerte desaliento emotivo. Señalando, que si el ambiente que rodea a un niño o niña con Síndrome de Down es de aceptación, ese niño o niña será cariñoso y afable; o por el contrario, si es de rechazo, el niño o niña reaccionará con agresividad e inseguridad (García, E. 1993).

Las actitudes negativas que tomen los padres hacia su hijo o hija con Síndrome de Down pueden convertir a este niño o niña en un ser inútil, dependiente e incapaz de desenvolverse por sí mismo. García, E. (1993, p. 89) indica: "...Es importante señalar lo que menciona A. Buresh (1975). Un niño con este síndrome tiene las mismas necesidades básicas que todos los niños. Estas necesidades son: amor, sensación de pertenencia, sensación de valer, reconocimiento, oportunidad de expresarse en forma gráfica o verbal, y oportunidad para alcanzar el éxito. Este éxito debe ser continuo desde la lactancia hasta la edad adulta; de otra manera el niño que tiene fracaso tras fracaso se siente frustrado y esto será negativo para su desarrollo integral..."

En la revista "En Contacto" (1993, Edición XI, Enero, p. 3) se señala "...Hay más de cincuenta características que se asocian con el Síndrome de Down, pero sólo unas cuantas pueden presentarse en cualquiera de los casos. El desarrollo mental con retardo se encuentra en todos con niveles que van de moderado a severo..."

El impacto de la noticia de un hijo o hija con Síndrome de Down provoca dificultades emocionales para los padres, los hermanos y los demás integrantes de la familia.

3.- Impacto emocional en los padres ante el nacimiento de un hijo o hija con Síndrome de Down.

El nacimiento de un hijo o hija por lo general, es un acontecimiento familiar muy feliz primordialmente para los padres. En especial, si es su primer hijo o hija, ellos desean que sea sano, hermoso, inteligente, que pueda hacer un buen papel en la sociedad y

principalmente de quien puedan sentirse orgullosos. En su imaginación planifican el futuro del hijo o hija aún antes de que nazca, esos planes reflejan sus propias ambiciones o necesidades, sin embargo, cuando se enteran de que su hijo o hija presenta Síndrome de Down sufren una fuerte conmoción y se desvanecen abruptamente todas sus esperanzas e ilusiones sobre el nuevo integrante de la familia.

El nacimiento por tanto tiempo esperado se convierte en una dolorosa experiencia para los padres. El sufrimiento puede ser muy intenso, los sentimientos de culpa, vergüenza, desesperación, tristeza, desilusión y aislamiento en ocasiones suelen ser tan abrumadores que en algunos casos se llega a desear la muerte del hijo o hija que presenta esa característica genética, situación que puede propiciar la desintegración de la familia o incluso la separación conyugal, debido a los profundos sentimientos que caracterizan los primeros años de vida del niño o niña con Síndrome de Down.

La presencia de un hijo o hija con Síndrome de Down en el hogar es una dura prueba para cualquier matrimonio, el hecho de aceptar que el hijo o hija sea deficiente mental exige una gran estabilidad emocional por parte de los padres. Coronado (1981, p. 115) señala: "...La llegada del niño con Síndrome de Down rompe la armonía y desquicia la escenografía familiar y el hogar se convierte en un drama doloroso de aceptación, rechazo, frustraciones y desesperanzas. El hijo lejos de ser el heredero de las virtudes familiares y el orgullo de las tradiciones paternas, se constituye en un azote permanente y constante, surgiendo entre los padres sentimientos de culpa y serias desavenencias...".

Ingalls (1988, p. 290) al hablar de las reacciones emocionales de los padres con un hijo o hija deficiente señala "...El elemento determinante en cuanto a la importancia de la reacción de los padres es el de las circunstancias en que reciben la noticia de que su hijo está retrasado. La mayoría de los casos de Síndrome de Down se diagnostican en el momento de nacer o poco tiempo después, y por lo tanto en estas circunstancias ocurren reacciones severas, porque los padres ni siquiera sospechaban que pudiera haber algo mal con su hijo...".

Los padres reaccionan emocionalmente en diversas formas ante el hecho de tener un hijo o hija con Síndrome de Down y su conducta va desde una forma constructiva de adaptación, como sería la aceptación realista del padecimiento del hijo o hija, hasta una forma destructiva como el rechazo o la negación del síndrome.

Mackeit (1973, pp. 24-27) comenta: "...La mayoría de los padres parecen tener dos sentimientos instintivos fundamentales; quieren proteger al niño desamparado a la vez sienten rechazo al pensar en la anormalidad física o mental.

La aceptación y el rechazo pueden ser una forma de reaccionar de los padres, la primera, instintiva para proteger al niño o niña desvalido que en ocasiones es interpretada en forma exagerada por parte de los padres llevando ésta al

sobreproteccionismo, la segunda, como una actitud de repugnancia ante lo que representa la deficiencia mental...”.

Johnson (1979, p. 39) señala: “...El niño con Síndrome de Down es un deficiente mental y como tal tiene las mismas características que cualquier otro débil mental...”.

Valenzuela (1974, p. 14) menciona al respecto: “...La lucha entre el amor que normalmente existe en todos los padres por sus hijos como una dotación instintiva y el sentimiento de rechazo ante el problema del hijo deficiente, no ante el hijo como persona, sino por lo que este significa como molestia, la frustración ante su capacidad de padres, la negación ante las esperanzas futuras crean un binomio inestable de AMOR-RECHAZO.

El predominio de los sentimientos rechazantes conducen al abandono manifiesto o latente (inconsciente), la falta de interés por el estado del niño, la indiferencia o negación del padecimiento...”.

El rechazo del hijo o hija con Síndrome de Down se puede dar a dos niveles.

1) El rechazo emocional se da cuando el rechazo de las limitaciones se presenta aún habiendo aceptación física, los padres de un niño o niña con Síndrome de Down pueden haber decidido mantener a su hijo o hija junto a ellos, pero no aceptan que el niño o niña tiene un desarrollo diferente al de sus otros hijos o hijas, no aceptan que es torpe, lento y que no alcanzará logros esperados para los niños o niñas de su edad y por lo tanto le niegan la posibilidad de desarrollarse correctamente con su ayuda y comprensión.

2) El rechazo físico se da cuando los padres de un niño o niña con este padecimiento deciden abandonar a su hijo o hija en alguna institución especializada o cuando la sociedad les niega el derecho de vivir dentro de la comunidad (Bolio 1988).

Las causas por las cuales los padres pueden aceptar o rechazar a su hijo o hija con Síndrome de Down son variadas y están influenciadas en gran medida por la situación particular en que viven, sus sentimientos hacia el niño o niña, sus experiencias personales y de cómo es visto el hijo o hija deficiente por su núcleo social.

Menolasciño (1967) y Wolfensberg (1967), opinan que se presentan tres tipos de crisis ante la noticia del nacimiento de un hijo o hija deficiente mental.

El choque inicial y la crisis ante lo inesperado: Se da por el rompimiento repentino que sufren los padres de la imagen ideal del hijo o hija, de sus perspectivas, planes y de los cambios en sus conceptos de sí mismos, de la familia y de su futuro. Es profundo el choque y desilusión que experimentan ante la noticia de que su hijo o hija es deficiente, este estado de conmoción dura poco tiempo.

La crisis de valores personales: Una vez que los padres se reponen de la trágica noticia del nacimiento de su hijo o hija deficiente, se enfrentan a una extensa gama de sentimientos contradictorios al darse cuenta de que la realidad no corresponde a lo que ellos esperaban del hijo o hija ideal en cuanto a inteligencia y aspecto físico.

Esos valores de los padres entran en conflicto al presentarse la necesidad inevitable de cambiarlos para poder aceptar a su hijo o hija con menos características de las deseadas.

En nuestra cultura se da gran importancia a la inteligencia y a la apariencia física, por lo tanto el hijo o hija que nace con Síndrome de Down provoca un gran conflicto en los padres a quienes se les ha inculcado amar y cuidar al hijo o hija, pero también se les ha enseñado a tener en gran estima dichos valores. Tanto la familia como la sociedad han puesto gran énfasis en la importancia que tiene la inteligencia para un individuo si es que éste quiere triunfar en la vida.

La crisis de la realidad: Consiste en afrontar la realidad del padecimiento, porque además de enfrentarse a una variedad de sentimientos contradictorios producidos por los valores en conflicto, también tienen que hacerle frente a otras realidades más concretas como la influencia del nivel socio-económico en los problemas de salud del hijo o hija que requiere tratamiento, o la necesidad de acudir a escuelas particulares para una educación más especializada de su hijo o hija deficiente, lo que origina grandes gastos para el presupuesto de los padres. Otra realidad a la que tienen que enfrentarse los padres, se refiere a cómo es aceptado su hijo o hija por los familiares o vecinos, porque a pesar de que los padres lo acepten satisfactoriamente puede suceder que los abuelos o cualquier otro familiar no lo acepten. Los padres interpretan esta actitud de rechazo no sólo hacia el hijo o hija, sino hacia ellos mismos. Muchas de estas actitudes se dan por ideas equivocadas que tiene la gente sobre el concepto de deficiencia mental. Debe transcurrir un periodo de tiempo considerable para que los padres sean capaces de aceptar y adaptarse al retraso de su hijo o hija incluso después de haberse enfrentado a la realidad que significa el hijo o hija con Síndrome de Down.

Ingalls (1988, p. 292), indica: "...La idea de retraso mental es inaceptable para la mayoría de la gente, y algunos padres nunca logran cambiar su mentalidad con respecto a este valor y en consecuencia abrigan sentimientos ambivalentes hacia el hijo deficiente, por un lado aman al niño por ser su hijo, pero por otro lado lo rechazan debido a su apariencia y al retraso mental..."

Los padres ante la crisis de valores tratan de adaptarse haciendo frente a la realidad. El efecto de las emociones ambivalentes desemboca en angustia severa y reacciones conductuales indeseables, en una forma de adaptación, que en algunos casos es deficiente.

Otra referencia que describe a los padres con hijos o hijas deficientes y su forma de adaptarse al padecimiento es el propuesto por Huber (1979), que se basa en los

estudios de Kubler Ross (1969), sobre los estados de muerte y agonía para explicar la adaptación ante la presencia del hijo o hija impedido (c. p. López y Méndez, 1991, p. 29)

Ante el impacto del nacimiento de un hijo o hija con Síndrome de Down los padres se enfrentan a diferentes reacciones emocionales.

4.- Principales reacciones emocionales de los padres ante el nacimiento de su hijo o hija con Síndrome de Down.

Algunos investigadores como Eden-Piercy (1986), Ingalls (1988), Zulueta (1991), Jasso (1992) y otros, han podido precisar paso a paso cual es el comportamiento y las reacciones que tienen los padres cuando reciben la noticia de que su hijo o hija presenta Síndrome de Down y las razones por las cuales pueden actuar con emociones tan extremas o contradictorias.

Cuando nace un niño o niña con Síndrome de Down las formas de actuar de los padres son muy diversas. López y Méndez (1991, pp. 29-30) señalan que las etapas por las que pasan los padres para adaptarse a su hijo o hija deficiente son:

- 1) **Confusión.** Los padres pueden experimentar confusión acerca de qué es lo que su hijo o hija tiene mal. Pueden encontrar difícil el entender y asimilar la información que se les da.
- 2) **Negación.** Los padres pueden afrontar la información que les brindan los profesionales acerca de su hijo o hija, negando su validez y buscando otras opiniones o "nuevas curas", o haciendo como si nada fuera diferente.
- 3) **Regateo.** Algunos padres pueden hasta discutir con las personas que les brindan la información acerca de su hijo o hija. Esto puede incluir expresiones de ira y presión o exigencia desproporcionada hacia quienes le rodean.
- 4) **Depresión.** Los padres pueden volverse tristes y retraídos al saber las incapacidades de su hijo o hija.
- 5) **Consolidación** (aceptación). Las familias pueden reintegrarse y aceptar la realidad de la incapacidad de su hijo o hija.
- 6) **Culpabilidad y vergüenza.** Se da cuando los padres no son capaces de llegar a una consolidación y tiene sentimientos de culpa, especialmente por ofensas imaginarias o

por un sentimiento inadecuado. Esta situación es frecuente en los padres, que pueden creer que hay algo que hicieron y que son responsables del problema de su hijo o hija. Por otra parte experimentan vergüenza como una emoción dolorosa causada por la conciencia de la propia culpa.

Blacher (1984, pp 55-65) Encontró que la mayoría de las clasificaciones que aparecen en la literatura sobre las reacciones emocionales de los padres están contenidas en tres etapas principalmente.

"...1) Crisis inicial: Shock y negación. Esta etapa se puede resumir en reacción de shock, negación e incredulidad. El shock puede aparecer por la demolición de las expectativas de los padres que esperan un hijo normal, la negación se manifiesta al no querer reconocer la realidad del retraso del niño, pensando que una terapia lo remediará. Asimismo en esta etapa se pueden observar otras respuestas como sentimientos de separación, desamparo y perplejidad.

2) Desorganización emocional. En esta etapa los padres experimentan ciertos sentimientos de culpa, desilusión, ira y humillación en su amor propio. La reacción emocional más característica de esta fase son los sentimientos de culpa, lo que puede provocar sentimientos de ira, resentimiento o agresión, los cuales se manifiestan como llanto e ira hacia ellos mismos, hacia el personal del hospital y hacia otras personas. Otro tipo de sentimientos que ocurren en este estado son los de autoestima paterna humillada, decepción, daño, desesperanza, fatalidad, tristeza, pérdida del ánimo o desencanto en la relación y síntomas físicos tales como insomnio o pérdida del apetito.

3) Ajuste emocional: Adaptación o aceptación. Esta etapa se caracteriza por la organización emocional, adaptación, aceptación o reorganización. Incluso dentro de esta fase final varias subetapas han sido identificadas como reconstrucción y reorientación. "Aceptación se refiere a los padres que aceptan al niño como a cualquier otro y a sí mismos". Así los padres reenfocan su atención a problemas externos a ellos, se vuelven menos ansiosos, o incrementan el confort con su situación. Aunque este es un proceso muy gradual, los padres pueden establecer una muy especial y única vinculación con el bebé. Hay considerable variación en la medida de tiempo, duración y conducta característica de esta etapa de ajuste parental..."

Estas como las anteriores reacciones emocionales citadas, no son actitudes planeadas o deliberadas por los padres, más bien son reacciones inconscientes ante la situación de estrés que provoca la presencia de un hijo o hija deficiente en el hogar y están en función del nivel de madurez de los padres.

A mayor inmadurez de los padres, mayor es el estrés de la situación y mayor amplitud de las reacciones defensivas y de la consiguiente conducta de mal adaptación (Hutt y Gibby 1988).

Para Ingalls (1988, pp. 294-295) "...La palabra aceptación se usa para describir lo que se considera una reacción adaptativa saludable ante el hecho de tener un hijo con Síndrome de Down. Este proceso de adaptación incluye algunas características como serían:

- 1) Los padres que aceptan a su hijo con Síndrome de Down son capaces de percibir con toda precisión las actitudes del niño y sus potencialidades, estando plenamente conscientes de sus debilidades.
- 2) Los padres que aceptan a su hijo con Síndrome de Down son capaces de afrontar el retraso del niño, en forma adecuada, reconociendo algunas veces que resulta incómodo para ellos y para la familia, pero sin dejarse abrumar por la compasión hacia sí mismos, ni por la pena, ni por el sentimiento de culpa, hasta el punto de que pudieran impedir el buen funcionamiento de la familia. Estos padres suelen ser capaces de hablar libremente de su hijo deficiente tanto entre ellos mismos como con otras personas sin sentirse avergonzados.
- 3) Los padres que aceptan a su hijo con Síndrome de Down lo comprenden y le proporcionan los mejores servicios posibles en orden médico y educativo, dentro de sus recursos sin buscar neuróticamente una cura milagrosa.
- 4) Los padres que aceptan a su hijo deficiente son tolerantes con el retraso del niño y muestran el mismo amor a todos sus hijos sin rechazar al niño, pero también sin amarlo exageradamente, sin ahogarlo con tanto amor que impida que logre la independencia de que es capaz.
- 5) Los padres que aceptan a su hijo no deben dedicar demasiado tiempo y atención al hijo deficiente que descuiden a los demás hijos o al consorte.
- 6) Los padres que aceptan necesitan tener plena consciencia de sus reacciones emocionales con el hijo retrasado, deben determinar cuales de sus necesidades son amenazadas por el trastorno del niño y también deben percibir hasta que grado estas necesidades determinan sus propias reacciones conductuales.

Estos conceptos de aceptación suponen el equilibrio entre reconocer las deficiencias del hijo y poner los remedios necesarios para controlarlos pero sin dejar que el padecimiento del niño perturbe las interacciones familiares...".

Lambert y Rondal (1982, p. 166) señalan: "...La gente por lo general tiene tres ideas sobre los padres del niño con Síndrome de Down y estas se refieren a:

- a) Que son padres que rechazan a su hijo afectado.
- b) Que son padres que encubren su rechazo con una aceptación forzada.

c) O por el contrario que son padres que sobreprotegen a su hijo.

Estas ideas se basan en casos muy raros de familias para las cuales el niño deficiente no hace sino desencadenar un problema ya existente...”.

No se debe olvidar que los padres de un niño o niña con Síndrome de Down difieren mucho entre sí, algunos están bien adaptados y funcionan emocionalmente a un nivel muy aceptable y que la mayoría de ellos se esfuerzan dentro de sus capacidades en adaptarse en una forma madura y realista a la presencia del hijo o hija en el núcleo familiar.

Por otra parte es innegable que hay padres mal adaptados o neuróticos para quienes las reacciones emocionales que presentan hacia el hijo o hija, reflejan su propia personalidad, que por consecuencia no les permite adaptarse satisfactoriamente a la deficiencia del niño o niña.

Esta tendencia que muestra a los padres de forma negativa, se incrementa por las investigaciones sobre familias de niños o niñas con retraso mental en donde la mayor parte de lo que se escribe destaca los efectos negativos y patológicos que tiene el niño o niña sobre la familia.

Holt (1958), Tizard y Grant (1961), Schonell y Watts (1956) (c. p. Ingalls, 1988, p. 296), describen a los padres como sujetos ansiosos y con profundos sentimientos de culpa, tan ocupados en compadecerse a sí mismos y en sus mecanismos de defensa, que no pueden criar al niño o niña adecuadamente, casi no toman en cuenta que muchas familias logran una adaptación positiva a todas las circunstancias que representa la presencia del hijo o hija con Síndrome de Down en la familia.

Los padres que reaccionan positivamente ante la angustia que representa su hijo o hija con Síndrome de Down, pueden aceptar esa realidad por desagradable y amenazadora que sea. Esta aceptación no tiene nada de fácil y como ya se mencionó depende de las características psicológicas de cada uno de los padres.

Existen algunos factores que por la influencia que ejercen sobre la aceptación del niño o niña con Síndrome de Down cobran relevancia.

5.- Algunos factores que influyen en la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down.

Nivel socio-económico.

Uno de los factores que predominan en nuestra sociedad es el nivel socio-económico. Lambert y Rondal (1982, p. 167), señalan: "...Que el nivel socio-económico de los padres es un factor que tiene una influencia profunda en la aceptación de un hijo con Síndrome de Down. La desigualdad en la posición socio-económica ante un hijo deficiente es particularmente dolorosa. Una familia que tenga unos ingresos limitados tiene menos probabilidad de lograr una adaptación adecuada...".

Otro de los autores que menciona que el factor socio-económico de los padres juega un papel muy importante en la aceptación de su hijo o hija con Síndrome de Down, es Valenzuela (1974, p. 2), al señalar: "...En el caso de un medio social de escasos recursos los padres están generalmente asociados a una escolaridad pobre, por lo que en su enfrentamiento ante un niño deficiente mental no existe una valoración adecuada del problema, el niño es percibido como anormal, sin realmente comprender el porque de sus trastornos.

Por otra parte, los padres tratan de dar una razón al problema, procurando evadir hasta donde sea posible la presencia de un retardo generalmente irreversible y se abrigan las esperanzas de que el niño mejore o recobre la normalidad con algún tratamiento especial o simplemente que con el tiempo se aliviará.

En el caso de un medio social acomodado y de un grado de escolaridad media o superior, los padres tienen la capacidad de aceptar en toda su esencia la magnitud del problema y se adquieren los factores que pueden modificar la personalidad o conducta de los padres ante el problema del hijo deficiente...".

Ingalls (1988, p. 298), menciona: "...Los padres difieren notablemente en sus reacciones y actitudes hacia su hijo deficiente, una variable que parece importante es el estado socio-económico de los padres. Estos en la clase media habrán de reaccionar de manera un tanto diferente al niño retrasado de como habrá de reaccionar una familia de bajos ingresos...".

Por lo tanto el nivel socio-económico de los padres de un hijo o hija con Síndrome de Down influye de manera muy importante si no es que absoluta en el estilo de vida familiar y las oportunidades de desarrollo que pueden brindarle a su hijo o hija que presenta dicho síndrome.

Clasificación del nivel socio-económico.

Una de las características del ser humano es el hecho de vivir en sociedad, el hombre y la mujer para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requieren siempre participar y moverse dentro de diferentes grupos. Esto lo llevan a cabo desde el nacimiento hasta la muerte, es de este modo como realizamos nuestras actividades diarias, dentro de conglomerados, como la familia, la sociedad, la escuela o el trabajo. Así es como el hombre y la mujer desempeñan diversos roles y quedan integrados a los grupos en los que se desenvuelven, adecuando su conducta a las expectativas que tienen los demás, logrando con esto su aceptación. De los grupos, por supuesto, la familia es el más importante, ya que ésta es la base de la sociedad.

En nuestra sociedad es tan importante el factor socio-económico, que a mayor solvencia económica existen mejores perspectivas de vida, y por el contrario a menos solvencia menores oportunidades de desarrollo en todos los ámbitos de la familia, con su consecuente retraso.

Existen diversas clasificaciones del nivel socio-económico, para esta investigación se tomó la clasificación que proponen Tobón, Rottier y Manrique (1986, pp. 308-309) quienes señalan "...Con relación al número de clases sociales, encontramos la posición clásica de dividir la sociedad en dos grandes clases antagónicas u opuestas, la burguesía y el proletariado. Sin embargo, para un análisis de clasificación más completa, debemos dividir la sociedad en un mayor número de estratos por la misma complejidad de la sociedad contemporánea.

Adoptamos una división múltiple de clases en un esquema de estratificación dividido en seis estratos denominados: Clase baja inferior, Clase baja superior, Clase media inferior, Clase media, Clase media superior y Clase alta..."

A continuación especificaremos los criterios considerados por estos autores para evaluar el nivel socio-económico del presente estudio:

1.-Situación económica de la familia.

Se consideraron los ingresos económicos familiares de manera mensual como indicadores de la situación económica de la familia.

2.- Número de miembros de la familia.

Se refiere el número de miembros de la familia, quienes aportan y dependen de los ingresos mensuales familiares

3.- Nivel de escolaridad o instrucción del jefe de familia.

Se consideró el nivel de escolaridad del jefe de familia ya que con el grado de estudios se amplían las posibilidades de mayores ingresos económicos y de ascenso social.

4.- Características de la vivienda.

Se consideró a la vivienda como patrimonio económico de la familia, específicamente en el tipo de construcción, ya que a partir de esta se reducen o amplían los gastos económicos de la familia, asimismo se consideraron las condiciones habitacionales, la colonia donde se ubica y la infraestructura urbana.

5.- Ocupación del jefe de familia.

Se consideró la ocupación del jefe de familia como factor ligado a la escolaridad del jefe de familia y como indicador de la situación económica, considerándose que es indicador de la capacidad de utilización del grado de estudios.

En relación a la situación económica de la familia Farber (1972, c. p. Ingalls, 1988, p. 298) señala: Hay dos tipos de crisis que se pueden precipitar al aparecer un niño o niña deficiente en la familia, y una de ellas es más típica de la familia de bajos ingresos, mientras que la otra tiende a caracterizar a la familia de clase media.

Las crisis que menciona este autor son:

1) **Crisis trágica:** Es aquella en la que se frustran las metas y aspiraciones de la familia. Esto se parece mucho a la crisis de valores de la que se habló anteriormente, porque las expectativas de los padres para sí mismos y para su hijo o hija se ven truncadas. La crisis trágica es más típica de la clase media que suele ser la que tiene mentalidad de triunfo y elevadas aspiraciones para su hijo o hija.

2) **Crisis de organización de papeles:** En este caso, los padres están preocupados por los problemas que cada día les impone el niño o niña deficiente. Esta crisis es más típica de los grupos de bajos ingresos. Estos padres están demasiado abrumados por los acontecimientos y crisis diarias de la vida para preocuparse demasiado del desarrollo futuro de sus hijos o hijas. Esto se asemeja a la crisis de la realidad propuesta por Wolfensberg (1967), porque los padres están casi totalmente dedicados a resolver los problemas económicos que conlleva su hijo o hija deficiente.

Conocimiento del Síndrome de Down.

Otro aspecto que está claramente relacionado con el modo en que los padres aceptan al niño o niña retrasado, es el conocimiento que tienen de la naturaleza del retraso mental, como lo señala Stone (1967, pp. 16-20), al mencionar: "...Los padres que

saben muy bien cual es la causa del retraso de su hijo, no suelen dar muestras de ningún sentimiento de culpa, ni vergüenza, tampoco suelen echar mano de sus defensas por ejemplo de la negación...”.

Situación familiar antes del nacimiento del niño o niña con Síndrome de Down.

Otro factor que influye en la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down es la estabilidad emocional de la familia antes del nacimiento del niño o niña. Alvarez (1990, p. 58) menciona al respecto: “...Otro factor que puede determinar la aceptación es el hecho de que si los padres, antes del nacimiento del niño, se están desempeñando adecuadamente y su matrimonio es estable, tendrán pocas dificultades para aceptar al hijo con Síndrome de Down, ya que el problema lo afrontarán juntos y muy difícilmente culparán a su cónyuge de la situación, por el contrario, los padres que están teniendo problemas con sus propias vidas antes del nacimiento, los seguirán teniendo para enfrentar la situación y usarán defensas irracionales...”.

La influencia de un medio ambiente familiar adecuado es determinante en la aceptación del niño o niña con Síndrome de Down.

6.- Repercusión de la aceptación en el desarrollo del niño o niña con Síndrome de Down.

Al igual que todo ser humano, el niño o niña con Síndrome de Down no vive aislado, necesita de relaciones emocionales estrechas con otras personas y estas deben ser productoras de satisfacciones, si se quiere que el niño o niña alcance el máximo de sus potencialidades. Las relaciones del niño o niña con Síndrome de Down y sus padres son de importancia vital principalmente en sus primeros años de vida, ya que si los padres manifiestan reacciones de personalidad adversas ante las deficiencias de su hijo o hija, se tornará más difícil establecer relaciones saludables.

El niño o niña con Síndrome de Down, como cualquier otro niño o niña, además de tener que satisfacer sus necesidades físicas como son abrigo y comodidad, requiere para su desarrollo normal, sentirse amado, seguro y protegido. El amor de los padres proporcionará confianza al niño o niña para conocer el medio que le rodea, esto da origen a la seguridad en sí mismo. Un clima familiar acogedor, afectuoso y comprensivo contribuye a reforzar la seguridad y autoestima del niño o niña y lo impulsa a vencer sus propias deficiencias, pero si el niño o niña con Síndrome de Down ha sido víctima del rechazo y falta de afecto percibirá a los demás como enemigos peligrosos y se mostrará inseguro, desconfiado y temeroso (Fernández y Pérez 1992).

La madre primero y el padre después son las personas más importantes en la vida del niño o niña con Síndrome de Down. En México suele ser la madre la que se ocupa más directamente del hijo o hija, mientras que el padre trabaja fuera de casa. Esta es la razón por la cual el comportamiento de la madre tendrá más influencia sobre el desarrollo del hijo o hija, sin demeritar de ninguna forma la influencia del padre en la formación del hijo o hija deficiente. Al respecto Zulueta (1991, p. 70) señala: "...En los hombres se produce a veces un mecanismo de racionalización e intelectualización del problema. Se ocupan de las necesidades materiales y del futuro, así como de estudiar la teoría. En general es el que lee libros sobre el tema, se informa de los centros que existen, busca mutualidades de ayuda para cubrir necesidades futuras, etc. Todo este trabajo suplementario les aturde y les hace olvidarse de sus sentimientos de dolor y desgarramiento profundo..."

Cabe señalar que son escasas las investigaciones que reporten la influencia del padre en el desarrollo del niño o niña con Síndrome de Down.

Una respuesta al comportamiento de la madre la reporta García, E. (1991, p. 1) al señalar: "...La condición de su hijo afecta a la madre, en un plano narcisista, hay una pérdida brusca de toda señal de identificación, y como corolario se presentan conductas impulsivas. Aparece un pánico ante la imagen de sí misma; no se puede conocer, ni autoestimar.

La relación madre-hijo podría caracterizarse como sigue:

- a) Con un trasfondo de muerte disfrazada, la mayor parte del tiempo.
- b) Con una sobreprotección exagerada o con indiferencia patológica; desde el amor sublime hasta el rechazo consciente.
- c) Nunca lo expondrá solo a enfrentar el dolor y el rechazo de los demás miembros de la familia y la sociedad. Por eso ella percibe que la muerte debe ser necesaria para los dos.

Todo ello conduce al niño con Síndrome de Down a ser un sujeto sin autonomía, objeto de cuidados, la relación madre-hijo se vuelve fundamental y esencialmente parasitaria. De aquí que el concepto de amor en estas personas se vive como un sinónimo de absorber o ser absorbido..."

Es muy importante la actitud de la madre, ya que una pobre o mala relación madre-hijo o madre-hija puede provocar en el bebé un cuadro de carencia afectiva que suscitará que el niño o niña tenga graves perturbaciones. Spitz (1986, p. 18), menciona al respecto: "...La insuficiencia de la relación madre-hijo en el primer año de vida, puede originar desde conductas de lloriqueo y gemidos hasta un retraso motor que al acrecentarse ocasionará que el índice de desarrollo empiece a decrecer...". El

problema se incrementa considerablemente si el hijo o hija padece Síndrome de Down o cualquier otra alteración física o mental.

Toscano (1968) subraya la importancia de la relación madre-hijo o madre-hija en la producción de salud mental o enfermedad, al señalar: El niño o niña reacciona con ansiedad tanto hacia el rechazo como hacia la permisividad complaciente, manifestándose en este tipo de niños o niñas una gran necesidad de aceptación y una tendencia a la depresión, teniendo la posibilidad de ser consciente de sus incapacidades y diferencias en comparación con sus hermanos y amigos sanos (c. p. Ortiz, 1992, p. 45).

Thurstone (1959) estudió las actitudes y reacciones emocionales de los padres del niño o niña discapacitado afirmando que son de importancia crucial en la planeación de un tratamiento global y afectivo. Las reacciones emocionales del niño o niña y su nivel de maduración reflejan el grado de atención, cuidado y seguridad que provienen de los padres. Si el niño o niña discapacitado es sobreprotegido o rechazado puede presentar problemas de conducta adicionales a la limitación física o mental. Un niño o niña sobreprotegido generalmente falla al desarrollar hábitos de independencia, puede estar adaptado en su casa, pero tender a inhibirse y sentirse temeroso ante situaciones nuevas, lo que le impide obtener ricas experiencias de aprendizaje al no ser atraído por actividades en grupo, y por lo tanto se detectará una alteración en su desarrollo como persona y en su adaptación. Al niño o niña le beneficiará el grado de seguridad y apoyo que reciba de los padres en sus diferentes fases de crecimiento. La relación entre los padres y el niño o niña discapacitado puede presentarse similar a la del niño o niña normal, sin embargo la presencia de algún tipo de alteración siempre provoca un cambio en la interrelación padres-hijo o padres-hija y tales cambios dependen de la organización familiar preexistente (c. p. Ortiz, 1992, p. 43).

Al igual que la aceptación de los padres, resulta importante la aceptación familiar para el desarrollo del niño o niña con Síndrome de Down.

7.- La aceptación familiar del niño o niña con Síndrome de Down.

La familia del niño o niña con Síndrome de Down tiene características muy peculiares, no solamente fuera del contexto clásico de la familia tradicional, sino fundamentalmente por su propia naturaleza.

Al enterarse los padres que su hijo o hija tiene Síndrome de Down, deberán saber que pueden ayudarlo a encontrar una forma satisfactoria de vida; recordando siempre que sus aspiraciones con respecto a su futuro han cambiado.

Un niño o niña con Síndrome de Down vive con su familia y es la misma familia la que decide si lo ayuda o no, esto marca la importancia de la aceptación del niño o niña desde el seno familiar.

El primer paso para ello es la aceptación ya que no puede existir futuro para un niño o niña con Síndrome de Down hasta que los padres acepten la realidad. La verdadera aceptación significa querer a su hijo o hija y hacer cuanto sea posible para ayudarlo, esforzándose por lograr que ocupe un lugar digno en la familia y en la sociedad.

Si los padres no aceptan a su hijo o hija con Síndrome de Down, nunca podrán esperar que los demás miembros de la familia lo acepten y se establezca una relación familiar saludable.

El niño o niña con Síndrome de Down, al igual que todo niño o niña normal, necesita desenvolverse dentro de un ambiente familiar sano, en el que se sienta aceptado. Al no ser aceptado, el mismo entorno familiar impide que desarrolle sus capacidades para llegar a ser una persona autosuficiente.

Las características tan propias del niño o niña con Síndrome de Down influyen enormemente en su aceptación; por lo tanto el problema de la aceptación es acorde a la realidad que vive cada familia.

Es en la familia en donde el niño o niña adquiere hábitos, recibe muestras de amor y respeto, por lo que, la familia representa la primera prueba de integración para el niño o niña con Síndrome de Down, teniendo los padres el deber de planificar las actividades familiares, ya que es insustituible la dedicación de los padres para lograr un correcto aprendizaje.

El niño o niña con Síndrome de Down siempre necesitará de la ayuda incondicional de su familia, quien deberá guiar, apoyar y estimular las vivencias familiares para facilitar su convivencia, integración y aceptación social.

8.- La aceptación social del niño o niña con Síndrome de Down.

Los niños o niñas con Síndrome de Down al igual que los que presentan alguna otra alteración física o mental forman parte de los grupos más vulnerables que padecen agresiones sociales, son víctimas de arbitrariedades, discriminación y marginación desde sus primeros años de vida, en su familia y más tarde en la escuela o en el medio social en que se desenvuelvan, encontrarán un cúmulo de presiones, hostilidades, agresiones, rechazos, indiferencias, burlas e ironías y lo más cruel que sean sus padres, hermanos o amigos quienes participan en ellas.

Garduño (1995, p. 3) señala "...A pesar de que la sociedad ha experimentado grandes y positivos cambios en las actitudes con respecto a los niños con malformaciones o retardo mental, en las tres últimas décadas, todavía se puede considerar que la respuesta de la comunidad médica no ha sido lo satisfactoria que se pudiera esperar, y a treinta y cinco años de la Declaración Internacional de los Derechos del Niño, es común, al menos en nuestro país que se niegue tratamiento a los niños con malformaciones congénitas o síndromes genéticos, sobretudo cuando requieren cirugía correctora. El ejemplo más representativo es el que corresponde a los niños con Síndrome de Down, estos niños tienen comúnmente otras malformaciones congénitas para las cuales los cirujanos pediatras son requeridos para la reparación de dichas alteraciones...".

La aceptación o marginación social empieza en el grupo familiar en donde el niño o niña establecerá sus primeras y más importantes relaciones. Estas experiencias matizarán su trato con la demás gente y el desarrollo de la personalidad se facilitará si las primeras experiencias sociales son satisfactorias. En el caso del niño o niña con Síndrome de Down la problemática de la marginación se inicia desde el mismo instante en que los padres reciben el diagnóstico de su hijo o hija, en este momento se inicia un proceso de distanciamiento social y segregación, en el que hasta los padres pueden participar. Es así, como el rechazo inicial de los padres hacia el niño o niña con Síndrome de Down marca la pauta para que el resto de la sociedad adopte la misma actitud.

El elemento más importante en la marginación o el rechazo del niño o niña con Síndrome de Down es la deficiencia mental y la apariencia física que los caracteriza y como señala Navarro (1984, pp. 30-31) "...Todo deficiente mental va a sufrir en alguna medida la marginación socio-cultural, ya que es sujeto de rechazo por parte de los demás, principalmente por su limitación en el acatamiento de las normas y valores pre-establecidos...".

El niño o niña con Síndrome de Down es socialmente segregado en el sentido de que es incapaz de observar las conductas socialmente aceptadas y consideradas adecuadas para la mayoría de los miembros de la sociedad en la que interactúa.

Garduño (1995, p. 4) señala "...Existen múltiples situaciones que explican la persistencia de la segregación social en estos niños que prevalece en muchos países.

Es común que el hombre hedonista y permisivo sea indiferente ante la desigualdad y la injusticia y a estos niños los vea como una carga para la sociedad.

Conducta utilitarista, esta actitud margina a los niños con menos capacidades y en términos de esta teoría los niños discapacitados son considerados ciudadanos de segunda categoría.

Las oportunidades son para los más destacados, los más educados, y a los niños con menos capacidades se les margina de atención médica, familiar, educativa, etc.

Nuestra sociedad acepta como valores inmutables la justicia y la igualdad entre los hombres y mujeres, pero con mucha frecuencia ocurre que está escrito pero no se cumple...".

El Síndrome de Down así como cualquier otra incapacidad sea física o mental, es un obstáculo para que el individuo encuadre en el grupo que generalmente maneja a la mayoría, esto hace que surja en el individuo la inadaptación y por consecuencia la marginación, esto nos lleva a plantear la necesidad de crear una conciencia social sobre el trato hacia las personas con Síndrome de Down para que se favorezca su limitado desarrollo intelectual desde las etapas más tempranas de la vida y como señala Navarro (1984, p. 49), "...El adulto tiene en sus manos el poder de crear una atmósfera adecuada para que estos individuos, principalmente los niños encuentren todo lo que necesiten para poder integrarse a la sociedad a la que pertenecen, y lo que es más importante, propiciar un desarrollo armónico aún cuando existan limitaciones...".

En este contexto surge el concepto de actitud como elemento importante para la comprensión y predicción de conductas sociales, y el papel que desempeña en la vida del individuo y como medio para lograr el bienestar humano, para lo cual a continuación se analizarán algunos conceptos sobre las actitudes.

9.- Actitudes.

El grado de aceptación de los niños o niñas con Síndrome de Down por parte de sus padres y la sociedad se demuestra a través de las actitudes que se tienen con respecto a las personas con deficiencia mental. Las actitudes representan un tema básico dentro de la Psicología, ya que constituyen un determinante en la conducta del individuo con respecto al contexto social en el que se desenvuelve.

El estudio de las actitudes ha estado relacionado con el desarrollo de la sociedad contemporánea, motivo por el cual es innegable que las actitudes han sido objeto de especial atención para los psicólogos sociales. Desde 1935, Allport recopiló más de cien definiciones del término actitud.

El interés de los investigadores no ha cesado y se sigue prestando atención al tema. Un número considerable de artículos publicados en revistas especializadas tienen alguna relación con las actitudes en muchos aspectos de la vida cotidiana.

Por lo anterior y teniendo en cuenta la importancia de las actitudes en el presente estudio, a continuación se señalan algunas definiciones así como sus características más generales.

10.- Principales enfoques teóricos que explican la formación de actitudes.

De acuerdo con Rodríguez (1976, pp. 329-330) encontramos que “..Para Allport (1935), la actitud es: “...Un estado mental y neurológico de atención, organizada a través de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionado...”.

Rockeach (1969), define la actitud como: “...Una organización aprendida y relativamente duradera de creencias, acerca de un objeto o una situación que predispone a la persona a responder de una determinada forma...”.

Para Rosnow y Robinson (1967), “...El termino actitud indica la organización que tiene un individuo en cuanto a sus sentimientos, creencias, predisposiciones a comportarse del modo en que lo hace...”.

Rodríguez (1976), define la actitud como: “...Una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotadas de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y efectos relativos a dichos objetos...”.

En términos generales podemos decir que las actitudes implican creencias y sentimientos sobre un objeto o conjunto de objetos del ambiente social, son aprendidas, tienden a persistir, aunque están sujetas a los efectos de la experiencia y son estados directivos del campo psicológico que influyen sobre la acción, sea ésta de acercamiento o rechazo, se adquieren como resultado de la incorporación del individuo a los modos o costumbres de la sociedad y son considerados por algunos investigadores como representaciones psicológicas de la influencia de la sociedad en el individuo.

Gran parte de las definiciones de actitud anteriormente citadas consideran en mayor o menor grado, tres componentes claramente discernibles: Un componente cognoscitivo, otro afectivo y por último uno conductual.

Componente cognoscitivo: Para que se de una actitud en relación con un objeto determinado, es necesario que exista alguna representación cognoscitiva de dicho objeto (persona, cosa o evento), consistente en las percepciones que tiene un individuo

y sus criterios sobre sí mismo. Estos elementos cognoscitivos están constituidos por nuestras ideas, creencias y opiniones, respecto a la realidad que nos rodea, es decir, cosas que conocemos y de las que nos damos cuenta. De igual forma para que exista una carga afectiva o sentimental en favor o en contra de un objeto social definido, es necesario que exista también una representación de dicho objeto.

El individuo tiene necesidad de que sus diferentes cogniciones sean congruentes. Cuando una persona tiene dos cogniciones que se oponen entre sí, se genera un estado de tensión que se ha denominado Disonancia Cognoscitiva (Festinger, 1957), en donde la persona busca eliminar el malestar y la tensión que esta situación le produce, a través de agregar o modificar cogniciones que sean congruentes, para lograr así un estado de equilibrio o consonancia en una situación determinada.

Componente afectivo: Se refiere a los sentimientos de la persona en favor o en contra, y con respecto a un objeto social; aunque dos individuos tengan actitudes desfavorables ante un objeto, sus sentimientos personales en relación con el objeto pueden ser totalmente distintos, alguno de ellos podrá tener miedo del objeto y el otro sentir por el mismo objeto hostilidad o desprecio.

Se ha demostrado experimentalmente que hay congruencia entre los componentes cognoscitivos y afectivos de una actitud, y que si hay un cambio en uno de ellos, un cambio similar ocurrirá en el otro. De este modo, si cambiamos las características negativas de una categoría asociada con algún objeto, por ejemplo: El concepto que se tiene de que el niño o niña con Síndrome de Down es un ser agresivo, perezoso, testarudo, por algunas características positivas como serían: que son niños o niñas cariñosos, sociables, tiernos, etc., cambiará positivamente la reacción afectiva mostrada ante esta categoría específica.

Este cambio se ve influenciado por aspectos subjetivos de las vivencias propias, el valor que se les da a las personas con Síndrome de Down, qué se espera de ellas, e inclusive el temor que se puede originar por supersticiones o desconocimiento.

Esto comprueba lo que señalaba Rosenberg (1960, p. 39), "...La destrucción de la congruencia afectiva-cognoscitiva, a través de la alteración de cualesquiera de dichos componentes pone en movimiento a una serie de procesos de restauración de la congruencia los cuales, bajo ciertas circunstancias conllevarán una reorganización actitudinal a través de un cambio complementario en el componente previamente alterado...".

Componente conductual o de acción: Las actitudes sociales crean estados de predisposición a la acción, que al combinarse con una situación motivadora específica dan como resultado una conducta, por ejemplo: Retomando el caso del niño o niña con Síndrome de Down; si una persona sustenta criterios negativos sobre este grupo de niños o niñas, tenderá a rehuirlos o a rechazarlos, pero si sus criterios son positivos se sentirá dispuesto a aceptarlos y a apoyararlos para que lleguen a ser autosuficientes.

La adquisición de normas positivas de conducta facilitará la comprensión, aprobación, tolerancia, por consiguiente el respeto por parte de la sociedad hacia el niño o niña con Síndrome de Down, principales factores de la actitud de aceptación.

En conclusión podemos decir que: Las actitudes traen consigo, un elemento cognoscitivo que se refiere al objeto tal y como lo conoce el individuo; un elemento afectivo que se refiere al objeto como blanco de sentimientos en pro o en contra; y un elemento relativo a la conducta o el actuar que se refiere a la combinación del conocimiento y el afecto como generador de conductas en una determinada situación. Estos tres componentes están estrechamente relacionados, por lo tanto, un cambio en un componente, tiende a producir un cambio en los otros a fin de restaurar la coherencia dentro de la estructura de las actitudes.

Adquisición y formación de las actitudes.

Las actitudes se forman a través de la experiencia, comienzan en la familia, donde las actitudes son parte del proceso de introducción a las formas de la sociedad, proceso que se denomina socialización, éste consistirá principalmente en la adopción de actitudes y valores que estarán presentes en toda la vida del individuo. Por lo tanto, el mecanismo más general en la formación de actitudes, es la situación social por la que pasa el individuo desde que es niño o niña, y va más allá de la influencia de padres y maestros.

Hollander (1978, p. 138), menciona: "...En esencia hay tres pautas fundamentales mediante las cuales pueden adquirirse las actitudes.

- 1) El contacto directo con el objeto de la actitud: La experiencia directa que el individuo tiene con el objeto es uno de los factores más poderosos en la creación de actitudes, ya que ese primer contacto con el objeto de la actitud creará o modificará todas las actitudes del individuo.**
- 2) La interacción con los individuos que sustentan dicha actitud: Las actitudes dependen de la relación e interacción que se mantenga con otros individuos.**
- 3) A través de valores arraigados procedentes de la crianza en el seno de la familia y la experiencia a ella vinculada: Los adultos, generalmente los padres, suministran modelos o valores para la formación de la conducta en el niño, que le permitirá interactuar con otros individuos cuando sea adulto..."**

En general, la adquisición y desarrollo de actitudes se hallan profundamente marcadas por un proceso de aprendizaje que se cumple mediante la interacción social.

Como se mencionó, las actitudes desempeñan funciones específicas para cada individuo, ayudándole a formar una idea más estable de la realidad social en que vive, y al mismo tiempo para protegerlo de conocimientos no deseados que le causan conflicto, como lo demuestra la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva que explica de manera general la situación emocional que se presenta en los padres ante el nacimiento de un hijo o hija con Síndrome de Down.

11.- Teoría de la Disonancia Cognoscitiva.

En 1957 Festinger dio a conocer su teoría de la Disonancia Cognoscitiva que ha tenido una fuerte influencia en la Psicología Social de los últimos años, por las numerosas investigaciones y controversias que han surgido desde que fue publicada. El punto central de la Disonancia Cognoscitiva postula que el individuo intenta establecer armonía o congruencia entre sus opiniones, actitudes, conocimientos o valores, lo que Festinger denominó elementos cognoscitivos, estas unidades de información o elementos cognoscitivos se encuentran en estrecha relación de tal forma que tienden a ser consistentes, cuando estos elementos no se ajustan entre sí, la relación en la cual se encuentran es disonante.

Festinger define la disonancia como un estado de tensión poco comfortable, el cual se produce cuando entran en conflicto dos elementos cognoscitivos, es decir, si un conocimiento implica lo opuesto de lo que implica otro. La consonancia se presenta cuando dos elementos se encuentran en armonía o consonancia y uno implica lo mismo o se deriva del otro. Además, existe la posibilidad de una relación irrelevante cuando ninguno de los dos elementos implique algo acerca del otro.

La disonancia cognoscitiva puede surgir por cuatro fuentes principales:

- 1) Incoherencia lógica entre cogniciones.
- 2) Normas y costumbres culturales que no se ajustan con nuestras creencias o conductas.
- 3) Opiniones incoherentes con la acción.
- 4) Experiencias pasadas que no van de acuerdo con la situación particular presente.

La disonancia cognoscitiva motiva a la persona a tratar de buscar la manera de modificar su estado de desequilibrio cognoscitivo. La magnitud de la disonancia está en función de la relevancia y la proporción de los elementos cognoscitivos para la persona. Mientras mayor sea la importancia y más elevada la proporción de los elementos disonantes, mayor será la disonancia, y mientras mayor sea la magnitud de

la disonancia, mayor será la presión para reducirla. La disonancia sólo podrá ser reducida o eliminada cambiando el elemento cognitivo ambiental o añadiendo nuevos elementos cognoscitivos.

Estrategias que conducen a la reducción de la disonancia.

1) La disonancia entre dos elementos puede reducirse o eliminarse cambiando uno de los elementos, es decir, puede modificarse el conocimiento relacionado con la acción o el sentimiento que representa el elemento conductual, dado que la conducta del individuo cambia, los elementos cognoscitivos relacionados a ella también cambian.

2) Otra forma de reducir la disonancia es cambiando el elemento cognoscitivo ambiental, es decir, modificar la situación física o social a la que pertenece la persona. Esta forma de reducir la disonancia es más difícil que cambiar la conducta, si la persona no tiene control sobre el ambiente social.

3) Incorporar nuevos elementos cognitivos acordes con la situación. La introducción de nuevas cogniciones reduce la disonancia, cuando las cogniciones introducidas aumentan el valor de una de las cogniciones ya existentes o cuando las nuevas cogniciones alteran la importancia de los elementos cognitivos que se encuentran en relación disonante.

12.- Situaciones que conducen a la disonancia.

1) Situaciones de elección libre: En estas, la persona tiene que elegir entre dos objetos que le son igualmente atractivos. Ante esa situación, la persona tomará una decisión que le hará entrar en disonancia puesto que los rasgos del objeto rechazado que son más atractivos para el sujeto, se convierten en inconsistentes con la opción elegida. En este caso, la magnitud de la disonancia estará determinada por la importancia que representa para la persona esa decisión y por el grado de atracción que experimente hacia la opción no elegida. La disonancia podrá ser reducida revocando la decisión, lo cual tendrá poco resultado ya que esta acción puede por lo general incrementar la disonancia, otra alternativa para reducir la disonancia es aumentar los rasgos atractivos de la opción seleccionada, disminuyendo al mismo tiempo la atracción de la opción rechazada. Festinger (1957, p. 17), señala: "...Que mientras más grande sea el conflicto antes de la elección, mayor será la disonancia posterior...".

2) Situaciones de acuerdo forzado: En ocasiones las condiciones sociales obligan a la persona a hacer algo que en realidad no quiere hacer, porque va en contra de sus convicciones, valores, actitudes o deseos propios. Tal situación producirá tensión y por

lo tanto disonancia en la persona, cuya magnitud dependerá del grado en que su conducta abierta se desvíe de sus creencias.

García, B. (1982, p. 198), señala: "...Que entre más relaciones disonantes existan, mayor será la disonancia, si los elementos de la relación son relevantes para el sujeto...".

3) Exposición a una información voluntaria o involuntaria: En primer lugar, hay condiciones en las cuales las personas tienden a buscar información que sea relevante a una acción que deben realizar. En este proceso las cogniciones adquiridas por la información obtenida pueden entrar en disonancia al no corresponder con los valores, creencias y opiniones; en segundo lugar, en el caso de que la persona reciba el impacto de la información sin intentar obtenerla, puede ser disonante con las cogniciones ya existentes, esta exposición involuntaria a una información puede derivarse de diferentes circunstancias:

a) La exposición puede ser meramente accidental.

b) La persona puede estar expuesta a una información irrelevante en términos de que no la buscó o no la necesita, y es una de las formas más frecuentes de producción de disonancia.

c) En otras situaciones, se obliga a la persona a exponerse a una información, la cual le provee de cogniciones que pueden ser disonantes.

d) La información puede provenir de la interacción con otras personas y se vuelve disonante cuando es contraria a nuestras propias opiniones.

4) El grupo como fuente de disonancia: De acuerdo a Festinger, la fuente principal de disonancia cognoscitiva para el individuo y el vínculo para eliminarla o reducirla, es el grupo. Así, la disonancia puede provenir de la información y las opiniones comunicadas por otros, los cuales pueden introducir nuevos elementos cognoscitivos disonantes con las cogniciones ya existentes, una de las formas más efectivas de eliminar la disonancia es desechar una serie de elementos cognitivos en favor de otros lo cual puede realizarse sólo algunas veces, si se encuentran otras personas quienes concuerden con las cogniciones que una desea retener y mantener.

Como se señaló anteriormente, una forma de reducir la disonancia cognoscitiva, es la adquisición de nuevas cogniciones, entendiendo como cogniciones aquellos conocimientos que nos permiten comprender algún problema.

Como medio de adquirir nuevos conocimientos que permitan comprender la problemática del Síndrome de Down los padres recurren a las escuelas de educación especial como instancias de apoyo, buscando opciones para que su hijo o hija con Síndrome de Down logre mejores expectativas de vida.

Con base en lo anterior, a continuación se señalan algunas perspectivas de educación en México para el niño o niña con Síndrome de Down.

13.- Perspectivas actuales de educación en México.

La educación básica en México con el transcurso de los años, al igual que la sociedad se ha ido transformando, de ser una educación elitista, sólo para clases minoritarias se extiende a clases mayoritarias. Sin embargo, al pretender homogeneizar la población, la escuela pública se convirtió en segregadora, por lo tanto a la escuela pública sólo ingresaban los "educables", quedando fuera de ella los deficientes mentales, sordos, ciegos, mudos o con deficiencias neuromotoras.

A partir de esta situación surgió la educación especial como estrategia integradora, que atendiera a todos los niños o niñas con alguna alteración física o mental.

En la actualidad los conceptos de calidad educativa han ido cambiando, y en base a los principios de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, U. N. E. S. C. O., " Declaración Mundial Sobre Educación Para Todos" (1978-1982), la escuela pública básica debe ser un derecho para toda la población, bajo ningún pretexto debe ser excluyente y tiene que ser integradora.

En este marco, en 1994, la Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública en México, difunde su política a través del documento titulado "Proyecto General para la Educación Especial en México".

Los fines de dicha política de educación, intentan promover, además de los principios educativos estipulados en el artículo 3º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, entre otros, los siguientes:

- 1.- La educación especial debe cumplir con el imperativo de ser considerada una modalidad de la educación básica y abandonar su condición segregadora de nivel especial.
- 2.- La educación especial no debe quedar marginada de los criterios globales de calidad educativa.
- 3.- La calidad educativa permite mejorar el servicio público de educación bajo el criterio de "ningún concepto de exclusión", que incluye "las necesidades educativas especiales".

4.- No se trata de cancelar los servicios de educación especial, sino de permitir que los alumnos con requerimientos de educación especial se integren gradualmente a una escuela de calidad que cumpla con sus derechos.

5.- El programa de integración deberá estar concebido como un programa de desarrollo institucional.

6.- Los servicios educativos, incluidos los de educación especial, permiten acercar las soluciones al lugar donde se generan los problemas.

7.- La integración educativa del sujeto con necesidades especiales requiere de una ley no discriminatoria.

8.- La integración escolar es fundamental para la integración social, y ésta debe formar parte de un programa integral que trascienda los aspectos escolares. S. E. P. - D. E. E. (1994).

Este proyecto se reviste de importancia debido al elevado porcentaje de personas con discapacidad a nivel mundial, un 10% ó más, se considera que para el año 2000 el número de personas con discapacidad será de 600 millones, lo cual representa un grupo que demanda cambios que los hagan formar parte de la sociedad en igualdad de condiciones, lo que sustenta el principio de normalización.

Normalización.

La normalización es un principio aplicable a las personas con necesidades especiales, que recalca la importancia de vivir en condiciones consideradas "normales", tanto como sea posible. En estas circunstancias se encuentran las personas que padecen Síndrome de Down.

Por motivos muy diversos, históricamente y aún en la actualidad estas personas han sido rechazadas, segregadas o por lo menos tratadas de manera diferente en su propia familia y en el medio que les rodea. No se les ha permitido desarrollar sus capacidades, impidiéndoles responder a las exigencias de una sociedad que les pide más de lo que pueden dar, siendo excluidos o segregados de su medio, por lo que se ve afectada su necesidad de pertenencia, propia del ser humano. El rechazo y la exclusión del grupo, sea este familiar o social, causa inseguridad que a su vez, afecta de manera negativa su sensación de realización por la carencia de logros obtenidos en relación con el mundo que les rodea.

Algunas conductas negativas de las personas que tienen Síndrome de Down como serían el retraimiento y la agresividad pueden tener su origen en la insatisfacción de sus necesidades de pertenencia, aceptación y participación.

El principio de normalización puede ayudar a los padres, maestros, psicólogos y trabajadores sociales en su tarea de aliviar los conflictos y tensiones en el seno de la familia creados por los niños o niñas con necesidades especiales, al igual que los niños o niñas con Síndrome de Down.

Integración.

El concepto integración en su acepción moderna, es la estrategia que se utiliza durante la edad del desarrollo para lograr la normalización. La integración tiene una connotación más específicamente educacional, ya que tendrá lugar con la formación sistemática de la persona con requerimientos de educación especial. S. E. P. - FONAPAS (1981, p. 25).

Integración es el proceso de incorporar física y socialmente dentro de la comunidad a las personas que están segregadas y aisladas. Significa ser miembro activo de la sociedad, viviendo donde otros viven, viviendo como los demás y teniendo los mismos privilegios y derechos que cualquier otra persona (De Lorenzo, 1986)

Tipos de Integración.

Steenlandt (1991, p. 49) señala: "...Se pueden observar diferentes tipos de integración. En la siguiente clasificación se describen cuatro formas de integración. Cada una constituye un requisito para pasar a la subsecuente, que reflejará un mayor grado de integración y consiguientemente, condiciones de vida más normalizadas.

- 1) *Integración física:* Reducción de la distancia física entre las personas con o sin discapacidad.
- 2) *Integración funcional:* Utilización de los mismos medios y recursos por parte de las personas con o sin discapacidad, de forma separada o simultáneamente.
- 3) *Integración social:* Acercamiento psicológico y social entre ambos grupos. Los discapacitados forman parte de una misma comunidad con los no discapacitados, hay contacto espontáneo y regular, estableciéndose lazos afectivos.
- 4) *Integración societal:* Ultimo eslabón en la integración. Las personas discapacitadas tienen las mismas posibilidades legales-administrativas de acceso a los recursos sociales, de influir en su propia situación, de realizar un trabajo productivo....".

Todos estos niveles de integración se desarrollan en el marco familiar, escolar, laboral y en el marco de la sociedad.

Concepto de integración escolar.

La escuela es el ámbito con el cual tiene que enfrentarse el niño o niña con discapacidad después del ambiente de la familia. Y como señala Menereo (1985, p. 26) "...De la prontitud y adecuación con que se produzca la entrada del niño excepcional en el sistema escolar ordinario, dependerá con toda seguridad, el futuro éxito de su integración social...".

En términos generales se puede decir que la integración educativo-escolar se refiere al proceso de educar-enseñar juntos a niños o niñas con o sin discapacidad, durante un tiempo o en su totalidad. De preferencia se debe iniciar al detectarse el padecimiento o a nivel de enseñanza preescolar, continuando hasta la formación profesional o estudios superiores.

La integración educativa debe ser un proceso gradual y dinámico que puede tomar distintas formas en relación a las necesidades y habilidades de cada estudiante. Es importante señalar que la integración de un niño o niña con discapacidad debe darse a partir de una estrecha colaboración entre los padres, personal educativo regular y el especializado, con el fin de adecuar los medios de enseñanza a las necesidades individuales del estudiante con discapacidad y por tanto con necesidades educativas especiales.

Desafortunadamente no todos los niños o niñas con necesidades de educación especial serán susceptibles de integrarse a la escuela regular, pudiéndose incorporar a escuelas regulares sólo aquellos niños o niñas de escuelas especiales que han logrado un nivel de desplazamiento, comunicación y desarrollo que les permita desenvolverse en el ámbito escolar.

Quienes no logren desempeñarse adecuada y satisfactoriamente en la integración recibirán educación en las escuelas especiales de educación básica, Centros de Atención Múltiple (C. A. M.), para la satisfacción de aprendizajes básicos, para su autónoma convivencia social y productiva (Guajardo, 1994).

La posición expresada por la U. N. E. S. C. O. señala que la integración escolar de niños o niñas con discapacidad conlleva un proceso de reforma total del sistema educativo tradicional, y no únicamente significa reducir las diferencias de los discapacitados para que puedan asistir a escuelas comunes.

Para lograr un verdadero progreso hay que aceptar y corregir las fallas del sistema escolar ordinario, que no puede satisfacer las necesidades especiales del alumno o alumna con discapacidad (Steenlandt, 1991).

La U. N. E. S. C. O. (1988, p. 18) señala: "...Por este motivo, la integración debe considerarse en términos de reforma del sistema escolar, cuya meta es la creación de

una escuela común que ofrezca una educación diferenciada para todos, en función de sus necesidades y en un marco único y coherente de planes de estudio...”.

El Ministerio de Educación y Ciencia de España, (1986, p. 41) señala: “...La integración trata de una nueva visión de la escuela más acorde con la función social y educativa de favorecer el desarrollo de todos los alumnos de acuerdo con sus características personales y las de su entorno. Se trata de una concepción de escuela abierta a la diversidad...”.

En Mayo de 1992, se firma el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, a partir de este momento da inició el reordenamiento de la Secretaría de Educación Pública en México, con el propósito de elevar la calidad de los servicios educativos de la nación. La profunda transformación de la educación básica que se ha gestado en el país a partir del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, la modificación del Artículo 3° Constitucional y la Ley General de Educación ofrece también para la educación especial, una gran oportunidad de innovación y cambio. (Guajardo 1994).

Para dar cumplimiento a los preceptos establecidos en los documentos que norman la política educativa nacional, la Dirección de Educación Especial elaboró el Proyecto General para la Educación Especial en México, en marzo de 1993.

14.- La educación especial, una alternativa para atender educativamente al niño o niña con Síndrome de Down y como apoyo para los padres.

En 1971 se crea en México, por decreto presidencial la Dirección de Educación Especial que planea, organiza, controla y evalúa las actividades de los servicios de educación especial a la vez que promueve el desarrollo de la misma en toda la república con el respaldo de la Secretaría de Educación Pública.

Apoya el establecimiento de servicios de educación especial en los sectores público y privado, supervisa el cumplimiento de las normas establecidas, impulsa la divulgación de la problemática de los sujetos con necesidades educativas especiales para una mejor comprensión de la misma y orientación a los padres.

La educación en México está regida por los principios establecidos en el artículo 3° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Así como la educación especial está fundamentada en el artículo 41 de la Ley General de Educación (1993), que señala:

"...La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como aquellos con aptitudes sobresalientes. Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social.

Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular. Para quienes no logren esta integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva.

Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a alumnos con necesidades especiales de educación..."

Es imprescindible contar con la colaboración y trabajo de los padres, ya que ellos serán los encargados de realizar el programa de ejercicios y actividades fuera del aula para que el niño o niña con necesidades educativas especiales pueda desarrollar al máximo sus potencialidades.

Las opciones de atención educativa que ofrece la Dirección de Educación Especial son las siguientes:

- 1) Centros de Atención Múltiple.
- 2) Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular.

A partir del ciclo escolar 1995-1996 se adopta la Curricula de Educación Básica en todos los Servicios Escolarizados de Educación Especial.

Los Servicios Escolarizados de Educación Especial, Escuelas, Centros de Intervención y Centros de Capacitación se reorientaron a Centros de Atención Múltiple (C. A. M.), con el propósito fundamental de que puedan tener acceso los alumnos o alumnas con necesidades educativas especiales que no logren acceder o integrarse en los centros educativos regulares.

A continuación se dará una breve explicación de los Centros de Atención Múltiple.

"...Centro de Atención Múltiple, (C. A. M.) es la institución educativa que ofrece Educación Básica para alumnos que presentan necesidades educativas especiales con o sin discapacidad en el marco de la Ley General de Educación...". S. E. P., D. E. E. (1997, p. 18).

Los Centros de Atención Múltiple son centros destinados a la educación y evaluación de niños o niñas que presentan necesidades educativas especiales definitivas o transitorias con alguna discapacidad como serían: Deficiencia mental, dificultades de aprendizaje, trastornos de audición, deficiencias visuales, deficiencias neuromotoras,

con problemas de lenguaje o para alumnos o alumnas integrados a la escuela regular que requieran apoyo psicopedagógico o de lenguaje. Con los niveles de Intervención Temprana, Preescolar, Primaria y Centro de Capacitación de Educación Especial (CECADEE).

La inscripción se dará a aquellos aspirantes cuya evaluación diagnóstica compruebe la existencia de algún problema de aprendizaje, lenguaje y/o conducta.

Los Centros de Atención Múltiple operan de acuerdo a las disposiciones emitidas por la Secretaría de Educación Pública y la Dirección de Educación Especial, los planes de estudio, el calendario y el horario escolar se basan en los lineamientos de la misma Secretaría. En turnos matutino o vespertino deben cubrir cuatro horas y media diariamente. En el área de capacitación laboral el turno es continuo de ocho horas diarias. A nivel de Educación Primaria la atención ocupacional se impartirá en los grados de 3° a 6° con una duración de dos horas diarias adicionales.

Los Centros de Atención Múltiple están orientados a lograr la integración Educativa, Laboral y Social, de acuerdo a las características y potencialidades de los educandos.

Los Centros de Atención Múltiple funcionan en su modalidad de Preescolar con dos grados, 1° y 2°; a nivel Educación Primaria existen seis grados, de 1° a 6° al igual que la educación regular.

La organización dentro de los Centros de Atención Múltiple para atender niños o niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad se lleva a cabo mediante el uso de la currícula de educación básica para el nivel de primaria, organizada en grados de primero a sexto, igual para todos durante los seis años, donde cada profesor llega a atender de uno a veinte alumnos, realizando adecuaciones curriculares a fin de cubrir los objetivos de los planes de estudios. Páez (comentario personal, Noviembre 23, 1996).

Organización de los Centros de Atención Múltiple (CAM).

La estructura organizativa del Centro de Atención Múltiple está formada por un Director y un Equipo Multiprofesional conformado por Maestros de Grupo Básico, Maestros de Taller y Maestros de Grupo Complementario y un Equipo de Apoyo.

El director del CAM organiza, controla y dirige todas las actividades administrativas y psicopedagógicas que se realicen con la población a su cargo, así como observar el buen desempeño de los maestros de grupo y el equipo de apoyo técnico.

El equipo de apoyo está formado por un Psicólogo, Maestro de Lenguaje, Trabajador Social, Pedagogo y otros.

La función del Trabajador Social es coordinar la vinculación de la escuela, la familia y la sociedad para mejorar el desarrollo psicosocial de los niños o niñas con necesidades especiales de educación.

El Pedagogo tiene la función de orientar al personal docente sobre los procedimientos didácticos adecuados para el buen desarrollo del aprendizaje en el alumno o alumna. El Psicólogo elabora y aplica estrategias de intervención psicológica tanto a nivel grupal como individual para la atención de los problemas del alumnado, orienta a los padres y a la familia de los niños o niñas con necesidades educativas especiales desde una perspectiva psicopedagógica.

El Maestro de lenguaje presta atención a nivel individual y/o grupal a los alumnos o alumnas que presentan problemas de lenguaje.

Los maestros de grupo, Maestro de taller, Maestro de problemas de aprendizaje, Maestro especialista en el área de CECADEE, aplican las propuestas pedagógicas formuladas por la Secretaría de Educación Pública en base a las guías curriculares de educación básica y de acuerdo a las características cognitivas y afectivas de los niños o niñas con necesidades especiales de educación supervisadas por el equipo de apoyo técnico.

El Director del Centro de Atención Múltiple junto con los Maestros de Grupo y el Equipo de Apoyo identifican al alumno o alumna con necesidades educativas especiales en base a la edad, a los perfiles de competencia cognoscitiva y socio-adaptativa y a la entrevista personal con sus padres para ubicarlo en un grupo específico.

En algunos Centros de Atención Múltiple se pueden aceptar niños o niñas desde los cuarenta y cinco días de nacidos quienes ingresan a los grupos de intervención temprana. Entre los cuatro y cinco años ingresan a preescolar y son evaluados mediante las observaciones del maestro, quien describirá los logros alcanzados por el alumno o alumna en cada uno de los aspectos que conforman las áreas curriculares. Posteriormente ingresan a primaria donde adicionalmente a las descripciones, el maestro anotará las observaciones significativas sobre el desarrollo del niño o niña y sugerencias para los padres de familia que propicien su participación en la formación integral de los educandos. La guía curricular de educación básica será utilizada con algunas adecuaciones según las características de cada alumno o alumna.

Las adecuaciones curriculares son acomodaciones o ajustes en el programa curricular básico de acuerdo a las necesidades y posibilidades de los alumnos o alumnas (S. E. P., D. E. E., 1997).

Una vez que el alumno ha adquirido una serie de aprendizajes útiles, éste ingresa a otros centros de adiestramiento manual, generalmente a los dieciséis años, teniendo varias posibilidades: algunos ingresan a los Centros de Atención Múltiple dedicados a

la capacitación, antes Centros de Capacitación de Educación Especial, CECADEE, cuando no hay otra opción educativa, para perfeccionar sus labores manuales y posteriormente ingresar a una industria común o a diversos centros de trabajo. Otros, conforme al compromiso educativo institucional, pueden ingresar al Centros de Capacitación Tecnológica e Industrial, CECATI

* Centros de Atención Múltiple dedicados a la capacitación, antes (CECADEE).

Son centros que cuentan con talleres donde los jóvenes con necesidades educativas especiales pueden capacitarse en uno o varios de los diferentes oficios con que cuentan estos centros para que posteriormente se incorporen a un centro de trabajo. Logrando de este modo realizar una vida lo más normal posible (S. E. P., 1993).

* Escuela Especial Particular.

Otra alternativa son las escuelas particulares de educación especial que para la presente investigación serán representadas por la Comunidad Down.

Comunidad Down: La Comunidad Down se formó en 1976 por un grupo de padres de familia que tenían niños o niñas con Síndrome de Down. Esta institución se sostiene con las aportaciones de los padres de familia en un 50% y el resto lo obtienen de donativos y de la venta de los productos que elaboran.

Los servicios con los que cuentan son de Estimulación temprana, Educación preescolar y Educación escolar, como también Capacitación para adolescentes y adultos en los siguientes talleres: Panadería, cocina, máquinas, artesanías manuales.

El horario de la escuela es de 9:30 a 14:00 horas y el horario de los talleres es de 14:00 a 16:30 horas, diariamente.

Los niños o niñas son recibidos desde los quince días de nacidos hasta adolescentes.

Se utilizan los programas de la Secretaría de Educación Pública, los cuales se han modificado para adecuarlos a las necesidades y potencialidades de los niños o niñas que asisten a la Comunidad Down.

Se trabajan las áreas motoras gruesa y fina, socialización, lenguaje y las áreas académicas que consisten en la prelectoescritura, lectoescritura, autosuficiencia, higiene personal, conocimiento del calendario y noticias, actividades de la vida diaria y actividades deportivas como: fútbol, gimnasia y natación; como actividades socializadoras, se manejan el baile y la música.

Mensualmente se reúne la Escuela para Padres, en donde los padres conviven y comparten sus experiencias, brindando apoyo a los padres que se integran a la comunidad.

La organización de la Comunidad Down está conformada por el director, maestros especialistas en lenguaje y deficiencia mental, terapeutas físicos y para estimulación temprana, psicólogos y un médico (Del Villar, 1988).

15.- Comentarios finales.

La revisión teórica realizada a lo largo de esta investigación ha pretendido, por un lado, analizar y confrontar diversos factores relacionados con la aceptación del niño o niña con Síndrome de Down, tanto en el aspecto familiar como en el aspecto social, y por otra parte, dar a conocer algunas alternativas dirigidas a la población infantil con Síndrome de Down.

Al respecto se pudo apreciar que faltan investigaciones que permitan explorar los factores que intervienen en la aceptación del niño o niña con Síndrome de Down.

Promover este tipo de investigaciones brindaría apoyo a los padres de acuerdo a sus propias necesidades y a lograr un mayor entendimiento con el niño o niña con Síndrome de Down, este entendimiento conllevaría en si mismo, lograr la aceptación plena del hijo o hija con Síndrome de Down, porque la aceptación no solamente debe ser física y racional sino también emocional. Esto es de vital importancia, porque no obstante que día a día se incrementan los programas de estimulación del niño o niña con Síndrome de Down, estos programas no resultan favorables si el niño o niña se siente rechazado por las personas que le rodean.

Una opción, es la normalización, que se basa en el principio de que el niño o niña con Síndrome de Down debe desenvolverse en un ambiente lo más normal posible, y de esta manera, facilitar su integración familiar y social.

Esta perspectiva se perfila como una realidad, pero desafortunadamente, aun no es del todo evidente dado el escaso apoyo que se brinda a las personas con Síndrome de Down.

En México no se ha evaluado adecuadamente el beneficio de la integración del niño o niña con Síndrome de Down, por lo cual, nuevamente es necesario apoyar y promover el desarrollo de investigaciones tendientes al análisis de dicha situación, y que proporcionen los elementos necesarios para impulsar la elaboración de programas viables para atender la problemática de los niños o niñas con Síndrome de Down.

Para finalizar, únicamente resta señalar que los parámetros que guiaron el presente estudio fueron inspirados por algunas aportaciones presentadas en el Primer Congreso sobre Deficiencia Mental (1981) con sede en la Cd. México y que son:

- * La deficiencia mental no es una limitación absoluta en el proceso de desarrollo del niño o niña con Síndrome de Down.
- * Es necesario preparar al niño o niña con Síndrome de Down para su autonomía desde la primera infancia, apoyándose fundamentalmente en sus posibilidades y no en sus limitaciones.
- * El individuo con Síndrome de Down es, antes que nada, una persona que puede vivir y trabajar en la comunidad según sus capacidades, con derechos y responsabilidades que deben reconocérseles.
- * Es necesario un cambio de actitud que permita aprender a escuchar a las personas con Síndrome de Down, sus deseos, necesidades y asegurar su participación en las decisiones que afecten su presente y su futuro.
- * Para lograr la integración familiar y social, y la participación de las personas con Síndrome de Down, se requiere que todas las acciones se realicen dentro de un marco de aceptación que les asegure la posibilidad de una vida digna.

Siguiendo las ideas anteriormente planteadas y tomando en consideración que la aceptación es un elemento importante en el desarrollo de los niños o niñas, con el presente estudio se desea puntualizar la necesidad de un cambio de actitud de los padres hacia sus hijos o hijas con Síndrome de Down, para lo cual se ha considerado necesario determinar la influencia del nivel socio-económico en el grado de aceptación del niño o niña con Síndrome de Down por parte de sus padres.

II METODO.

1.- Planteamiento del problema.

En las dos últimas décadas ha cobrado gran importancia la integración a la sociedad de niños y niñas, hombres y mujeres que presentan alguna discapacidad (intelectual, física o motora), esto ha impulsado a los profesionales a realizar programas de apoyo dirigidos a padres, maestros, etc., en un esfuerzo por promover y facilitar la integración dentro de los distintos ámbitos de acción (familia, escuela, sociedad), por considerarla un factor importante en el desarrollo emocional e intelectual de las personas que presentan requerimientos especiales o alguna discapacidad. En este contexto se encuentra el niño o niña con Síndrome de Down. En el presente estudio se considera que existe un factor sumamente importante para lograr la integración, es el hecho de que el niño o niña debe ser aceptado y esta aceptación debe iniciarse en el núcleo familiar.

Sin embargo, se sigue observando el rechazo del niño o niña con Síndrome de Down tanto por sus padres como por la sociedad.

Con base en lo anterior, en este estudio se comparó y analizó si existen diferencias en la actitud de aceptación de los padres hacia su hijo o hija con Síndrome de Down asociadas al nivel socio-económico, el nivel de escolaridad, la edad, el sexo de los padres; el lugar que ocupa el niño o niña dentro de la familia y al tipo de escuela a la que asiste.

El mejor entendimiento de estos factores y el papel que desempeñan en la relación padres-hijo o padres-hija puede ayudar a establecer estrategias adecuadas en apoyo a los padres que tienen un hijo o hija con Síndrome de Down para que proporcionen al niño o niña una atención apropiada a sus necesidades.

2.- Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis.

La actitud de aceptación del niño o niña con Síndrome de Down por parte de sus padres, interpretándose como tolerancia, respeto comprensión y aprobación, se ve influida por el nivel socio-económico, el nivel de escolaridad, la edad y el sexo de los padres, así como por el lugar que ocupa el niño o niña en la familia.

La actitud de no aceptación del niño o niña con Síndrome de Down por parte de sus padres, ya sea de manera manifiesta, que representa el rechazo; o en forma encubierta, considerándose como sobreprotección, también se ve influida por el nivel socio-económico, el nivel de escolaridad, la edad y el sexo de los padres, así como por el lugar que ocupa el niño o niña en la familia.

III,

Existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al tipo de escuela a la que asiste el niño o niña.

H0,

No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al tipo de escuela a la que asiste el niño o niña.

III,

Existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al nivel socio-económico de los padres.

H0,

No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al nivel socio-económico de los padres.

III,

Existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al nivel de escolaridad de los padres.

H0,

No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al nivel de escolaridad de los padres.

III,

Existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo a la edad de los padres.

H0,

No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo a la edad de los padres.

III,

Existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al sexo de los padres.

H0,

No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al sexo de los padres.

III,

Existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al lugar que ocupa el niño o niña en la familia.

II0,

No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al lugar que ocupa en niño o niña en la familia.

3.- Variables.

Variable dependiente.

Aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down por sus padres, medida a través de la puntuación obtenida en la escala de actitudes de tipo Lickert elaborada para este estudio.

Variabes independientes.

- * Tipo de escuela a la que asiste el niño o niña con Síndrome de Down.
- * Nivel socio-económico de los padres.
- * Nivel de escolaridad.
- * Edad.
- * Sexo.
- * Lugar que ocupa el niño o niña en la familia.

Definición conceptual de variables.

Aceptación.

"...El término aceptación se emplea como sinónimo de aprobación, aprobar, dar por bueno. Implica una actitud positiva de acogida hacia algo o hacia alguien. Para C. Roger la aceptación es el resultado de la combinación de las actitudes de tolerancia, respeto y comprensión empática que se fusionan en una actitud de acogida. La aceptación origina conductas de acercamiento o aproximación y procesos de identificación con lo aceptado...". (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1986, p. 47).

No aceptación.

"...Se origina cuando la razón de los padres identifica al hijo como algo dañino o malo y por lo tanto la voluntad tiende a rechazarlo...". Bolio (1968, p. 13).

Tipo de escuela.

Centros de Atención Múltiple, C. A. M., (Escuela de educación especial).

Agrupar lo que fueron las Escuelas de Educación Especial dependientes de la Secretaría de Educación Pública destinados a la educación y evaluación de niños o niñas que presentan necesidades educativas especiales permanentes o transitorias y que pueden estar presentes en niños o niñas con alguna discapacidad como serían: Deficiencia mental, dificultades de aprendizaje, trastornos de audición, deficientes visuales, deficiencias neuromotoras, etc..

Escuela Especial Particular, Comunidad Down.

Institución educativa particular que elabora sus programas de acuerdo a la currícula básica y dirigidos a las necesidades de la población con Síndrome de Down que por presentar alguna limitación o incapacidad no asiste a las escuelas regulares

Nivel socio-económico de los padres.

De acuerdo a la definición y clasificación de Tobón, Rottier y Manrique (1986, p. 308). "...División múltiple de clases en un esquema de estratificación dividido en seis estratos denominados: Clase baja inferior, Clase baja superior, Clase media inferior, Clase media, Clase media superior, Clase alta...".

Para la clasificación socio-económica propiamente dicha, se consideraron los siguientes criterios de evaluación: ingresos mensuales de los padres, número de miembros de la familia, nivel de escolaridad, vivienda y ocupación de los padres, asignándole a cada característica un número de puntos que en conjunto permitieran clasificar el nivel socio-económico de los padres participantes.

Definición operacional de variables.

Aceptación.

Para el presente estudio y de manera operacional la variable aceptación fue determinada mediante los puntajes obtenidos por los padres de los niños o niñas con Síndrome de Down, en la escala de Lickert creada exprofeso para esta investigación.

en donde se señala que a mayor puntaje, mayor aceptación y viceversa, a menor puntaje, menor aceptación.

No aceptación.

La actitud de no aceptación del niño o niña con Síndrome de Down por parte de sus padres, se da a dos niveles: manifiesta, que representa el rechazo; o como sobreprotección que es la forma encubierta. Fue determinada mediante los extremos de la curva de Gauss, los cuales denotaron la actitud de no aceptación de los padres de niños o niñas con Síndrome de Down, ya sea manifiesta o encubierta.

4.- Sujetos.

Participaron sesenta padres de familia elegidos en forma no probabilística, que tienen un hijo o hija con Síndrome de Down que asiste a un Centro de Atención Múltiple, (C. A. M.) o a una escuela especial particular, (Comunidad Down) ubicadas en el Distrito Federal. El único requisito para poder participar en este estudio es tener un hijo o hija con dicho síndrome en una de las escuelas seleccionadas y estar dispuestos a colaborar en forma voluntaria.

5.- Escenario.

Las instalaciones asignadas por las Instituciones fueron salones de clases.

6.- Tipo de estudio.

Se realizó un estudio comparativo de campo, para propiciar un análisis de la interacción de las variables sobre la actitud de aceptación de los padres hacia sus hijos o hijas con Síndrome de Down.

7.- Muestra.

Se utilizó un muestreo por cuotas que consistió en treinta padres de un hijo o hija con Síndrome de Down que asiste a uno de los Centros de Atención Múltiple, (C. A. M.) seleccionados y treinta padres de un hijo o hija con Síndrome de Down que asiste a la escuela particular de educación especial seleccionada.

8.- Diseño.

Se empleó un diseño de dos muestras independientes dada la necesidad de hacer una comparación entre dos grupos de padres, por medio de una escala de actitudes y poder establecer las relaciones entre las variables planteadas y así tratar de dar respuesta a los cuestionamientos formulados en el planteamiento del problema.

9.- Instrumento.

En la presente investigación y con el objeto de dar respuesta al problema planteado, se creó un instrumento para obtener datos sobre las actitudes de aceptación de los padres hacia su hijo o hija con Síndrome de Down. De acuerdo a la definición de aceptación del Diccionario Enciclopédico de Educación Especial (1986, p. 47), se tomaron los cuatro componentes, que son: aprobación, comprensión, respeto y tolerancia, para la formulación de ciento veinte preguntas relevantes a la actitud que se deseaba medir.

Para obtener la confiabilidad del instrumento, éste se sometió al criterio de diez jueces, especialistas en educación especial, a quienes se les solicitó evaluar seis aspectos específicos de cada una de las preguntas formuladas: Claridad del lenguaje; Relevancia de la pregunta hacia la actitud que se deseaba medir; Si la pregunta proporcionaba la información adecuada; Si la redacción de la pregunta fue correcta; Si la pregunta presentó ambigüedad, y por último, Si consideraban que la pregunta tenía una fuerte carga emocional que impidiera ser contestada.

10.- Procedimiento.

1) Elaboración del instrumento de valoración de actitudes.

La creación del instrumento final pasó por dos momentos preliminares.

Originalmente se creó un instrumento para obtener datos sobre las actitudes de aceptación de los padres hacia su hijo o hija con Síndrome de Down, que constaba de ciento veinte preguntas relevantes a la actitud que se deseaba medir (Anexo 1).

Para obtener su confiabilidad, el instrumento se sometió al criterio de diez jueces, especialistas en educación especial, a quienes se les solicitó evaluar seis aspectos del instrumento. (Mayor información en el apartado análisis de la validación del instrumento, pp. 59-60). (Anexo 2).

Tomando como base la moda estadística, se eliminaron sesenta preguntas del banco original. De esta manera, el instrumento final quedó conformado por sesenta preguntas. Treinta preguntas de tendencia positiva y treinta preguntas de tendencia negativa (Anexos 3 y 4).

El instrumento final fue una escala tipo Lickert, que se complementaba con los datos socio-económicos de los padres, con los cuales se determinó el nivel socio-económico de cada uno de los participantes, tomando como parámetro la clasificación de Tobón y Rottier (1986) (Anexos 5 y 6).

2) Selección de escuelas.

Una vez estructurado el instrumento final, se solicitó el apoyo de la Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública para tener acceso a los Centros de Atención Múltiple, C. A. M. En el sistema educativo particular se solicitó su apoyo en forma directa a la Comunidad Down, para la aplicación a una muestra de treinta padres o madres de niños o niñas con Síndrome de Down en cada tipo de escuela.

Obtendida la autorización de los directivos de las escuelas seleccionadas se citó a los padres participantes en sus respectivas escuelas, previo acuerdo. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en forma colectiva o individual, según las posibilidades y en las áreas asignadas por la escuela, con la finalidad de obtener un control de los padres y contar con un espacio físico adecuado para la ejecución del instrumento.

3) Aplicación del instrumento.

La aplicación del instrumento se inició agradeciendo su participación a los padres y enfatizando que la información que proporcionaban sería confidencial y con fines de investigación exclusivamente. Acto seguido se dieron las instrucciones a los padres para que dieran respuesta al instrumento elaborado para el presente estudio, señalándoles que constaba de dos partes, la primera, formada por datos propios de los padres, como edad, sexo, nivel de escolaridad, ingresos mensuales, tipo de vivienda, ocupación, número de miembros en la familia y lugar que ocupa el niño o niña con Síndrome de Down dentro de la misma; la segunda parte, consistente en una escala de actitudes con cinco opciones de respuesta que permitirían evaluar la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down.

Las opciones de respuesta son:

- TA Total acuerdo.
- A Acuerdo.
- I Indiferente.
- D Desacuerdo.
- TD Total desacuerdo.

Como este tipo de cuestionario en ocasiones puede prestarse a confusión, fue necesario poner un ejemplo, se aclararon dudas y se procedió a entregar los cuestionarios, indicándole a los padres que contaban con cincuenta minutos para anotar sus respuestas, una vez terminado, se les agradeció su participación, señalándoles que se podían retirar.

Las respuestas se compararon mediante pruebas estadísticas que permitieron determinar la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas entre la actitud de aceptación de los diferentes grupos de padres.

11.- Análisis estadístico.

a) Análisis de la validación del instrumento.

La confiabilidad del instrumento original se obtuvo mediante el método de jueces, a quienes se les solicitó evaluar seis aspectos específicos de cada una de las preguntas formuladas: Claridad del lenguaje; Relevancia de la pregunta hacia la actitud que se deseaba medir; Si la pregunta proporcionaba la información adecuada; Si la

redacción de la pregunta fue correcta; Si la pregunta presento ambigüedad, y por último, Si consideraban que la pregunta tenía una fuerte carga emocional que impidiera ser contestada.

Una vez obtenido el criterio de los jueces sobre el instrumento inicial, se codificaron sus respuestas y los resultados se analizaron mediante el análisis de frecuencias, utilizando la moda para seleccionar los reactivos apropiados que integraron el instrumento final (anexo 7a).

En esta etapa, el análisis cuantitativo de los datos se realizó con la ayuda del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (S. P. S. S.) versión 4.1, utilizándose como único dato la moda de los criterios de los jueces para cada una de las ciento veinte preguntas, y sus respectivos promedios, de los cuales se tomó de un promedio de noventa y dos, el más alto; hasta ochenta, que corresponde al 62.5% de las preguntas formuladas, y que representó setenta y cinco preguntas (anexo 7b).

Posteriormente, se eliminaron las preguntas N° 17, 34, 40, 47, 54, 68, 73, 76 79, 80, 92, 95, 100, 104, 111 para tratar de equilibrar, dentro de lo posible, el número de preguntas por cada factor, así como, la tendencia, positiva o negativa de las mismas (anexo 7c).

En total, se eliminaron sesenta preguntas del banco original, que corresponden al 50% de los reactivos, de los cuales el 91.33% presentaron un lenguaje claro; el 56% presentó escasa relevancia de la pregunta con respecto a la actitud que se deseaba medir; el 66.22% de las preguntas proporcionaban mínima información; el 89.11% presentaba una redacción adecuada; el 12.89% presentaba ambigüedad y finalmente el 47.56% contenía carga emocional.

Las preguntas que conformaron el instrumento final fueron sesenta, que correspondieron al 50% de las formuladas originalmente, estas fueron aceptadas por haber obtenido un promedio mínimo de 80%, lo que dio como resultado lo siguiente:

El factor *aprobación* con tendencia positiva tuvo un total de once preguntas que corresponde al 18.3% de las preguntas aceptadas.

El factor *aprobación* con tendencia negativa tuvo un total de siete preguntas que corresponde al 11.7% de las preguntas aceptadas.

El factor *comprensión* con tendencia positiva estuvo conformado por nueve preguntas que corresponden al 15% de las preguntas aceptadas.

El factor *comprensión* con tendencia negativa estuvo conformado por diez preguntas que corresponden al 16.7% del total de las preguntas aceptadas.

El factor *respeto* con tendencia positiva lo formaron ocho preguntas que correspondieron al 13.3% del total de las preguntas aceptadas.

El factor *respeto* con tendencia negativa lo formaron dos preguntas que correspondieron al 3.3 % del total de las preguntas aceptadas. Esto se debió a que la mayoría de este tipo de preguntas se eliminó mediante el consenso de jueces.

El factor *tolerancia* con tendencia positiva, al igual que el anterior, obtuvo únicamente dos preguntas que corresponden al 3.3% de las preguntas aceptadas.

Por último, el factor *tolerancia* con tendencia negativa lo formaron once preguntas que corresponde al 18.3% de las preguntas aceptadas.

Lo que representó treinta preguntas de tendencia positiva y treinta preguntas de tendencia negativa, donde el 98.50% presentaron lenguaje claro; el 78.17% de la preguntas aceptadas eran irrelevantes a la actitud que se deseaba medir; el 82.5% presentaron una adecuada información para ser contestadas; el 97.17% presentó una adecuada redacción; el 4.34% presentó ambigüedad y por último el 39.84% presentó una moderada carga emocional (anexo 7d).

b) Análisis de los instrumentos aplicados a los padres o madres de hijos o hijas con Síndrome de Down.

Para poder verificar las posibles diferencias entre los grupos de padres en el instrumento final y comprobar las hipótesis planteadas al inicio de la investigación se codificaron las respuestas de los padres y se utilizó el análisis de varianza, (ANOVA-ONEWAY), que es una prueba estadística para evaluar el efecto de dos o más variables independientes sobre una variable dependiente, (Hernández, Fernández y Baptista 1991, p. 400). Además de permitir buscar diferencias entre grupos para determinar interacciones entre variables (Anexos 7e y 7f).

12.- Resultados.

Los padres participantes de las escuelas seleccionadas, Centro de Atención Múltiple y escuela especial particular (Comunidad Down), fueron clasificados mediante cuatro variables de identificación: nivel socio-económico, sexo, edad y nivel de escolaridad; asimismo, se tomó en cuenta el tipo de escuela a la que asiste el niño o niña con Síndrome de Down y el lugar que ocupa el mismo dentro de la familia.

a) NIVEL SOCIO ECONOMICO:

- 1) Clase baja inferior.
- 2) Clase baja superior.
- 3) Clase media inferior.
- 4) Clase media
- 5) Clase media superior.
- 6) Clase alta.

b) EDAD:

- 1) De 16 a 30 años.
- 2) De 31 a 45 años.
- 3) De 46 a 60 años.
- 4) 61 años o más.

c) SEXO:

- 1) Masculino.
- 2) Femenino.

d) NIVEL DE ESCOLARIDAD:

- 1) Primaria incompleta.
- 2) Primaria completa.
- 3) Secundaria incompleta.
- 4) Secundaria completa.
- 5) Bachillerato o equivalente incompleto.
- 6) Bachillerato o equivalente completo.
- 7) Estudios profesionales incompletos.
- 8) Estudios profesionales completos.

e) LUGAR QUE OCUPA EL HIJO O HIJA CON SINDROME DE DOWN.

- 1) Primer hijo o hija.
- 2) Segundo hijo o hija.
- 3) Tercer hijo o hija.
- 4) Cuarto hijo o hija.
- 5) Quinto hijo o hija.
- 6) Sexto hijo o hija.
- 7) Séptimo hijo o hija.
- 8) Octavo hijo o hija.
- 9) Noveno hijo o hija.

Descripción de la muestra.

En base al análisis realizado, se puede describir a la población participante de la siguiente manera:

Porcentaje por Nivel socio-económico de los padres participantes.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO	FRECUENCIA	%
Clase baja inferior.	1	1,7
Clase baja superior.	12	20,0
Clase media inferior.	23	38,3
Clase media.	21	35,0
Clase media superior.	3	5,0
Clase alta.	0	0,0
Total.	60	100,0

Por lo que se refiere al nivel socio-económico encontramos que la clase baja inferior está conformada por el 1,7% (1); la clase baja superior está integrada por el 20,0% (12); en la clase media inferior encontramos el 38,3% (23); el 35% (21) representa la clase media; el 5% (3) corresponden a la clase media superior y finalmente en la clase alta no se encontró a ninguna persona.

La moda para la variable nivel socio-económico fue la clase media inferior, donde se concentró la mayor parte de la población. Gráfica N° 1.

Porcentaje por Edad de los padres participantes.

RANGO	FRECUENCIA	%
De 16 a 30 años.	6	10,0
De 31 a 45 años.	38	63,3
De 46 a 60 años.	14	23,3
61 años o más.	2	3,3
Total.	60	100,0

El 10% de la población (6) corresponden al rango de 16 a 30 años; en el rango de 31 a 45 años encontramos el 63,3% de la población (38); el 23,3% de la población (14) se encuentran el rango de 46 a 60 años; finalmente en el rango de 61 años o más se encontró el 3,3% de la población (2).

La moda de edad de los padres participantes fue la del rango de 31 a 45 años. Gráfica N° 2.

Porcentaje por Sexo de los padres participantes.

SEXO	FRECUENCIA	%
Masculino	19	31.7
Femenino	41	68.3
Total	60	100.0

Por lo que se refiere al sexo de los padres participantes encontramos que el sexo masculino ocupa el 31.7% (19); y el sexo femenino lo integra el 68.3% (41).

La moda de la variable sexo de los padres participantes fue para el grupo femenino. Gráfica N° 3.

Porcentaje por Escolaridad de los padres participantes.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
Primaria incompleta.	9	15.0
Primaria completa.	9	15.0
Secundaria incompleta.	2	3.3
Secundaria completa.	8	13.3
Bachillerato o equivalente incompleto.	3	5.0
Bachillerato o equivalente completo.	15	25.0
Estudios profesionales incompletos.	3	5.0
Estudios profesionales completos.	11	18.3
Total.	60	100.0

En cuanto a la variable escolaridad encontramos que el 15% de la población (9) corresponden al grupo de primaria incompleta, al igual que para el grupo de primaria completa; el 3.3% (2) corresponden al grupo de secundaria incompleta; el 13.3% (8) pertenecen al grupo de secundaria completa; en el grupo de bachillerato o equivalente incompleto encontramos el 5% (3); el 25% (15) pertenecen al grupo de bachillerato o equivalente completo; el 5% (3) integran el grupo de estudios profesionales incompletos y el 18.3% (11) conforman el grupo de estudios profesionales completos.

La moda para la variable escolaridad de los padres participantes fue la que se refiere al bachillerato o equivalente completo. Gráfica N° 4.

Porcentaje por el Lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down.

LUGAR QUE OCUPA EL HIJO O HIJA.	FRECUENCIA	%
Primer hijo o hija.	26	43.3
Segundo hijo o hija.	16	26.7
Tercer hijo o hija.	6	10.0
Cuarto hijo o hija.	8	13.3
Quinto hijo o hija.	0	0.0
Sexto hijo o hija.	1	1.7
Séptimo hijo o hija.	2	3.3
Octavo hijo o hija.	0	0.0
Noveno hijo o hija.	1	1.7
Total.	60	100.0

En cuanto a la variable lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down, encontramos que para el 43.3% de la población (26) es el primer hijo o hija; para el 26.7% (16) es el segundo; para el 10.0% (6) es el tercero; para el 13.3% (8) es el cuarto, para el 1.7% (1) es el sexto; para el 3.3% (2) es el séptimo; y para el 1.7% (1) es el noveno hijo o hija.

La moda para esta variable fue el caso del primer hijo o hija con Síndrome de Down, donde se concentró la mayor parte de la población. Gráfica N° 5.

Porcentaje para el Tipo de escuela a la que asiste el hijo o hija con Síndrome de Down.

TIPO DE ESCUELA	FRECUENCIA	%
Centro de Atención Múltiple.	30	50.0
Escuela Especial Particular (Comunidad Down) .	30	50.0
Total.	60	100.0

La población estudiada se distribuyó uniformemente en los dos tipos de escuela. Gráfica N° 6.

Frecuencia de respuestas.

A continuación se presentará el análisis de frecuencias del cuestionario sobre actitud aplicado a los padres de niños o niñas con Síndrome de Down de las escuelas seleccionadas. Este análisis se realizó para conocer como se distribuyeron las respuestas de acuerdo a las opciones planteadas en la escala de actitudes tipo Lickert.

Para mayor comprensión se presenta la pregunta, las opciones, la frecuencia absoluta y el equivalente en porcentaje.

Pregunta N° 1.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben tener responsabilidades en casa.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	46	76.7
Acuerdo.	12	20.0
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	2	3.3
Total Desacuerdo.	0	0.0
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 2.- Es difícil que el niño o niña con Síndrome de Down sea amistoso.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	10	16.7
Acuerdo.	10	16.7
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	11	18.3
Total Desacuerdo.	29	48.3
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 3.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben tener sólo amigos con el mismo padecimiento.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	5	8.3
Acuerdo.	15	25.0
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	0	0.0
Total Desacuerdo.	38	63.3
Sin respuesta.	2	3.3
Total.	60	100.0

Pregunta N° 4.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen la obligación de cuidar su aseo personal.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	41	68.3
Acuerdo.	13	21.7
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	3	5.0
Total Desacuerdo.	1	1.7
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 5.- Los niños o niñas con Síndrome de Down conviven menos con sus hermanos porque son diferentes.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	4	6.7
Acuerdo.	6	10.0
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	17	28.3
Total Desacuerdo.	31	51.7
Sin respuesta.	2	3.3
Total.	60	100.0

Pregunta N° 6.- Al niño o niña con Síndrome de Down se le debe tratar igual que al niño o niña común.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	44	73.3
Acuerdo.	8	13.3
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	3	5.0
Total Desacuerdo.	4	6.7
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 7.- Los niños o niñas con Síndrome de Down pueden relacionarse socialmente con los niños o niñas normales.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	42	70.0
Acuerdo.	14	23.3
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	2	3.3
Total Desacuerdo.	2	3.3
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 8.- Los niños o niñas con Síndrome de Down imitan los malos hábitos de las personas con quienes conviven.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	29	48.3
Acuerdo.	17	28.3
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	7	11.7
Total Desacuerdo.	4	6.7
Sin respuesta.	2	3.3
Total.	60	100.0

Pregunta N° 9.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben asistir a escuelas especiales.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	40	66.7
Acuerdo.	10	16.7
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	4	6.7
Total Desacuerdo.	4	6.7
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 10.- Es necesario fomentar la convivencia de los niños o niñas con Síndrome de Down y los niños o niñas normales.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	43	71.7
Acuerdo.	13	21.7
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	0	0.0
Total Desacuerdo.	2	3.3
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 11.- Es difícil convivir con el niño o niña con Síndrome de Down.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	4	6.7
Acuerdo.	3	5.0
Indiferente.	0	26.7
Desacuerdo.	16	61.7
Total Desacuerdo.	37	0.0
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 12.- El niño o niña con Síndrome de Down necesita más ayuda por parte de sus padres que el niño o niña común.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	31	51.7
Acuerdo.	22	36.7
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	4	6.7
Total Desacuerdo.	3	5.0
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 13.- Es más difícil controlar al niño o niña con Síndrome de Down que al niño o niña normal.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	13	21.7
Acuerdo.	12	20.0
Indiferente.	2	3.3
Desacuerdo.	13	21.7
Total Desacuerdo.	20	33.3
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 14.- Los niños o niñas con Síndrome de Down necesitan estimulación para desarrollarse correctamente.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	44	73.3
Acuerdo.	13	21.7
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	0	0.0
Total Desacuerdo.	2	3.3
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 15.- El niño o niña con Síndrome de Down depende más de sus padres que el niño o niña normal.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	25	41.7
Acuerdo.	22	36.7
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	6	10.0
Total Desacuerdo.	7	11.7
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 16.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son agresivos.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	4	6.7
Acuerdo.	6	10.0
Indiferente.	2	3.3
Desacuerdo.	19	31.7
Total Desacuerdo.	28	46.7
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 17.- El niño o niña con Síndrome de Down causa menos molestias que otros niños o niñas deficientes.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	7	11.7
Acuerdo.	18	30.0
Indiferente.	6	10.0
Desacuerdo.	15	25.0
Total Desacuerdo.	12	20.0
Sin respuesta.	2	3.3
Total.	60	100.0

Pregunta N° 18.- Cuando nace un niño o niña con Síndrome de Down se debe buscar ayuda profesional.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	44	73.3
Acuerdo.	13	21.7
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	0	0.0
Total Desacuerdo.	2	3.3
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 19.- Es conveniente que los niños o niñas con Síndrome de Down sean sobreprotegidos por sus padres.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	3	5.0
Acuerdo.	2	3.3
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	23	38.3
Total Desacuerdo.	32	53.3
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 20.- A los niños o niñas con Síndrome de Down se les deben imponer límites de conducta como a cualquier niño o niña normal.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	36	60.0
Acuerdo.	14	23.3
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	5	8.3
Total Desacuerdo.	5	8.3
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 21.- Con la ayuda adecuada es posible que el niño o niña con Síndrome de Down llegue a ser autosuficiente.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	40	66.7
Acuerdo.	17	28.3
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	1	1.7
Total Desacuerdo.	2	3.3
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 22.- Es nocivo para el niño o niña con Síndrome de Down que se tomen actitudes de burla, rechazo o compasión hacia ellos.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	35	58.3
Acuerdo.	9	15.0
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	7	11.7
Total Desacuerdo.	8	13.3
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 23.- El castigo corporal es necesario para educar al niño o niña con Síndrome de Down.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	5	8.3
Acuerdo.	7	11.7
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	19	31.7
Total Desacuerdo.	27	45.0
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 24.- Los niño o niña con Síndrome de Down poseen características que desagravan a sus padres.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	4	6.7
Acuerdo.	3	5.0
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	20	33.3
Total Desacuerdo.	33	55.0
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 25.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben estar únicamente en escuelas para deficientes.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	8	13.3
Acuerdo.	7	11.7
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	16	26.7
Total Desacuerdo.	24	40.0
Sin respuesta.	4	6.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 26.- Los niños o niñas con Síndrome de Down se adaptan fácilmente.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	23	38.3
Acuerdo.	26	43.3
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	9	15.0
Total Desacuerdo.	2	3.3
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 27.- El mejor lugar para educar al niño o niña con Síndrome de Down está en el hogar.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	17	28.3
Acuerdo.	7	11.7
Indiferente.	2	3.3
Desacuerdo.	18	30.0
Total Desacuerdo.	16	26.7
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 28.- Un niño o niña con Síndrome de Down sobreprotegido desarrolla hábitos de dependencia.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	21	35.0
Acuerdo.	14	23.3
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	12	20.0
Total Desacuerdo.	11	18.3
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 29.- Es difícil la educación del niño o niña con Síndrome de Down.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	13	21.7
Acuerdo.	22	36.7
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	15	25.0
Total Desacuerdo.	10	16.7
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 30.- El niño o niña con Síndrome de Down provoca en sus padres sentimientos de depresión y ansiedad.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	8	13.3
Acuerdo.	22	36.7
Indiferente.	2	3.3
Desacuerdo.	15	25.0
Total Desacuerdo.	13	21.7
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 31.- El niño o niña con Síndrome de Down es inquieto como cualquier niño o niña normal.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	35	58,3
Acuerdo.	20	33,3
Indiferente.	0	0,0
Desacuerdo.	0	0,0
Total Desacuerdo.	5	8,3
Sin respuesta.	0	0,0
Total.	60	100,0

Pregunta N° 32.- El desarrollo social del niño o niña con Síndrome de Down es lento.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	15	25,0
Acuerdo.	24	40,0
Indiferente.	1	1,7
Desacuerdo.	8	13,3
Total Desacuerdo.	12	20,0
Sin respuesta.	0	0,0
Total.	60	100,0

Pregunta N° 33.- El trato en la etapa preescolar del niño o niña con Síndrome de Down debe ser el mismo que el niño o niña normal.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	28	46,7
Acuerdo.	12	20,0
Indiferente.	1	1,7
Desacuerdo.	13	21,7
Total Desacuerdo.	6	10,0
Sin respuesta.	0	0,0
Total.	60	100,0

Pregunta N° 34.- El nacimiento del niño o niña con Síndrome de Down afecta el equilibrio psicológico de los padres.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	17	28.3
Acuerdo.	21	25.0
Indiferente.	3	5.0
Desacuerdo.	8	13.3
Total Desacuerdo.	10	16.7
Sin respuesta.	1	1.7
Total.		100.0

Pregunta N° 35.- El sentimiento que comúnmente despiertan los niños o niñas con Síndrome de Down es la compasión.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	3	5.0
Acuerdo.	6	10.0
Indiferente.	3	5.0
Desacuerdo.	25	41.7
Total Desacuerdo.	22	36.7
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 36.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen derecho a recibir educación especial.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	41	68.3
Acuerdo.	12	20.0
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	2	3.3
Total Desacuerdo.	5	8.3
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 37.- Es conveniente que los niños o niñas con Síndrome de Down elijan a sus amigos.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	24	40.0
Acuerdo.	22	36.7
Indiferente.	2	3.3
Desacuerdo.	3	5.0
Total Desacuerdo.	8	13.3
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 38.- Es inútil tratar de educar al niño o niña con Síndrome de Down.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	1	1.7
Acuerdo.	1	1.7
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	12	20.0
Total Desacuerdo.	46	76.7
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 39.- Los niños o niñas con Síndrome de Down poseen facilidad para relacionarse con las demás personas como cualquier otro niño o niña común.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	32	53.3
Acuerdo.	19	31.7
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	4	6.7
Total Desacuerdo.	4	6.7
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 40.- Existe la tendencia por parte de los adultos de no saber como tratar a los niños o niñas con Síndrome de Down.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	22	36.7
Acuerdo.	28	46.7
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	5	8.3
Total Desacuerdo.	4	6.7
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 41.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen los mismos derechos que cualquier otro niño o niña.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	48	80.0
Acuerdo.	8	13.3
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	1	1.7
Total Desacuerdo.	3	5.0
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 42.- La atención del niño o niña con Síndrome de Down se debe brindar desde el nacimiento.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	57	95.0
Acuerdo.	3	5.0
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	0	0.0
Total Desacuerdo.	0	0.0
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 43.- Son varias las actividades recreativas que puede compartir el niño o niña con Síndrome de Down con otros niños o niñas.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	44	73,3
Acuerdo.	14	23,3
Indiferente.	0	0,0
Desacuerdo.	0	0,0
Total Desacuerdo.	2	3,3
Sin respuesta.	0	0,0
Total.	60	100,0

Pregunta N° 44.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son nobles y amables como cualquier niño o niña común.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	49	81,7
Acuerdo.	11	13,3
Indiferente.	0	0,0
Desacuerdo.	0	0,0
Total Desacuerdo.	0	0,0
Sin respuesta.	0	0,0
Total.	60	100,0

Pregunta N° 45.- Es necesario imponer normas rígidas de comportamiento al niño o niña con Síndrome de Down.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	14	23,3
Acuerdo.	19	31,7
Indiferente.	2	3,3
Desacuerdo.	18	30,0
Total Desacuerdo.	7	11,7
Sin respuesta.	0	0,0
Total.	60	100,0

Pregunta N° 46.- El niño o niña con Síndrome de Down puede jugar con los demás niño o niña normales.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	45	75,0
Acuerdo.	14	23,3
Indiferente.	0	0,0
Desacuerdo.	1	1,7
Total Desacuerdo.	0	0,0
Sin respuesta.	0	0,0
Total.	60	100,0

Pregunta N° 47.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen muy disminuida su capacidad mental.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	8	13,3
Acuerdo.	13	21,7
Indiferente.	5	8,3
Desacuerdo.	24	40,0
Total Desacuerdo.	9	15,0
Sin respuesta.	1	1,7
Total.	60	100,0

Pregunta N° 48.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen sus propios gustos y deben ser respetados.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	48	80,0
Acuerdo.	10	16,7
Indiferente.	0	0,0
Desacuerdo.	1	1,7
Total Desacuerdo.	1	1,7
Sin respuesta.	0	0,0
Total.	60	100,0

Pregunta N° 49.- A los niños o niñas con Síndrome de Down se les oculta porque causan vergüenza.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	1	1.7
Acuerdo.	1	1.7
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	11	18.3
Total Desacuerdo.	45	75.0
Sin respuesta.	2	3.3
Total.	60	100.0

Pregunta N° 50.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen escasas posibilidades de valerse por sí mismos.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	5	8.3
Acuerdo.	6	10.0
Indiferente.	2	3.3
Desacuerdo.	19	31.7
Total Desacuerdo.	28	46.7
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 51.- Al niño o niña con Síndrome de Down se le deben celebrar sus pequeños triunfos.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	45	75.0
Acuerdo.	12	20.0
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	1	1.7
Total Desacuerdo.	1	1.7
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 52.- Un niño o niña con Síndrome de Down que se siente rechazado por sus padres es inseguro.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	37	61.7
Acuerdo.	14	23.3
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	1	1.7
Total Desacuerdo.	8	13.3
Sin respuestas.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 53.- La educación del niño o niña con Síndrome de Down requiere de gran dedicación.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	42	70.0
Acuerdo.	14	23.3
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	2	3.3
Total Desacuerdo.	0	0.0
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 54.- Es difícil aceptar al niño o niña con Síndrome de Down por sus limitaciones.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	1	1.7
Acuerdo.	5	8.3
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	25	41.7
Total Desacuerdo.	27	45.0
Sin respuesta.	2	3.3
Total.	60	100.0

Pregunta N° 55.- Los niños o niñas con Síndrome de Down, como cualquier otro niño o niña, tienen una personalidad propia.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	42	70.0
Acuerdo.	15	25.0
Indiferente.	0	0.0
Desacuerdo.	1	1.7
Total Desacuerdo.	2	3.3
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 56.- Los niños o niñas con Síndrome de Down hacen la vida muy difícil a sus padres.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	2	3.3
Acuerdo.	3	5.0
Indiferente.	2	3.3
Desacuerdo.	20	33.3
Total Desacuerdo.	32	53.3
Sin respuesta.	1	1.7
Total.	60	100.0

Pregunta N° 57.- El aprendizaje del niño o niña con Síndrome de Down debe ser muy exigente.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	12	20.0
Acuerdo.	13	21.7
Indiferente.	1	1.7
Desacuerdo.	25	41.7
Total Desacuerdo.	9	15.0
Sin respuesta.	0	0.0
Total.	60	100.0

Pregunta N° 58.- Los niños o niñas con Síndrome de Down requieren una educación programada e individualizada.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	20	33,3
Acuerdo.	15	25,0
Indiferente.	2	3,3
Desacuerdo.	11	18,3
Total Desacuerdo.	12	20,0
Sin respuesta.	0	0,0
Total.	60	100,0

Pregunta N° 59.- Se debe evitar en lo posible los castigos a los niños o niñas con Síndrome de Down.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	20	33,3
Acuerdo.	14	23,3
Indiferente.	0	0,0
Desacuerdo.	18	30,0
Total Desacuerdo.	7	11,7
Sin respuesta.	1	1,7
Total.	60	100,0

Pregunta N° 60.- El nacimiento de un niño o niña con Síndrome de Down rompe la armonía hogareña.

TIPO DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Total Acuerdo.	8	13,3
Acuerdo.	14	23,3
Indiferente.	0	0,0
Desacuerdo.	15	25,0
Total Desacuerdo.	22	36,7
Sin respuesta.	1	1,7
Total.	60	100,0

Análisis de la frecuencia de respuestas de los padres participantes a la escala de actitudes tipo Lickert.

El siguiente análisis presenta el número de cada pregunta; la tendencia, positiva o negativa en base a las respuestas en acuerdos y desacuerdos; la frecuencia y porcentaje. Se obtuvo la desviación estándar de las frecuencias de respuesta y de sus porcentajes para observar la distribución del grado de aceptación señalado por los sesenta padres participantes a través de las respuestas a cada una de las sesenta preguntas.

Pregunta N°	Tendencia	Porcentajes Altos		Porcentajes Medios		Porcentajes Bajos	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1	Positiva	58	96.7				
2	Negativa			40	66.7		
3	Negativa					38	63.3
4	Positiva			54	90.0		
5	Negativa			48	80.0		
6	Positiva			52	86.7		
7	Positiva			56	93.3		
8	Positiva			46	76.7		
9	Positiva			50	83.3		
10	Positiva			56	93.3		
11	Negativa			53	88.3		
12	Positiva			53	88.3		
13	Negativa					33	55.0
14	Positiva	57	95.0				
15	Positiva			47	78.3		
16	Negativa			47	78.3		
17	Positiva					27	45.0
18	Positiva	57	95.0				
19	Negativa			55	91.7		
20	Positiva			50	83.3		
21	Positiva	57	95.0				
22	Positiva			44	73.3		
23	Negativa			46	76.7		
24	Negativa			53	88.3		
25	Negativa			40	66.7		
26	Positiva			49	81.7		
27	Negativa					34	56.7
28	Positiva					35	58.3
29	Positiva					35	58.3

30	Negativa					30	50.0
31	Positiva			55	91.7		
32	Positiva			39	65.0		
33	Positiva			40	66.7		
34	Positiva					38	63.3
35	Negativa			47	78.3		
36	Positiva			53	88.3		
37	Positiva			46	76.7		
38	Negativa	58	96.7				
39	Positiva			51	85.0		
40	Positiva			50	83.3		
41	Positiva			56	93.3		
42	Positiva	60	100.0				
43	Positiva	58	96.7				
44	Positiva	60	100.0				
45	Positiva					33	55.0
46	Positiva	59	98.3				
47	Negativa					33	55.0
48	Positiva	58	96.7				
49	Negativa			56	93.3		
50	Negativa			47	78.3		
51	Positiva	57	95.0				
52	Positiva			51	85.0		
53	Positiva			56	93.3		
54	Negativa			52	86.7		
55	Positiva	57	95.0				
56	Negativa			52	86.7		
57	Negativa					34	56.7
58	Positiva					35	58.3
59	Positiva					34	56.7
60	Negativa					37	61.7

El mostrar la frecuencia de respuestas de cada una de las preguntas colabora en el análisis de la aceptación o rechazo que los padres pudieron manifestar y nos señala que existe conocimiento sobre las características físicas y emocionales de su hijo o hija con Síndrome de Down así como de sus necesidades y sus derechos.

Como ejemplo de un mayor grado de aceptación de los padres participantes hacia su hijo o hija con Síndrome de Down podemos destacar las preguntas: 1, 14, 18, 21, 38, 42, 43, 44, 46, 48, 51 y 55 cuyos porcentajes fueron superiores a 94.9. Para un menor grado de aceptación podemos citar las preguntas: 3, 13, 17, 27, 28, 29, 30, 34, 45, 47, 57, 58, 59 y 60 donde los porcentajes fueron inferiores a 63.4.

Los porcentajes medios representan cierta duda con respecto a la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down por parte de sus padres.

Cruce de Variables (Cross Tabs).

Después de observar la distribución de cada una de las variables, estas se combinaron mediante el cruce variables (Cross Tabs) para resaltar su comportamiento y asociaciones, los resultados obtenidos se detallan a continuación:

Edad y sexo de los padres participantes.

	16 a 30		31 a 45		46 a 60		61 ó más		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Sexo masculino	3.3	2	20.0	12	6.7	4	1.7	1	31.7	19
Sexo femenino	6.7	4	43.3	26	16.7	10	1.7	1	68.3	41
Total	10.0	6	63.3	38	23.3	14	3.3	2	100.0	60

Mediante el cruce de las variables edad y sexo de los padres participantes se observó que en el rango de edad de 31 a 45 años se concentró más de la mitad de la población y predominó el sexo femenino con más de las dos terceras partes de la muestra. En los rangos de edad de 16 a 30 y de 46 a 60 años predominó el sexo femenino; el rango de 61 a más se integró por el mismo número de padres participantes para el sexo masculino y femenino.

Lo anterior muestra la mayor participación de las madres con edades que fluctúan entre 31 a 45 años en asuntos relacionados con su hijo o hija con Síndrome de Down

Edad y escolaridad de los padres participantes.

	16 a 30		31 a 45		46 a 60		61 ó más		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Primaria incompleta	1.7	1	6.7	4	6.7	4			15.0	9
Primaria completa	1.7	1	6.7	4	6.7	4			15.0	9
Secundaria incompleta			1.7	1	1.7	1			3.3	2
Secundaria completa	3.3	2	8.3	5	1.7	1			13.3	8
Bach. o equiv. incompleto	1.7	1	3.3	2					5.0	3
Bach. o equiv. completo			18.3	11	3.3	2	3.3	2	25.0	15
Est. prof. incompletos			3.3	2	1.7	1			5.0	3
Est. prof. completos	1.7	1	15.3	9	1.7	1			18.3	11
Total	10.0	6	63.3	38	23.3	14	3.3	2	100.0	60

El cruce de las variables edad y escolaridad de los padres participantes mostró que en el rango de edad de 31 a 45 años se concentró la mayor parte de la población y en lo que se refiere a la escolaridad el nivel que predominó fue bachillerato o equivalente completo.

En el rango de 16 a 30 años se mantuvo más o menos constante la escolaridad con predominio del nivel de secundaria completa; en el rango de 31 a 45 años se observó el predominio de los niveles de educación bachillerato o equivalente completo y estudios profesionales completos; en el rango de edad de 46 a 60 años se observó el predominio de los niveles educativos bajos y por último, para el rango de edad de 61 años o más el nivel de educación fue de bachillerato o equivalente completo.

La descripción anterior señala que los niveles educativos más elevados, bachillerato o equivalente completo y estudios profesionales completos, se encuentran en padres de hijos o hijas con Síndrome de Down que tienen entre 31 y 45 años, lo que indica un mayor grado de preparación educativa.

Edad y lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down.

	16 a 30		31 a 45		46 a 60		61 ó más		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Primer hijo o hija	3.3	2	31.7	19	5.0	3	3.3	2	43.3	26
Segundo hijo o hija	6.7	4	15.0	9	5.0	3			26.7	16
Tercer hijo o hija			8.3	5	1.7	1			10.0	6
Cuarto hijo o hija			8.3	5	5.0	3			13.3	8
Quinto hijo o hija										
Sexto hijo o hija					1.7	1			1.7	1
Séptimo hijo o hija					3.3	2			3.3	2
Octavo hijo o hija										
Noveno hijo o hija					1.7	1			1.7	1
Total	10.0	6	63.3	38	23.3	14	3.3	2	100.0	60

El cruce de las variables edad de los padres participantes y lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down nos indica que en el rango de edad de 31 a 45 años se concentró la mayor parte de la población y predominaron las familias para las cuales era el primer hijo o hija.

Para los padres que integran el rango de edad de 16 a 30 años, era el primer o segundo hijo o hija; con respecto al rango de 31 a 45 años predominó el primer o segundo hijo

o hija; para el rango de 46 a 60 años, se observó el mismo número de padres participantes para el primer, segundo y cuarto hijo o hija; por último, para el rango de 61 años o más, era el primer hijo o hija.

Lo anterior nos indica que el lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down fue predominantemente el primer o segundo hijo o hija, cuyos padres, en su mayoría, fluctúan entre 31 y 45 años de edad.

Edad y nivel socio-económico de los padres participantes.

	16 a 30		31 a 45		46 a 60		61 ó más		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Clase baja inferior					1.7	1			1.7	1
Clase baja superior	3.3	2	8.3	5	8.3	5			20.0	12
Clase media inferior	3.3	2	26.7	16	8.3	5			38.3	23
Clase media superior	3.3	2	23.3	14	5.0	3	3.0	2	35.0	21
Clase alta			5.0	3					5.0	3
Total	10.0	6	63.3	38	23.3	14	3.0	2	100.0	60

En el cruce de las variables edad y nivel socio-económico de los padres participantes se observó que en el rango de edad de 31 a 45 años concentró la mayor parte de la población y predominó la clase media inferior.

En el rango de 16 a 30 años, las clases baja superior, media inferior y media se distribuyeron de manera uniforme; en el rango de 31 a 45 años predominó la clase media inferior seguida de la clase media; en el rango de 46 a 60 años, las clases baja superior y media inferior se distribuyeron de manera constante; finalmente, el rango de edad 61 años o más se ubicó en la clase media.

En las clase media inferior y clase media se concentró más de las dos terceras partes de la población estudiada y cuyo rango de edad era de 31 a 45 años.

Edad de los padres participantes y tipo de escuela a la que asiste el hijo o hija con Síndrome de Down.

	16 a 30		31 a 45		46 a 60		61 ó más		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Centro de Atención Múltiple	8.3	5	28.3	17	13.3	8			50.0	30
Esc. Esp. Particular										
Comunidad Down	1.7	1	35.0	21	10.0	6	3.3	2	50.0	30
Total	10.0	6	63.3	28	23.3	14	3.3	2	100.0	60

En el cruce de las variables edad de los padres participantes y tipo de escuela a la que asiste el hijo o hija con Síndrome de Down se observó que en rango de edad de 31 a 45 años se concentró la mayor parte de la población y predominaron las familias cuyo hijo o hija asistía a la escuela especial particular (Comunidad Down).

En el rango de edad de 16 a 30 años el tipo de escuela predominante fue el Centro de Atención Múltiple; en el rango de 46 a 60 años predominó el Centro de Atención Múltiple; finalmente, los hijos o hijas de las familias que integran el rango de 61 años o más asistían a la escuela especial particular (Comunidad Down).

Lo anterior muestra que la población de 16 a 30 años y de 46 a 60 años tiene más hijos o hijas en el Centro de Atención Múltiple, en contraste con el rango de 31 a 45 años que tienen más hijos o hijas en la escuela especial particular (Comunidad Down).

Sexo y escolaridad de los padres participantes.

	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Primaria incompleta	1.7	1	13.3	8	15.0	9
Primaria completa	5.0	3	10.0	6	15.0	9
Secundaria incompleta			3.3	2	3.3	2
Secundaria completa	3.3	2	10.0	6	13.3	8
Bach. o equiv. incompleto	3.3	2	1.7	1	5.0	3
Bach. o equiv. completo	6.7	4	18.3	11	25.0	15
Est. prof. incompletos	3.3	2	1.7	1	5.0	3
Est. prof. completos.	8.3	5	10.0	6	18.3	11
Total	31.7	19	68.3	41	100.0	60

En el cruce de las variables sexo y escolaridad de los padres participantes se observó que predominó el sexo femenino y el nivel de educación bachillerato o equivalente completo.

Con respecto al sexo masculino predominó el nivel de educación estudios profesionales completos.

Lo anterior indica que el nivel de bachillerato o equivalente completo y estudios profesionales completos concentraron a más de la tercera parte de la población participante.

Sexo de los padres participantes y lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down.

	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Primer hijo o hija	13.3	8	30.0	18	43.3	26
Segundo hijo o hija	10.0	6	16.7	10	26.7	16
Tercer hijo o hija	1.7	1	8.3	5	10.0	6
Cuarto hijo o hija	6.7	4	6.7	4	13.3	8
Quinto hijo o hija						
Sexto hijo o hija			1.7	1	1.7	1
Séptimo hijo o hija			3.3	2	3.3	2
Octavo hijo o hija						
Noveno hijo o hija			1.7	1	1.7	1
Total	31.7	19	68.3	41	100.0	60

En el cruce de las variables sexo de los padres participantes y lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down encontramos que predominó el sexo femenino para quienes era el primer hijo o hija.

En términos generales era el primer o segundo hijo o hija para ambos sexos; y el sexto, séptimo y noveno hijo o hija se presentó únicamente en el sexo femenino.

Sexo y nivel socio-económico de los padres participantes.

	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Clase baja inferior			1.7	1	1.7	1
Clase baja superior	3.3	2	16.7	10	20.0	12
Clase media inferior	13.3	8	25.0	15	38.3	23
Clase media	13.3	8	21.7	13	35.0	21
Clase media superior	1.7	1	3.3	2	5.0	3
Clase alta						
Total	31.7	19	68.3	41	100.0	60

El cruce de las variables sexo y nivel socio-económico de los padres participantes demostró que para ambos sexos las clases predominantes fueron media inferior y media, que concentró a más de las dos terceras partes de la población estudiada.

Sexo y tipo de escuela a la que asiste el hijo o hija con Síndrome de Down.

	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Centro de Atención Múltiple	13.3	8	36.7	22	50.0	30
Esc. Esp. Part. Comunidad Down	18.3	11	31.7	19	50.0	30
Total	31.7	19	68.3	41	100.0	60

El cruce de las variables sexo de los padres participantes y el tipo de escuela a la que asiste el hijo o hija con Síndrome de Down nos mostró que predominó el sexo femenino cuyos hijos o hijas asisten a los Centros de Atención Múltiple.

Para la escuela especial particular (Comunidad Down) también predominó el sexo femenino..

Escolaridad de los padres participantes y lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down.

	Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria incompleta		Secundaria completa		Bach. o equiv. incompleto		Bach. o equiv. completo		Est. Prof. incompleta		Est. Prof. completos		Total		
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	
Primer Hijo o hija	3.7	1	1.7	1	1.7	1	3.3	2	3.3	3	16.7	10	3.3	2	11.7	7	43.3	26	
Segundo Hijo o hija	1.7	1	5.0	3			6.7	4	1.7	1	3.3	2	1.7	1	6.7	4	26.7	16	
Tercer Hijo o hija	3.3	2	1.7	1	1.7	1	1.7	1			1.7	1					10.0	6	
Cuarto Hijo o hija	3.3	2	6.7	4			1.7	1			1.7	1					13.3	8	
Quinto Hijo o hija																			
Sexto hijo o hija	1.7	1																1.7	1
Séptimo Hijo o hija	1.7	1									1.7	1						3.3	2
Octavo Hijo o hija																			
Noveno Hijo o hija	1.7	1																1.7	1
Total	15.0	9	15.0	9	3.3	2	13.3	8	5.0	3	26.0	15	5.0	3	18.3	11	100	60	

Al observar el cruce de las variables escolaridad de los padres participantes y el lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down encontramos que para aquellos que era el primer hijo o hija predominó el nivel de escolaridad de bachillerato o equivalente completo.

En el nivel de estudios profesionales completos predominaron las familias para las cuales era el primer hijo o hija, en tanto que para aquellos que era el segundo hijo o hija se mantuvieron con el mismo número de padres participantes los niveles de secundaria completa y estudios profesionales completos.

En términos generales, los niveles de bachillerato o equivalente completo y estudios profesionales completos concentraron a más de la tercera parte de la población estudiada para quienes era el primer hijo o hija.

Escolaridad y nivel socio-económico de los padres participantes.

	Primaria Incompleta		Primaria completa		Secundaria Incompleta		Secundaria completa		Bach. o equiv. Incompleta		Bach. o equiv. completa		Est. Prof. Incompleto		Est. Prof. completos.		Total		
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	
Clase baja inferior	1.7	1																1.7	1
Clase baja superior	11.7	7	5.0	3	1.7	1			1.7	1								20.0	12
C. media inferior	1.7	1	10.0	6	1.7	1	11.7	7	3.3	2	6.7	4	3.3	2				38.3	23
Clase media							1.7	1			16.7	10	1.7	1	15.0	9		35.0	21
C. media superior											1.7	1			3.3	2		5.0	3
Clase alta																			
Total	15.0	9	15.0	9	3.3	2	13.3	8	5.0	3	25.0	15	5.0	3	18.3	11	100	60	

El cruce de las variables escolaridad y nivel socio-económico de los padres participantes nos permitió observar que predominó la clase baja inferior con un nivel de escolaridad de bachillerato o equivalente completo.

En la clase baja inferior se concentró más de la tercera parte de la población que se distribuyó en casi todos los niveles de educación; en la clase media se concentro, igualmente, más de la tercera parte de la población, sin embargo, más de la mitad de la población que conformó este nivel socio-económico se concentró en el grado de escolaridad de bachillerato o equivalente completo.

En los niveles de educación básica, primaria incompleta y primaria completa, se agruparon los niveles socio-económicos inferiores, clase baja inferior, clase baja superior y clase media inferior; en el nivel de educación media básica, secundaria incompleta y secundaria completa, se observó el predominio de la clase media inferior; en el nivel de educación media superior, bachillerato o equivalente incompleto y bachillerato o equivalente completo, se observó el predominio de la clase media al igual que para el nivel de estudios profesionales completos.

Lo anterior nos indica mayor participación de las clase media inferior con nivel de escolaridad de bachillerato o equivalente completo y clase media con nivel de escolaridad de estudios profesionales completos.

Escolaridad de los padres y tipo de escuela a la que asiste el hijo o hija con Síndrome de Down.

	Primaria Incompleta		Primaria completa		Secundaria Incompleta		Secundaria completa		Bach. o equiv. Incompleto		Bach. o equiv. completo		Est. Prof. Incompleto		Est. Prof. completos		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Centro de Atención Múltiple	33.3	8	10.0	6	3.3	2	8.3	5	5.0	3	6.7	4	1.7	1	1.7	1	50.0	30
Esc. Esp. Part. Comunidad Down	1.7	1	5.0	3			5.0	3			18.3	11	3.3	2	16.7	10	50.0	30
Total	15.0	9	15.0	9	3.3	2	13.3	8	5.0	3	25.0	15	5.0	3	18.3	11	100.0	60

El cruce de las variables escolaridad de los padres participantes y el tipo de escuela a la que asiste el hijo o hija con Síndrome de Down nos indica que en Centro de Atención Múltiple predominó el nivel de escolaridad de primaria incompleta y en la escuela especial particular (Comunidad Down) predominó el nivel de escolaridad de bachillerato o equivalente completo.

En términos generales, en el Centro de Atención Múltiple predominaron los niveles de escolaridad de primaria incompleta y primaria completa, en contraste, en la escuela especial particular (Comunidad Down) predominaron los niveles de escolaridad de bachillerato o equivalentes completo y estudios profesionales completos.

Lo anterior muestra que los niveles de escolaridad de los padres cuyos hijos o hijas con Síndrome de Down asisten a los Centros de Atención Múltiple son los de educación básica, en contraste, los niveles que predominan entre los padres cuyos hijos o hijas asisten a la escuela especial particular (Comunidad Down) son de educación media superior y de estudios profesionales.

Nivel socio-económico de los padres participantes y el lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down.

	Clase baja inferior		Clase baja superior		C. media inferior		Clase media		C. media superior		Clase alta		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Primer hijo o hija			5.0	3	11.7	7	23.3	14	3.3	2			43.3	26
Segundo hijo o hija			3.3	2	13.3	8	8.3	5	1.7	1			26.7	16
Tercer hijo o hija			3.3	2	5.0	3	1.7	1					10.0	6
Cuarto hijo o hija			5.0	3	8.3	5							13.3	8
Quinto hijo o hija														

Sexto hijo o hija			1.7	1							1.7	1
Séptimo hijo o hija	1.7	1					1.7	1			3.3	2
Octavo hijo o hija												
Noveno hijo o hija			1.7	1							1.7	1
Total	1.7	1	20.0	12	38.3	23	35.0	21	5.0	3	100	60

En el cruce de las variables nivel socio-económico de los padres participantes y el lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down se observó que la mayor parte de la población estudiada se concentró en la clase media inferior para la cual era el primer o segundo hijo o hija. Al igual que para la clase media.

Nivel socio-económico de los padres participantes y el tipo de escuela a la que asiste el hijo o hija con Síndrome de Down.

	Clase baja inferior		Clase baja superior		C. media inferior		Clase media		C. media superior		Clase alta		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Centro de Atención Múltiple	1.7	1	20.0	12	20.0	12	8.3	5					50.0	30
Esc. Esp. Part. Comunidad Down					18.3	11	26.7	16	5.0	3			50.0	30
Total	1.7	1	20.0	12	38.3	23	35.0	21	5.0	3			100.0	60

Al cruzar las variables nivel socio-económico de los padres participantes y tipo de escuela a la que asiste el niño o niña con Síndrome de Down encontramos que en el Centro de Atención Múltiple se presentó el mismo número de padres participantes para la clase baja superior y la clase media inferior; mientras que en la escuela especial particular (Comunidad Down) predominó la clase media con más de la mitad de la población estudiada seguida de la clase media inferior.

Cabe señalar que en el Centro de Atención Múltiple se presentó el único caso de clase baja inferior; y en la escuela especial particular (Comunidad Down) se presentaron únicamente los casos de clase media superior.

Esto nos indica que al Centro de Atención Múltiple asisten más niños o niñas de las clases baja superior y media inferior; en contraste, a la escuela especial particular (Comunidad Down) asisten más niños o niñas de las clases media inferior y media.

Tipo de escuela a la que asiste y lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down.

	Centro de Atención Múltiple		Esc. Es. Part. Comunidad Down		Total	
	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.
Primer hijo o hija	15.0	9	28.3	17	43.3	26
Segundo hijo o hija	13.3	8	13.3	8	26.7	16
Tercer hijo o hija	10.0	6			10.0	6
Cuarto hijo o hija	6.7	4	6.7	4	13.3	8
Quinto hijo o hija						
Sexto hijo o hija	1.7	1			1.7	1
Séptimo hijo o hija	1.7	1	1.7	1	3.3	2
Octavo hijo o hija						
Noveno hijo o hija	1.7	1			1.7	1
Total	50.0	30	50.0	30	100.0	60

Al cruzar las variables tipo de escuela a la que asiste el niño o niña con Síndrome de Down y el lugar que ocupa el mismo dentro de la familia encontramos que en ambos centros educativos predominan las familias para las cuales es primer o segundo hijo o hija.

En el cuadro anterior se observó que en el Centro de Atención Múltiple se mantiene más o menos constante el primer o segundo hijo o hija, mientras que en la escuela especial particular (Comunidad Down) para más de la mitad de la población es el primer hijo o hija.

Diferencias entre grupos.

A continuación se presenta la asociación entre dos variables para determinar si existe o no una posible relación estadísticamente significativa entre los grupos. Para ello se aplica el análisis de varianza (Oneway).

Las variables edad, sexo, escolaridad y nivel socio-económico de los padres participantes así como el lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down y el tipo de escuela a la que asiste fueron consideradas como variables independientes; y como variable evaluada (dependiente) la actitud de aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down.

A continuación se detallan los resultados obtenidos.

Comparación de las variables edad y grado de aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down por sus padres.

Comparando estas variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se utilizó el análisis de varianza (oneway) que dio como resultado $F\text{-Ratio}=2.1306$, $F\text{-Prob.}=0.1066$ con un grado de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05, siendo este menor al establecido por el análisis de varianza; por lo tanto se acepta la hipótesis de nulidad o nula que dice "No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo a la edad de los padres".

Es decir, que la edad de los padres no es un factor que determine la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down.

Comparación de las variables sexo y grado de aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down por sus padres.

Al comparar estas variables no se encontraron diferencias significativas, se utilizó el análisis de varianza (oneway) que dio como resultado $F=0.000$, $P=0.986$ con un grado de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05, siendo este menor al establecido por el análisis de varianza; por lo tanto se acepta la hipótesis de nulidad o nula que dice "No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al sexo de los padres".

El sexo de los padres tampoco es determinante para la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down.

Comparación de las variables escolaridad y grado de aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down por sus padres.

Comparando estas variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se utilizó el análisis de varianza (oneway) que dio como resultado $F\text{-Ratio}=2.0654$, $F\text{-Prob.}=0.0640$ con un grado de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05, siendo este menor al establecido por el análisis de varianza; por lo tanto se acepta la hipótesis de nulidad o nula que dice "No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al nivel de escolaridad de los padres".

Por lo tanto, podemos afirmar que la escolaridad de los padres no es un factor que influya en la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down.

Comparación de las variables nivel socio-económico y grado de aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down por sus padres.

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre estas variables, se utilizó el análisis de varianza (oneway) que dio como resultado $F\text{-Ratio}=2.5455$, $F\text{-Prob.}=0.0496$ con un grado de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05. De acuerdo con la regla de decisión que señala que si el nivel de significancia es igual o menor al 0.05 se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna que dice "Existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al nivel socio-económico de los padres".

En base a lo anterior, podemos considerar que en el grupo estudiado, (60 padres), el nivel socio-económico de los mismos si es un factor importante en el grado de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down, de acuerdo a la forma en que contestaron las preguntas del cuestionario.

Comparación de las variables lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down y grado de aceptación del mismo por parte de sus padres.

Comparando estas variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se utilizó el análisis de varianza (Oneway) que dio como resultado $F\text{-Ratio}=1.3396$, $F\text{-Prob.}=0.2563$ con un grado de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05, siendo este menor al establecido por el análisis de varianza; por lo tanto se acepta la hipótesis de nulidad o nula que dice "No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al lugar que ocupa el niño o niña en la familia".

El lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down no influye en el grado de aceptación por parte de sus padres.

Comparación de las variables tipo de escuela a la que asiste el niño o niña con Síndrome de Down y grado de aceptación mismo por parte de sus padres.

No fue posible llevar a cabo un análisis de varianza paramétrico (oneway) debido a que el nivel de medición de la variable Tipo de escuela se dio en forma nominal, por lo que utilizó su correspondiente no paramétrico por medio de la fórmula U de Mann-Whitney, para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre estas variables, que dio como resultado $Z=-2.0194$, $P=0.0434$ con un grado de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05. De acuerdo con la regla de decisión que señala, que si el nivel de significancia es igual o menor al 0.05 se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna que dice "Existen diferencias estadísticamente

significativas en los diferentes grupos de padres en la actitud de aceptación hacia su hijo o hija con Síndrome de Down de acuerdo al tipo de escuela a la que asiste el niño o niña”.

Al comparar el grado de aceptación entre los grupos podemos afirmar que los padres, cuyos niños o niñas con Síndrome de Down asisten a la escuela especial particular (Comunidad Down), muestran mayor aceptación y que la diferencia estadística resulta significativa para este grupo. Sin embargo esto no nos conduce a asegurar que la condición de asistir a un tipo de escuela específico influya en la actitud de aceptación o rechazo del menor.

Comparativo entre grado de aceptación y características de los padres.

A continuación se presenta la comparación entre el grado de aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down en relación a las variables de identificación de los padres participantes.

Para conocer como influyen las características propias de los padres en el grado de aceptación de los mismos hacia su hijo o hija con Síndrome de Down se comparó la relación existente entre el grado de aceptación, puntaje obtenido en la escala de actitudes tipo Lickert, y las variables de identificación de los padres participantes, como fueron: nivel socio-económico, edad, sexo, escolaridad, así como el lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down en la familia y el tipo de escuela a la que asiste.

Los puntajes obtenidos en la escala de actitudes tipo Lickert se agruparon del más bajo al más alto, utilizando la media estadística y a partir de ella, mas una desviación estándar nos dio como resultado los puntajes altos; y menos una desviación estándar a la izquierda, nos dio los puntajes bajos.

Puntajes bajos.

Puntaje	Tipo de escuela	Nivel socio-económico	Edad	Escolaridad	Sexo	Lugar del hijo o hija
185	Comunidad Down	Clase media inferior	de 46 a 60 años	Primaria completa	Masculino	Cuarto
189	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 16 a 30 años	Primaria incompleta	Femenino	Primero
190	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 31 a 45 años	Primaria incompleta	Femenino	Cuarto
196	Comunidad Down	Clase media	de 31 a 45 años	Est. Prof. completos	Masculino	Primero

200	Comunidad Down	Clase media	de 31 a 45 años	Est. Prof. completos	Masculino	Primero
202	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 46 a 60 años	Secundaria incompleta	Femenino	Primero
203	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 46 a 60 años	Primaria incompleta	Femenino	Noveno
204	Comunidad Down	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Primaria incompleta	Masculino	Cuarto
206	Centro de Atención Múltiple	Clase baja inferior	de 46 a 60 años	Primaria incompleta	Femenino	Séptimo

Los puntajes bajos obtenidos por medio de la aplicación de la escala de actitudes tipo Lickert se refieren a un menor grado de aceptación por parte de los padres participantes hacia su hijo o hija con Síndrome de Down.

En base al cuadro anterior encontramos que nueve de los padres participantes conforman el grupo que obtuvo puntajes bajos.

De este grupo, cinco pertenecen al Centro de Atención Múltiple y corresponden al sexo femenino; donde predominó la clase baja superior; el nivel de escolaridad de primaria incompleta; la edad presentó el mismo número de padres participantes para los rangos de edad de 31 a 45 y de 46 a 60 años; predominaron las familias para las cuales era el primer hijo o hija y se mantuvo constante el número de familias para las cuales era el cuarto, séptimo o noveno hijo o hija.

A la escuela especial particular (Comunidad Down) corresponden cuatro padres del sexo masculino; las clases media y media inferior se mantuvieron constantes; predominó el nivel de escolaridad de estudios profesionales completos y los niveles de primaria completa y primaria incompleta presentan el mismo número de padres participantes, predominó el rango de edad de 31 a 45 años y en lo que se refiere al lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down fue de dos familias para las cuales era el primero y dos para las que era el cuarto.

Puntajes medios.

Puntaje	Tipo de escuela	Nivel socio-económico	Edad	Escolaridad	Sexo	Lugar del hijo o hija
211	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 16 a 30 años	Secundaria completa	Masculino	Segundo
212	Comunidad Down	Clase media	61 años o mas	Bach. o equiv. completo	Masculino	Primero
213	Centro de Atención Múltiple	Clase media	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. completo	Masculino	Primero

213	Centro de Atención Múltiple	Clase media	de 46 a 60 años	Bach. o equiv. completo	Femenino	Segundo
213	Comunidad Down	Clase media	de 46 a 60 años	Est. Prof. completos	Femenino	Septim.
214	Comunidad Down	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. completo	Femenino	Cuarto
215	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Secundaria incompleta	Femenino	Tercero
217	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Secundaria completa	Masculino	Segundo
218	Comunidad Down	Clase media	61 años o mas	Bach. o equiv. completo	Femenino	Primero
220	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 31 a 45 años	Primaria incompleta	Femenino	Segundo
221	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 46 a 60 años	Primaria completa	Masculino	Cuarto
222	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 31 a 45 años	Primaria incompleta	Femenino	Tercero
224	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 31 a 45 años	Primaria completa	Masculino	Tercero
224	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 46 a 60 años	Primaria completa	Femenino	Cuarto
226	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. incompleto	Masculino	Primero
226	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Primaria completa	Femenino	Primero
226	Comunidad Down	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Secundaria completa	Femenino	Tercero
226	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 46 a 60 años	Primaria incompleta	Femenino	Tercero
229	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Primaria completa	Femenino	Primero
229	Comunidad Down	Clase media	de 31 a 45 años	Est. Prof. completos	Femenino	Segundo
230	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 46 a 60 años	Primaria incompleta	Femenino	Sexto
232	Comunidad Down	Clase media	de 16 a 30 años	Est. Prof. completos	Femenino	Segundo
233	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 16 a 30 años	Primaria completa	Femenino	Primero
233	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Secundaria completa	Femenino	Segundo
234	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Secundaria completa	Masculino	Primero
234	Comunidad Down	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. completo	Femenino	Primero
234	Comunidad Down	Clase media inferior	de 46 a 60 años	Est. Prof. incompletos	Femenino	Segundo
234	Comunidad Down	Clase media	de 46 a 60 años	Est. Prof. incompletos	Femenino	Segundo

235	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. incompleto	Femenino	Primero
236	Comunidad Down	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. completo	Masculino	Primero
237	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 16 a 30 años	Secundaria completa	Femenino	Primero
237	Comunidad Down	Clase media	de 31 a 45 años	Secundaria completa	Femenino	Segundo
241	Centro de Atención Múltiple	Clase media	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. completo	Femenino	Segundo
242	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 16 a 30 años	Bach. o equiv. incompleto	Masculino	Primero
242	Comunidad Down	Clase media	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. completo	Masculino	Segundo
243	Comunidad Down	Clase media superior	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. completo	Femenino	Segundo
244	Centro de Atención Múltiple	Clase media	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. completo	Masculino	Tercero
245	Centro de Atención Múltiple	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. completo	Femenino	Primero
245	Comunidad Down	Clase media	de 31 a 45 años	Bach. o equiv. completo	Femenino	Primero
245	Comunidad Down	Clase media	de 31 a 45 años	Est. Prof. completa	Femenino	Primero
247	Centro de Atención Múltiple	Clase baja superior	de 31 a 45 años	Primaria completa	Femenino	Cuarto

Los puntajes medios obtenidos a través de la aplicación de la escala de actitudes tipo Lickert representan puntajes neutrales donde se observa duda de los padres participantes con respecto a la aceptación o no de su hijo o hija con Síndrome de Down.

En base al cuadro anterior encontramos que cuarenta y uno de los padres participantes conforman el grupo que obtuvo puntajes medios, y se distribuyeron como sigue:

De este grupo, veinticinco de los padres participantes pertenecen al Centro de Atención Múltiple donde predominó el sexo femenino; la clase media inferior; el rango de edad de 31 a 45 años; el nivel de escolaridad de primaria completa y las familias para las cuales era el primer hijo o hija.

A la escuela especial particular (Comunidad Down) corresponden 16 de los padres participantes, con predominio del sexo femenino; la clase media; el rango de edad de 31 a 45 años; el nivel de escolaridad de bachillerato o equivalente completo y el número de familias para las cuales era el primer o segundo hijo o hija fue similar.

Puntajes altos.

Puntaje	Tipo de escuela	Nivel socio-económico	Edad	Escolaridad	Sexo	Lugar del hijo o hija
250	Comunidad Down	Clase media	de 31 a 45 años	Est. Prof. completos	Femenino	Segundo
251	Comunidad Down	Clase media inferior	de 46 a 60 años	Primaria completa	Femenino	Primero
251	Comunidad Down	Clase media	de 46 a 60 años	Est. Prof. completos	Femenino	Segundo
252	Comunidad Down	Clase media	de 31 a 45 años	Est. Prof. incompletos	Masculino	Primero
254	Comunidad Down	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Secundaria completa	Masculino	Segundo
254	Comunidad Down	Clase media	de 31 a 45 años	Est. Prof. completos	Femenino	Cuarto
260	Comunidad Down	Clase media superior	de 31 a 45 años	Est. Prof. completos	Masculino	Primero
262	Comunidad Down	Clase media	de 31 a 45 años	Bach o equiv completo	Femenino	Primero
272	Comunidad Down	Clase media superior	de 31 a 45 años	Est. Prof. completos	Femenino	Primero
284	Comunidad Down	Clase media inferior	de 31 a 45 años	Bach o equiv completo	Femenino	Primero

Los puntajes altos obtenidos por medio de la aplicación de la escala de actitudes tipo Lickert indican un mayor grado de aceptación por parte de los padres hacia su hijo o hija con Síndrome de Down.

En base al cuadro anterior encontramos que diez de los padres participantes conforman el grupo que obtuvo puntajes altos.

Este grupo está conformado por padres participantes de la escuela especial particular (Comunidad Down) donde predominó la clase media; el rango de edad de 31 a 45 años; el nivel de escolaridad de estudios profesionales completos; el sexo femenino y las familias para las cuales era el primer hijo o hija.

Análisis de las frecuencias de respuestas de los padres participantes a la escala de actitudes tipo Lickert agrupadas por factores.

En el siguiente cuadro se presentan las frecuencias de respuestas agrupadas por cada uno de los factores utilizados en la elaboración de la escala de actitudes tipo Lickert, de acuerdo a la definición del Diccionario Enciclopédico de Educación Especial (1986) que considera la aprobación, comprensión, respeto y tolerancia como factores fundamentales de la aceptación.

Pregunta N°	Factores	Porcentajes Altos		Porcentajes Medios		Porcentajes Bajos	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
30	Aprobación					30	50.0
27	Aprobación					34	56.7
34	Aprobación					38	63.3
33	Aprobación			40	66.7		
35	Aprobación			47	78.3		
40	Aprobación			50	83.3		
9	Aprobación			50	83.3		
4	Aprobación			54	90.0		
49	Aprobación			56	93.3		
7	Aprobación			56	93.3		
10	Aprobación			56	93.3		
18	Aprobación	57	95.0				
21	Aprobación	57	95.0				
51	Aprobación	57	95.0				
1	Aprobación	58	96.7				
43	Aprobación	58	96.7				
46	Aprobación	59	98.3				
44	Aprobación	60	100.0				
13	Comprensión					33	55.0
47	Comprensión					33	55.0
28	Comprensión					35	58.3
32	Comprensión			39	65.0		
8	Comprensión			46	76.7		
15	Comprensión			47	78.3		
16	Comprensión			47	78.3		
50	Comprensión			47	78.3		
26	Comprensión			49	81.7		
20	Comprensión			50	83.3		
39	Comprensión			51	85.0		
52	Comprensión			51	85.0		
11	Comprensión			53	88.3		
24	Comprensión			53	88.3		
12	Comprensión			53	88.3		
19	Comprensión			55	91.7		
31	Comprensión			55	91.7		
53	Comprensión			56	93.3		
42	Comprensión	60	100.0				

58	Respeto					35	58.3
3	Respeto					38	63.3
22	Respeto			44	73.3		
37	Respeto			46	76.7		
6	Respeto			52	86.7		
36	Respeto			53	88.3		
41	Respeto			56	93.3		
14	Respeto	57	95.0				
55	Respeto	57	95.0				
48	Respeto	58	96.7				
17	Tolerancia					27	45.0
45	Tolerancia					33	55.5
57	Tolerancia					34	56.7
59	Tolerancia					34	56.7
29	Tolerancia					35	58.3
60	Tolerancia					37	61.7
2	Tolerancia			40	66.7		
25	Tolerancia			40	66.7		
23	Tolerancia			46	76.7		
5	Tolerancia			48	80.0		
54	Tolerancia			52	86.7		
56	Tolerancia			52	86.7		
38	Tolerancia	58	96.7				

En base a estos resultados encontramos que los porcentajes por cada uno de los factores se distribuyeron de la siguiente manera:

El factor aprobación está conformado por el 30% (18) de las preguntas del instrumento final. De estas preguntas el 16.7% (3) presentan un menor grado de aceptación; el 38.9% (7) corresponden un mayor grado de aceptación y el 44.4% (8) representan duda entre aceptar o rechazar al niño o niña con Síndrome de Down.

Al factor comprensión corresponde el 31.7% (19) de las preguntas del instrumento final. En este factor se presenta el mayor porcentaje de duda entre aceptar o rechazar al niño o niña 79.0% (15) y los menores porcentajes para bajos y altos, 15.8% (3) y 5.3% (1) respectivamente.

El factor respeto agrupa el menor número de preguntas 16.7% (10) de las cuales el 20% (2) corresponden a porcentajes bajos; el 50% (5) representan el grupo donde existe duda entre aceptación o rechazo, finalmente el 30% (3) integran los porcentajes altos.

En el factor tolerancia encontramos al 21.7% (13) donde el grupo que presenta menor grado de aceptación y el grupo que duda entre aceptar o rechazar obtuvieron el mismo porcentaje 46.2% (6) y el grupo con mayor grado de aceptación está conformado por el 7.7% (1).

En base a este análisis observamos que en los factores aprobación y comprensión se agrupó el 61.7% (37) de las preguntas del instrumento final; el factor comprensión presenta el mayor porcentaje de duda entre aceptación y rechazo; al factor aprobación corresponde el mayor número de porcentajes altos.

Distribución socio-demográfica de las frecuencias de las variables.

A continuación se presenta el cuadro global de las frecuencias absolutas y su equivalente en porcentaje de cada una de las variables de la presente investigación, para facilitar la comprensión de las diferentes gráficas.

DISTRIBUCION SOCIO-DEMOGRAFICA DE LAS FRECUENCIAS DE LAS VARIABLES

ESCUELAS PARTICIPANTES							
Código	Variables Descripción	Centro de Atención Múltiple		Comunidad Down		Frecuencia Global	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
EDAD							
1	16 a 30 años	5	16.7	1	3.3	6	10.0
2	31 a 45 años	17	56.7	21	70.0	38	63.3
3	46 a 60 años	8	26.7	6	20.0	14	23.3
4	61 ó más	-	-	2	6.7	2	3.3
	Total	30	100.0	30	100.0	60	100.0
SEXO							
1	Masculino	8	26.7	11	36.7	19	31.7
2	Femenino	22	73.3	19	63.3	41	68.3
	Total	30	100.0	30	100.0	60	100.0
ESCOLARIDAD							
1	Primaria Incompleta	8	26.7	1	3.3	9	15.0
2	Primaria completa	6	20.0	3	10.0	9	15.0
3	Secundaria Incompleta	2	6.67	-	-	2	3.3
4	Secundaria completa	5	16.7	3	10.0	8	13.3
5	Bach. o equiv. Incompleta	3	10.0	-	-	3	5.00
6	Bach. o equiv. completa	4	13.3	11	36.7	15	25.0
7	Est. profesionales Incompletos	1	3.3	2	6.7	3	5.0
8	Est. profesionales completos	1	3.3	10	33.3	11	18.3
	Total	30	100.0	30	100.0	60	100.0

NIVEL SOCIO-ECONOMICO							
1	Clase baja inferior	1	3.3	-	-	1	1.7
2	Clase baja superior	12	40.0	-	-	12	20.0
3	Clase media inferior	12	40.0	11	36.7	23	38.3
4	Clase media	5	16.7	16	53.3	21	35.0
5	Clase media superior	0	-	3	10.0	3	5.0
6	Clase alta	0	-	-	-	-	-
	Total	30	100.0	30	100.0	60	100.0

LUGAR QUE OCUPA EL HIJO							
1	Primer hijo o hija	9	30.0	17	56.7	26	43.3
2	Segundo hijo o hija	8	26.7	8	26.7	16	26.7
3	Tercer hijo o hija	6	20.0	-	-	6	10.0
4	Cuarto hijo o hija	4	13.3	4	13.3	8	13.3
5	Quinto hijo o hija	0	-	-	-	-	-
6	Sexto hijo o hija	1	3.3	-	-	1	1.7
7	Séptimo hijo o hija	1	3.3	1	3.3	2	3.3
8	Octavo hijo o hija	0	-	-	-	2	-
9	Noveno hijo o hija	1	3.3	-	-	1	1.7
	Total	30	100.0	30	100.0	60	100.0

13.- GRAFICAS.

1) Gráfica global del nivel socio-económico de los padres participantes.

1.1) Gráfica del nivel socio-económico de los padres participantes del Centro de Atención Múltiple.

1.2) Gráfica del nivel socio-económico de los padres participantes de la escuela especial particular (Comunidad Down).

2) Gráfica global de la edad de los padres participantes.

2.1) Gráfica de la edad de los padres participantes del Centro de Atención Múltiple.

2.2) Gráfica de la edad de los padres participantes de la escuela especial particular (Comunidad Down).

3) Gráfica global del sexo de los padres participantes.

3.1) Gráfica del sexo de los padres participantes del Centro de Atención Múltiple.

3.2) Gráfica del sexo de los padres participantes de la escuela especial particular (Comunidad Down).

4) Gráfica global de la escolaridad de los padres participantes.

4.1) Gráfica de la escolaridad de los padres participantes del Centro de Atención Múltiple.

4.2) Gráfica de la escolaridad de los padres participantes de la escuela especial particular (Comunidad Down).

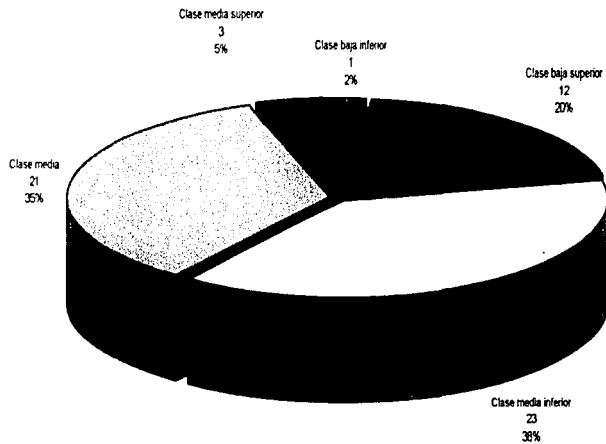
5) Gráfica global del lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down.

5.1) Gráfica del lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down, Centro de Atención Múltiple.

5.2) Gráfica del lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down, escuela especial particular (Comunidad Down).

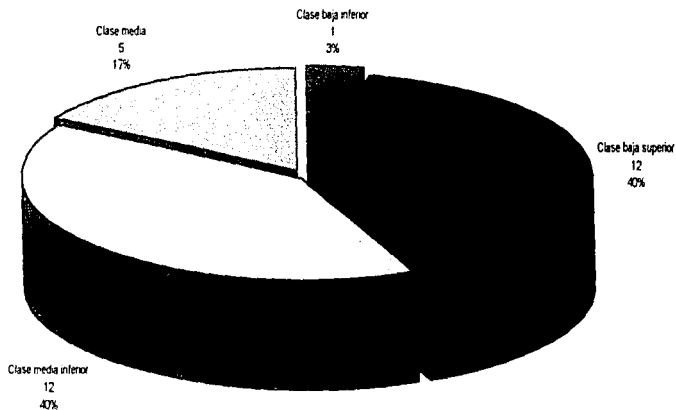
6) Gráfica global del tipo de escuela a la que asiste el hijo o hija con Síndrome de Down.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO DE LOS PADRES PARTICIPANTES
GRAFICA GLOBAL



GRAFICA Nº 1

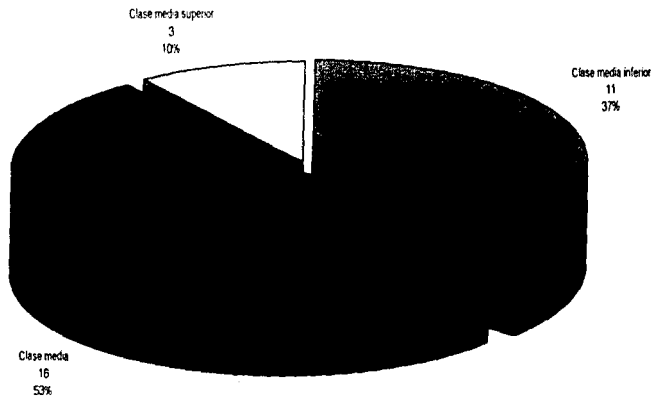
NIVEL SOCIO-ECONOMICO DE LOS PADRES PARTICIPANTES
CENTRO DE ATENCION MULTIPLE



GRAFICA N° 1.1

En la población del Centro de Atención Múltiple se encontró que el 3.33% (1) corresponden a la clase baja inferior, el 40% (12) a la clase baja superior, el 40% (12) a la clase media inferior y el 16.67% (5) a la clase media.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO DE LOS PADRES PARTICIPANTES
COMUNIDAD DOWN

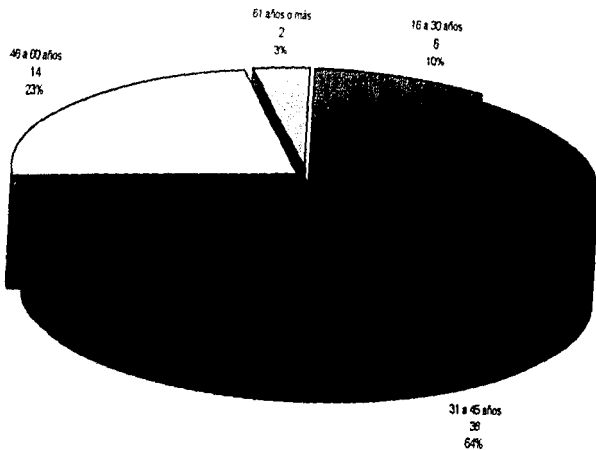


GRAFICA N° 1 2

En la población de la Comunidad Down se encontró que el 36 67% (11) pertenecen a la clase media baja, el 53 33% (16) a la clase media y el 10% (3) a la clase media superior.

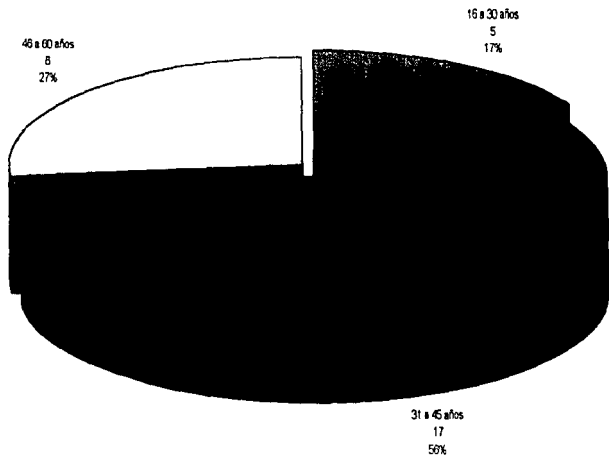
EDAD DE LOS PADRES PARTICIPANTES

GRAFICA GLOBAL



GRAFICA Nº 2

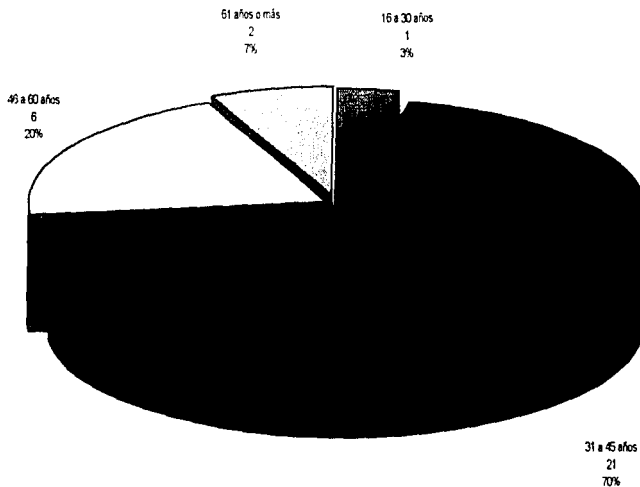
EDAD DE LOS PADRES PARTICIPANTES
CENTRO DE ATENCION MULTIPLE



GRAFICA Nº 2 1

En la población del Centro de Atención Múltiple se encontró al 16.67% (5) en el rango de 16 a 30 años, al 56.67% (17) de 31 a 45 años y al 26.67% de 46 a 60 años

EDAD DE LOS PADRES PARTICIPANTES
COMUNIDAD DOWN



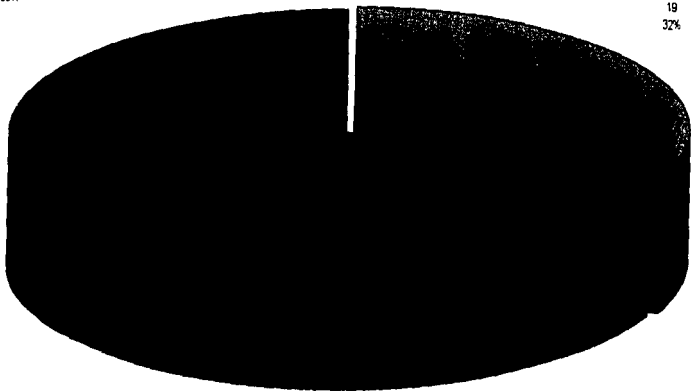
GRAFICA N° 2.2

En la población de la Comunidad Down se encontró al 3.33% (1) en el rango de edad de 16 a 30 años, al 70% (21) de 31 a 45 años, el 20% (6) de 46 a 60 años y al 6.67% (2) 61 años o más.

SEXO DE LOS PADRES PARTICIPANTES
GRAFICA GLOBAL

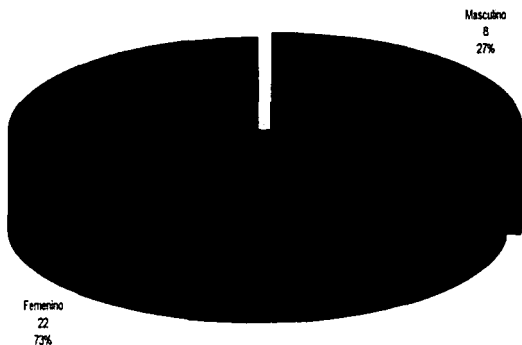
FEMENINO
41
68%

MASCULINO
19
32%



GRAFICA N° 3

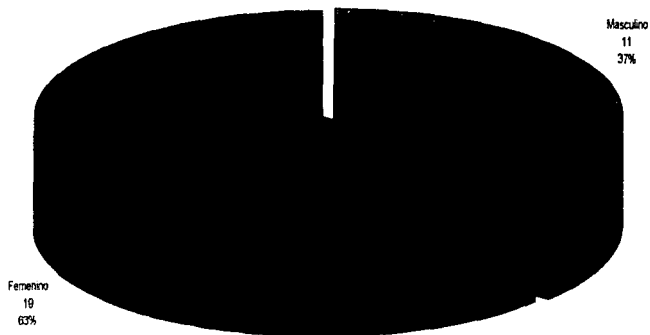
SEXO DE LOS PADRES PARTICIPANTES
CENTRO DE ATENCION MULTIPLE



GRAFICA Nº 3.1

En la población del Centro de Atención Múltiple encontramos que el 26.67% (8) corresponden al sexo masculino y el 73.33% (22) al sexo femenino.

SEXO DE LOS PADRES PARTICIPANTES
COMUNIDAD DOWN

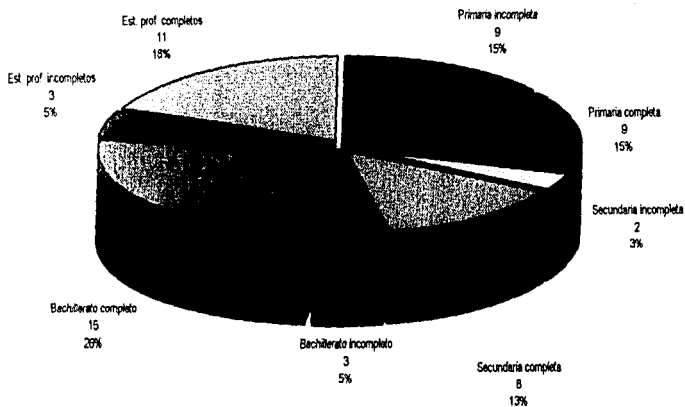


GRAFICA N° 3 2

En la población de la Comunidad Down encontramos que el 36.67% (11) corresponden al sexo masculino y el 63.33% (19) al sexo femenino.

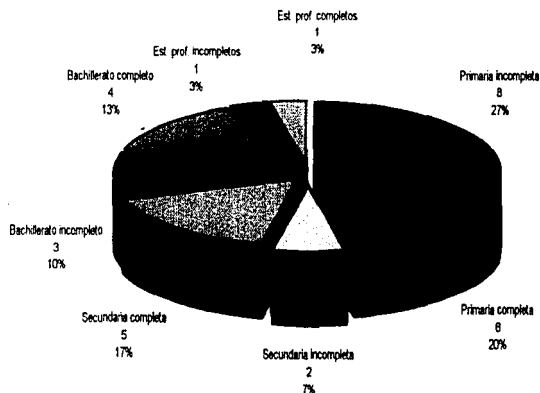
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES PARTICIPANTES

GRAFICA GLOBAL



GRAFICA N° 4

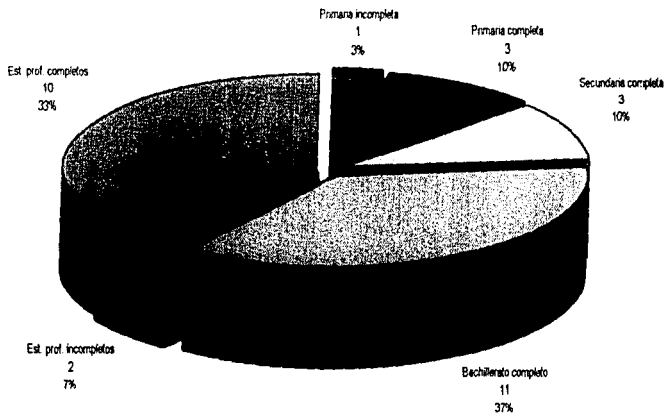
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES PARTICIPANTES
CENTRO DE ATENCION MULTIPLE



GRAFICA N° 4.1

En la población del Centro de Atención Múltiple se encontró que los niveles de escolaridad predominantes son el de primaria incompleta con 26.67% (8), primaria completa con 20% (6) y secundaria completa con 16.67% (5).

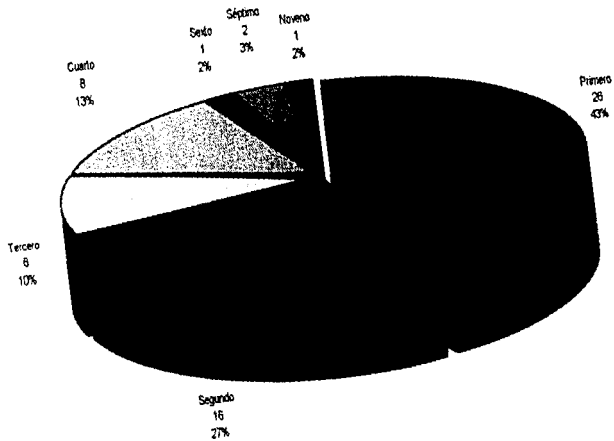
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES PARTICIPANTES
COMUNIDAD DOWN



GRAFICA N° 4.2

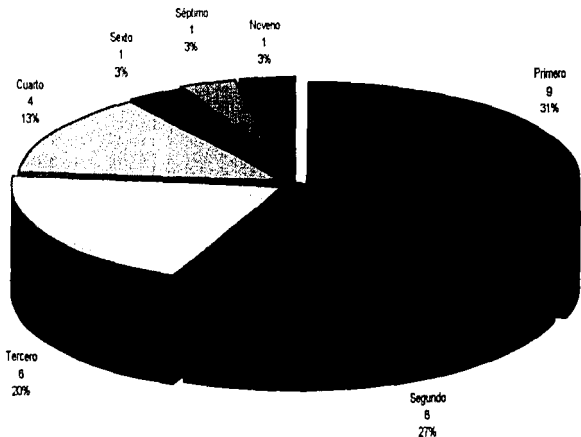
En la población de la Comunidad Down se encontró que los niveles de escolaridad predominantes son bachillerato completo con 36,67% (11) y estudios profesionales completos con 33,33% (10).

LUGAR QUE OCUPA EL HIJO O HIJA CON SINDROME DE DOWN
GRAFICA GLOBAL



GRAFICA Nº 5

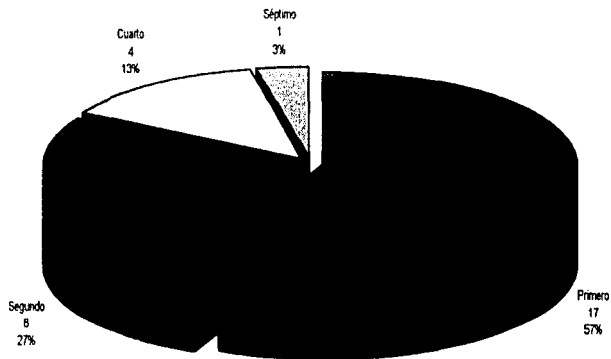
LUGAR QUE OCUPA EL HIJO O HIJA CON SINDROME DE DOWN
CENTRO DE ATENCION MULTIPLE



GRAFICA Nº 5.1

En la población del Centro de Atención Múltiple se encontró que predominan las familias para las cuales es el primer hijo o hija 30% (9), el segundo 26.67% (8), el tercero 20% (6) y el cuarto 13.33% (4).

LUGAR QUE OCUPA EL HIJO O HIJA CON SINDROME DE DOWN
COMUNIDAD DOWN

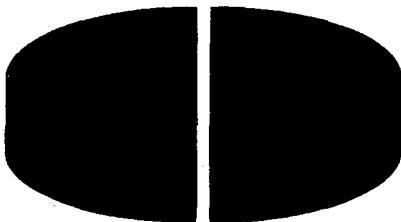


GRAFICA N° 5.2

En la población de la Comunidad Down se encontró que las familias para las cuales es el primer hijo o hija representan el 56.67% (17), el segundo 26.67% (8), el cuarto 13.33% (4) y el séptimo el 3.33 (1)

TIPO DE ESCUELA A LA QUE ASISTE EL HIJO O HIJA CON SINDROME DE DOWN

Centro de Atención Múltiple
30
50%



Escuela especial particular
(Comunidad Down)
30
50%

GRAFICA Nº 6

14.- Discusión y Conclusiones.

Discusión.

En esta investigación se parte de la idea de que todas las personas tienen derecho a ser aceptadas, queridas, respetadas y comprendidas tanto por sus padres, por su familia y por la sociedad, sin importar que presenten alteraciones físicas o mentales en su proceso de desarrollo.

La familia después de los padres es sin duda el grupo más importante para el ser humano; justamente es en este círculo donde se viven las primeras experiencias y donde se obtienen las primeras relaciones sociales.

Los padres del niño o niña con Síndrome de Down, como cualquier otro padre, desean tener hijos o hijas normales, saludables y con ciertas características que les permitan proyectar sus anhelos, sueños o fantasías. Si el hijo o hija nace con Síndrome de Down o cualquier otra discapacidad sea esta física o mental se presenta un rompimiento de las expectativas hacia el niño o niña, esta situación origina en los padres reacciones negativas como sería la no aceptación del hijo o hija.

De la aceptación del niño o niña con Síndrome de Down dependerá que se desarrolle equilibrada y armónicamente y se convierta en persona útil a sí misma y a los demás.

Los padres pueden experimentar cambios inesperados o repentinos ante el hecho de tener un hijo o hija con Síndrome de Down o con cualquier otra discapacidad. Existen tres tipos de crisis por las que atraviesan los padres como lo señalan Menolasciño y Wolfensberg (1967).

1.- Choque inicial o Crisis de lo inesperado, se da ante el rompimiento repentino de sus perspectivas, planes, su concepto de sí mismos y de su futuro, el choque y desilusión son profundos.

2.- Crisis de los valores personales, la cual sobreviene porque entran en conflicto los valores de la pareja, sienten ambivalencia de amar y cuidar al hijo o hija independientemente de las características que presente, pero también se les ha enseñado a tener en gran estima los valores socialmente aceptados.

3.- Crisis de la realidad donde los padres después de aceptar la realidad se enfrentan a otras realidades más concretas que significan un desequilibrio familiar por los

problemas de tipo económico, otra realidad se refiere a como es aceptado el niño o niña tanto por su familia como por la sociedad.

Es importante mencionar que los padres se adaptaran con mayor o menor facilidad a todas las crisis mencionadas tomando en cuenta su interacción familiar previa a la llegada del niño o niña con Síndrome de Down.

En relación a la aceptación, Ingalls (1988) menciona: Los padres que aceptan a su hijo o hija con Síndrome de Down presentan una conducta adaptativa saludable que incluye algunas características:

* Perciben las actitudes, potencialidades y debilidades del niño o niña con Síndrome de Down.

* Son capaces de afrontar el retraso del niño o niña sin sentirse avergonzados.

* Son comprensivos y dentro de sus posibilidades buscan proporcionarle los mejores servicios médicos y educativos.

* Son tolerantes y le demuestran amor de manera que el niño o niña logre la independencia de que es capaz.

* Dedican al niño o niña con Síndrome de Down el tiempo necesario sin descuidar a los demás miembros de la familia.

* Tienen plena consciencia de sus reacciones emocionales hacia el hijo o hija discapacitado y conocen hasta que grado las necesidades del niño o niña determinan sus propias reacciones.

El grado de aceptación de los niños o niñas con Síndrome de Down por parte de sus padres se demuestra a través de las actitudes, estas actitudes implican creencias y sentimientos que influyen sobre la conducta, sea ésta de acercamiento o de rechazo.

Las actitudes se forman a través de la experiencia, tienen su origen en la familia por medio de la socialización, es decir, como proceso de introducción a las formas de la sociedad en donde se adquieren valores, normas y costumbres.

Ante el impacto de la noticia de que su hijo o hija nació con Síndrome de Down los padres reaccionan emocionalmente en diversas formas lo que origina un estado de ambivalencia como lo menciona Maccleit (1973) donde la aceptación y el rechazo pueden ser una forma de reaccionar de los padres, la primera, instintiva para proteger al niño o niña "desvalido"; la segunda, como una actitud de rechazo ante lo que representa el Síndrome de Down.

Las actitudes desempeñan funciones específicas para cada individuo, estableciendo equilibrio entre sus opiniones, conocimientos o valores, estos elementos cognoscitivos se encuentran en estrecha relación de tal forma que tienden a ser consistentes, cuando estos elementos no se ajustan entre sí, la relación en la cual se encuentran es disonante, de acuerdo a la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva mencionada por Festinger (1957). La situación que viven los padres ante el nacimiento de su hijo o hija con Síndrome de Down podría ser explicada a través de esta teoría, donde los padres buscan establecer armonía para eliminar el malestar y la tensión que esta situación les produce.

La Disonancia Cognoscitiva es vista como un estado de tensión que motiva a la persona a modificar ese estado tratando de reducir las cogniciones disonantes, o buscando cogniciones consonantes. Puede surgir por inconsistencia lógica entre los elementos cognoscitivos, o por costumbres culturales que no se ajustan con una situación particular presente.

Cuando los padres establecen armonía o congruencia entre sus opiniones, conocimientos y valores con respecto a su hijo o hija con Síndrome de Down, se da inicio al proceso de aceptación.

El estudio de la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down es un problema que implica una amplia variedad de factores en cuanto a las características de los padres. Por tal motivo el objetivo de la presente investigación ha sido analizar, fundamentalmente, si el grado de aceptación de los padres hacia su hijo o hija con Síndrome de Down se ve influenciado por algunas características propias de los padres como son edad, sexo y nivel de escolaridad, así como por otros factores que por su efecto en la vida familiar podrían estar influyendo en el grado de aceptación o rechazo; tales como el nivel socio-económico y el lugar de nacimiento que ocupa el hijo o hija en la familia.

Con base en estas consideraciones los resultados obtenidos en esta investigación adquieren significancia ya que nos permiten formular las siguientes conclusiones.

Conclusiones.

Para el análisis estadístico de la muestra en función de las variables antes señaladas se obtuvieron las medias, observándose que:

- El rango de edad predominante fue de 31 a 45 años.
- El número de padres participantes fue mayor para el sexo femenino.
- El grado de escolaridad con mayor número de padres participantes fue el de bachillerato o equivalente completo.

- La nivel socioeconómico medio inferior predominó en la muestra.
- Para la mayoría de los padres era el primer hijo o hija.

Con respecto al nivel socio-económico de los padres y el grado de aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down y en base a la información obtenida en esta investigación se observó que el nivel socio-económico de los padres en un factor que influye en el grado de aceptación, más no es determinante, lo que es acorde a lo que plantean Menolasciò y Wolfensberg (1967) en la crisis de realidad: "...Los padres además de enfrentarse a una variedad de sentimientos contradictorios producidos por los valores en conflicto, también tienen que hacerle frente a otras realidades más concretas como la influencia del nivel socio-económico en los problemas de salud del hijo que requiere tratamiento, o la necesidad de acudir a escuelas particulares para una educación más especializada de su hijo deficiente, lo que origina grandes gastos para el presupuesto de los padres...". Esto confirma lo propuesto por Lambert y Rondal (1982) que señalan que el nivel socio-económico tiene una "influencia profunda" en la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down, así como lo propuesto por Ingalls (1988) que menciona que el nivel socio-económico de los padres tiene una "influencia importante" en la aceptación del hijo con Síndrome de Down.

Para Ingalls (1988) la aceptación es una reacción adaptativa ante el hecho de tener un hijo o hija con Síndrome de Down e incluye algunas características que se resumen de la siguiente manera: El concepto de aceptación supone el equilibrio entre reconocer las deficiencias del hijo o hija, comprenderlo, tolerarlo y brindarle los mejores servicios posibles en orden médico y educativo sin dejar que la discapacidad perturbe las interacciones familiares.

En una familia con bajos ingresos los padres están demasiado preocupados por los problemas económicos que cada día les impone que dejan de ocuparse del desarrollo futuro de sus hijos o hijas como lo menciona Farber (1972). Tratándose del niño o niña con Síndrome de Down esto influye en el grado de atención, cuidado y seguridad que le deben brindar sus padres, en consecuencia, el nivel socio-económico influye en el grado de aceptación.

Para la presente investigación se consideró que la edad tenía una influencia significativa en la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down, sin embargo, los resultados obtenidos demuestran que la edad no es un factor que influya en la aceptación.

Las estadísticas señalan que la edad de la madre es un factor importante en la aparición del Síndrome de Down y en la presente investigación no tuvo la relevancia que se esperaba. Es necesario destacar que el rango de edad predominante fue de 31 a 45 años, lo cual se contraponen a la teoría existente de que la mayor incidencia de nacimientos de niños o niñas con Síndrome de Down se presenta en madres de más de 45 años.

Con respecto al sexo de los padres los resultados reportan que el sexo no tiene una influencia estadísticamente significativa en la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down. Sin embargo, aunque no significativas las diferencias encontradas en la presente investigación indican que las mujeres muestran actitudes más positivas en cuanto a la aceptación de su hijo o hija. Esto se hizo evidente en el número de madres que conformaron la muestra, lo que implica una mayor participación por parte de la mujer en los problemas de los hijos o hijas y su educación. Esto es acorde con lo que se señaló anteriormente en el sentido de que en México generalmente la madre es la que se ocupa más directamente del hijo o hija mientras que el padre trabaja fuera de casa, por lo tanto, el comportamiento de la madre tiene más influencia sobre el desarrollo de hijo o hija con Síndrome de Down, sin demeritar la participación del padre en la formación del hijo o hija.

Al tomar como referencia el nivel de escolaridad de los padres se encontró que no existe diferencia estadísticamente significativa con respecto al grado de aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down. Sin embargo, aunque no significativa los resultados obtenidos en esta investigación muestran que existen diferencias entre el grado de aceptación de los padres a partir del nivel de escolaridad y la tendencia es que una alta escolaridad favorece el surgimiento de actitudes más positivas con respecto a la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down. Esto nos permitió inferir que al tener un mejor nivel de conocimiento del mundo y de la situación de un niño o niña con Síndrome de Down la actitud de los padres es diferente a la de otros padres que tienen una escolaridad menor.

En relación a la posición de nacimiento que guarda el hijo o hija con Síndrome de Down en la familia y el grado de aceptación por parte de sus padres no se observó una influencia estadísticamente significativa en este estudio. Para la mayoría de los padres participantes era el primer o segundo hijo o hija, en otros casos se trataba del sexto, séptimo o noveno hijo o hija, estos resultados se contraponen con la idea generalizada que se tiene de que el hijo o hija con Síndrome de Down por ser el último integrante de la familia tiene mayor atención por parte de los padres y los hermanos.

Con respecto al tipo de escuela a la que asiste el niño o niña con Síndrome de Down, la influencia estadísticamente significativa que se determinó en la presente investigación se establece a partir de dos características propias de los padres que son el nivel socio-económico y el nivel de escolaridad, de acuerdo a los siguientes datos.

La clase baja superior y la clase media inferior fueron los niveles socio-económicos predominantes entre los padres cuyos hijos o hijas asisten al Centro de Atención Múltiple, mientras que en la escuela especial particular (Comunidad Down) predominó la clase media.

Otro aspecto relevante es la escolaridad de los padres, el grado de escolaridad predominante entre los padres cuyos hijos o hijas asisten al Centro de Atención Múltiple fue de primaria incompleta y primaria completa en contraste con el grado de

escolaridad de los padres cuyos hijos o hijas asisten a la escuela especial particular (Comunidad Down) donde la mayoría de los padres concluyeron el grado de bachillerato o equivalente, seguido del grado de estudios profesionales completos.

Con los resultados obtenidos se confirma la hipótesis principal ya que en la medida que una familia tenga resueltas sus necesidades económicas aunadas a una mayor escolaridad, tendrá mayores posibilidades de aceptar a su hijo o hija con Síndrome de Down como lo señala Valenzuela (1974) "...En el caso de un medio social acomodado y de un grado de escolaridad media o superior, los padres tienen la capacidad de aceptar en toda su esencia la magnitud del problema y se adquieren los factores que pueden modificar la personalidad o conducta de los padres ante el problema del hijo deficiente...".

La importancia que tiene este estudio para la Psicología es despertar el interés de los profesionales para desarrollar programas de información hacia los padres y sensibilizarlos sobre las características y necesidades de las personas con Síndrome de Down para facilitar la integración a la dinámica familiar.

15.- Limitaciones y Sugerencias

Limitaciones.

La información obtenida en esta investigación reflejó la influencia que algunos factores tienen en la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down por parte de sus padres, no obstante, después de abordar las conclusiones habría que citar las limitaciones encontradas en los resultados del presente estudio.

En primer lugar la dispersión de la muestra de padres de hijos o hijas con Síndrome de Down en el Centro de Atención Múltiple originó que se tuviera que acudir a diversas escuelas con el fin de reunir la muestra preestablecida, por lo consiguiente la población participante abarcó cuatro zonas distintas del Distrito Federal, que fueron Tlahuac, Xochimilco, Milpa Alta y Tlatelolco, zonas que presentan diferentes características económicas y sociales. En contraposición, la población de la escuela especial particular (Comunidad Down), fue reunida en una sola institución y en un fecha preestablecida, los domicilios de estos padres se circunscriben a las delegaciones Alvaro Obregón, Benito Juárez, Iztapalapa, Miguel Hidalgo, Gustavo A. Madero, Coyoacán, Tlalpan y Ecatepec, Edo. de México.

En segundo lugar el formato del cuestionario de actitudes tipo Lickert elaborado para la presente investigación resultó de difícil comprensión para algunos de los padres participantes, principalmente para aquellos que tenían bajos niveles de escolaridad o

para los que presentaban alguna deficiencia visual, por lo que en ocasiones fue necesario leer cada una de las preguntas.

En tercer lugar la estructura del cuestionario socio-económico resultó confuso ya que en algunos casos la madre no era la que aportaba los ingresos económicos, por lo tanto señalaban desconocer el monto de los ingresos de sus esposos. En otros casos, para el tipo de vivienda únicamente se consideró "Propia o Rentada" no se tomó en cuenta que la vivienda podría ser prestada o de algún familiar, esto alteró los resultados en virtud de que la casa era propia, pero no de los padres participantes. Con respecto al punto donde se le solicitaba expresar el "Puesto que desempeña", algunas de las madres participantes anotaban "Ama de casa", para resolver esta situación fue necesario hacer una rápida revisión de las respuestas al momento de recibir el cuestionario ya contestado y aclarar verbalmente las respuestas en forma individual.

Otro punto fue el bajo grado de disposición presentado por algunos padres al momento de contestar el cuestionario de actitudes tipo Lickert.

Un punto sumamente importante que no se tomó en consideración fue con respecto a los datos del hijo o hija con Síndrome de Down, ya que esta investigación se realizó desde la perspectiva de los padres, descartando la influencia que ejerce, la edad y el sexo de los hijos o hijas con este síndrome en el grado aceptación por parte de los padres.

Otro aspecto que se omitió fue el ubicar dentro del mapa geoeconómico del Distrito Federal las distintas colonias en donde vivían los padres participantes, por lo que se sugiere que en investigaciones futuras se tome en consideración este aspecto.

No se buscó que la muestra estuviera conformada por el mismo número de padres y madres participantes, se tomaron a aquellos que estaban dispuestos a cooperar.

Finalmente, no se efectuó la comparación del grado de aceptación entre el grupo de padres y el grupo de madres. Comparación que probablemente muestre más sobre la actitud de aceptación o rechazo que los profesionales deberían considerar para mejorar o modificar algunas actitudes de los padres hacia los niños o niñas con Síndrome de Down.

Sugerencias.

Por todo lo anterior se sugiere que en futuras investigaciones se considere:

- Delimitar la muestra tomando el mismo número de padres y madres participantes, al igual que para el grado de escolaridad, la edad y el nivel socio-económico y de esta manera resulte una muestra más homogénea a efecto de crear mecanismos

para investigar más a fondo las vivencias de los padres y madres de un hijo o hija con Síndrome de Down.

- **Incrementar el tamaño de la muestra con la finalidad de conseguir representar las diversas características de los padres.**
- **Tomar en consideración como se ve afectado el grado de aceptación a nivel familiar, por la edad y el sexo del niño o niña con Síndrome de Down.**
- **Solicitar la colaboración de las Instituciones a fin de que otorguen mayores facilidades para realizar pláticas previas y lograr una adecuada participación de los padres de hijos o hijas con Síndrome de Down.**
- **Desarrollar el cuestionario socio-económico de manera más precisa**
- **Que se confiable y se valide el instrumento creado para la presente investigación a fin de ser utilizado en futuras investigaciones.**
- **Investigar la influencia de la edad de la madre en el nacimiento de niños o niñas con Síndrome de Down.**

BIBLIOGRAFIA.

- Alvarez, M. E. (1990).** La aceptación del deficiente mental escolar dentro del núcleo familiar. Tesis de la Escuela Normal de Especialización. S. E. P.
- Blacher, J. (1984).** Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: Fact or Artifact? Mental Retardation, Vol 22, N° 2.
- Bolio, A. E. (1988).** Relaciones entre padres e hijos: preferencias y rechazos. México, Ed. Trillas, S. A.
- Coronado, G. (1978).** Tratado sobre la clínica de la deficiencia mental. México, Ed. C. E. C. S. A.
- Coronado, G. (1987).** Cerebro, daño cerebral y deficiencia mental. México, Ed. Casa Velux, S. A.
- Collado, S. A. (1981).** Normas de socialización y manejo en el hogar para niños o niñas con riesgo establecido: Síndrome de Down, Programa regional de estimulación temprana. México, Ed. Unicef.
- Cunningham, C. (1990).** El Síndrome de Down. Una introducción para padres. México, Ed. Paidós Mexicana, S. A., Fundación Catalana de Síndrome de Down.
- De Lorenzo, E. (1986).** Integración, un proceso global. Montevideo, Uruguay, Instituto Interamericano del Niño.
- Del Río, R. M. (1987).** Importancia de las relaciones parentales en el niño o niña con Síndrome de Down. Tesina, Facultad de Psicología, U. N. A. M.
- Del Villar, C. E. (1988).** La influencia de los factores sociales en la integración del deficiente mental a su comunidad. Tesis de la Escuela Normal de Especialización. S. E. P.
- Eden-Piercy, G., Blacher, J., Fyman, R. (1986).** Exploring parent's reactions to their young child with severe handicaps. Mental Retardation, Vol. 24, N° 5

Fernández, L., Pérez, L. (1992). Efectos del entrenamiento a padres en la aplicación de técnicas conductuales para el manejo de menores con deficiencia mental y trastornos de conducta. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U. N. A. M.

Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford, Stanford University Press.

García B. E., Campos, M., y otros (1982). Curso de prácticas de cuarto nivel. Social Multidimensional. Coordinación de Laboratorios, Facultad de Psicología, U. N. A. M.

García, E. S. (1991). La imagen social de las personas con Síndrome de Down. Revista En Contacto. Ed. VI Abril, México, Asociación Mexicana de Síndrome de Down, A. C.

García, E. S. (1993). El niño o niña con Síndrome de Down. México, Ed. Diana, S. A.

Garduño, E. A. (1995). El pediatra y los derechos de los niños o niñas con malformaciones congénitas. México, Revista En Contacto, Asociación Mexicana de Síndrome de Down. Edición Especial XVIII-XIX, Diciembre.

Guajardo, R. E. (1994-1997). Cuadernos de Integración Educativa. México, Dirección de Educación Especial - Secretaría de Educación Pública, N° 1 al 6.

Hernández, S., Fernández, C., Baptista, L. (1991). Metodología de la investigación. México, McGraw-Hill Interamericana de México, S. A. de C. V.

Hollander, E. P. (1978). Principios y métodos en Psicología Social. Buenos Aires, Ed. Amorrortu Editores. S. A.

Hoffman, B. R. (1990). Para comprender el Síndrome de Down. México, Ed. Fundación Cultural de Coahuila, A. C.

Hutt, M. L. y Gibby, R. G. (1988). Los niños o niñas con retardos mentales: Aprendizaje y educación. México, Ed. Fondo de Cultura Económica, S. A., (Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis).

Ingalls, R. P. (1988). Retraso mental: La nueva perspectiva. México, Ed. El Manual Moderno, S. A.

Jasso, G. L. (1992) El Impacto de la siguiente noticia. México, Revista Rompan Filas. Enc-Feb-Mar, N° 2

Johnson, M. A. (1979). La educación del niño o niña deficiente mental: Manual para padres y educadores. Madrid, Ed. Cincel-Kapelusz.

- Katz, D. y Stotlan, E. (1959). A preliminary statement to a theory and attitude structure and change. In S. Koch (Ed), Psychology: Study of science, Vol. 3, New York, Mc. Graw Hill, Book Co.
- Lambert, J. L. y Rondal, J. A. (1982). El mongolismo. (Biblioteca de Psicología N° 97). Madrid, Ed. Herder, S. A.
- Langman, J. (1981). Embriología médica. México, Ed. Médica Panamericana, S. A.
- López, L. D. y Méndez, V. M. (1991). Síndrome de Down: Análisis de las vivencias paternas de frustración y depresión. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U. N. A. M.
- López, L. M. (1990). El primogénito con deficiencia mental. Tesis de la Escuela Normal de Especialización, S. E. P.
- Mackeit, R. (1973). Los sentimientos y comportamientos de los padres de niños o niñas deficientes. Developmental Medicine and Neurology, Vol. 15
- Mann, L. (1975). Elementos de Psicología Social. (Temas básicos de Psicología). México, Ed. Limusa. S. A.
- Menolasciño, F. J. (1970). Infantile autism: Descriptive and diagnostic relationship to the mental retardation. In F. J. Menolasciño (Ed.) Psychiatric approaches to mental retardation. New York. Basic Books.
- Navarro, R. G. (1984). La inteligencia y la adaptación social. Tesina, Escuela Normal de Especialización, S. E. P.
- Ortiz, P. M. (1992). La influencia del ambiente familiar en el desarrollo del niño o niña con parálisis cerebral. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U. N. A. M.
- Padua, J. (1982). Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales. México, Ed. Fondo de Cultura Económica y El Colegio de México,
- Rodríguez, A. (1976). Psicología Social. México, Ed. Trillas, S. A.
- Rockeach, M. (1969). Attitude change and opinion change. Public opinion quartely, Vol. 30
- Rosemberg, M. J. (1960). Cognitive reorganization in response to the hypnotic reversal of attitudinal affect. Journal of personality, Vol. 28
- Rosnow, R. L. y Robinson, E. J. (1967). Experiments in persuasion. New York, Academy Press Inc.

Salazar, R. H., Orozco, C. G. y Ruiz, L. L. (1996). Neuropatía central y Síndrome de Down. Revista en Contacto, Asociación Mexicana de Síndrome de Down, A. C., Edición XX, Marzo.

Sosa, G. y Sabre, A. (1987). Actitudes hacia la integración de personas con Síndrome de Down, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U. N. A. M.

Spitz, R. A. (1982). El primer año de vida del niño o niña. México, Ed. Fondo de Cultura Económica, S. A.

Steenlandt, D. V. (1991). Conceptos teóricos vinculados a la integración escolar. Santiago, Chile, Ed. OREALC - U. N. E. S. C. O.

Stone, N. D. (1967). Family factor in willingness to place the mongoloid child. American Journal of Mental Deficiency, Vol. 72

Tobón, M. C., Rottier, N., Manrique, A. (1986). La práctica del trabajador social: Guía de análisis. Buenos Aires, Ilvmanitas-Celats, (Centro Latinoamericano de Trabajo Social)

Thurstone, R. J. (1959). A procedure for evaluating parental attitude toward the handicapped. American Journal of Mental Deficiency.

Toscano, S. S. (1968). Problemas emocionales de los niños o niñas deficientes mentales. Boletín de Pediatría, Vol. 12

Valenzuela, M. G. (1974). Reacciones de los padres hacia el niño o niña deficiente mental. Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jal.

Wolfensberg, W. (1967). Counseling the parents of retarder. In A. A. Baumeister (Ed.), Mental Retardation: Appraisal, educational, rehabilitation, Chicago, Aldine.

Zulueta, M. I. (1991). Síndrome de Down: Avances en acción familiar, (compiladores) Flores, J., Troncoso, M. V., Santander, Ed. Fundación Síndrome de Down de Cantabria.

Ministerio de Educación y Ciencia (1988). Subdirección General de Educación Especial. Guía de Integración, Madrid, España,

U. N. E. S. C. O. (1988). Examen de la situación actual de la educación especial. París, Francia.

S. E. P. - FONAPAS (1981). Bases para una política de educación especial. Dirección General de Educación Especial. México.

S. E. P. (1993). Manual de Organización del Centro de Atención Múltiple (Versión preliminar). Dirección General de Educación Especial. México.

S. E. P. (1994). Proyecto General para la Educación Especial en México. Dirección General de Educación Especial. México.

Revista en Contacto, Asociación Mexicana de Síndrome de Down, A. C. (1993). Desarrollo mental en el Síndrome de Down, mosaico. (Responsable de la publicación Miguel Pasiuc), Edición XI, Enero.

IV ANEXOS

Anexo No. 1

Banco de Reactivos

- | N° | Pregunta |
|-----------|--|
| 1.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down deben tener responsabilidades en casa. |
| 2.- | El niño o niña normal es más obediente que el niño o niña con Síndrome de Down. |
| 3.- | Es difícil que el niño o niña con Síndrome de Down sea amistoso. |
| 4.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down poseen más habilidades manuales que los niños o niñas comunes. |
| 5.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down deben tener solo amigos con el mismo padecimiento. |
| 6.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down se adaptan con facilidad en las reuniones sociales de niños o niñas normales. |
| 7.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen la obligación de cuidar su aseo personal. |
| 8.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down conviven menos con sus hermanos porque son diferentes. |
| 9.- | Al niño o niña con Síndrome de Down se le debe tratar igual que al niño o niña común. |
| 10.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down pueden relacionarse socialmente con los niños o niñas normales. |
| 11.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down son perezosos. |
| 12.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down imitan los malos hábitos de las personas con quienes conviven. |
| 13.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down deben asistir a escuelas especiales. |
| 14.- | Es necesario fomentar la convivencia de los niños o niñas con Síndrome de Down y los niños o niñas normales. |
| 15.- | Es difícil convivir con el niño o niña con Síndrome de Down. |
| 16.- | La presencia del niño o niña con Síndrome de Down en la familia provoca distanciamiento entre los padres. |

- 17.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben compartir sus actividades recreativas con su familia
- 18.- El niño o niña con Síndrome de Down necesita más ayuda por parte de sus padres que el niño o niña común.
- 19.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son desagradables.
- 20.- El niño o niña con Síndrome de Down es más pasivo que sus hermanos.
- 21.- Los niños o niñas con Síndrome de Down pueden decidir por sí mismos.
- 22.- Los niños o niñas con Síndrome de Down necesitan estimulación temprana como cualquier niño o niña deficiente.
- 23.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son destructores.
- 24.- Es más difícil sentirse orgulloso del niño o niña con Síndrome de Down que de un hijo o hija sano.
- 25.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen un talento especial para agradar a sus padres.
- 26.- Es más difícil controlar al niño o niña con Síndrome de Down que al niño o niña normal.
- 27.- Los niños o niñas con Síndrome de Down necesitan estimulación para desarrollarse correctamente.
- 28.- Es más difícil querer al niño o niña con Síndrome de Down que a otro niño o niña sin ningún padecimiento.
- 29.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son irresponsables.
- 30.- El niño o niña con Síndrome de Down depende más de sus padres que el niño o niña normal.
- 31.- Los niños o niñas con Síndrome de Down necesitan recibir amor en forma moderada de parte de sus padres.
- 32.- El niño o niña con Síndrome de Down es más desordenado que el niño o niña común.
- 33.- Es más difícil convivir con el niño o niña con Síndrome de Down que con el niño o niña sin ningún padecimiento.
- 34.- El niño o niña con Síndrome de Down debe convivir con su familia.
- 35.- Los niños o niñas con Síndrome de Down causan mayor desagrado que el niño o niña con cualquier otro padecimiento.
- 36.- Los niños o niñas con Síndrome de Down hacen sentir culpables a los padres por su padecimiento.
- 37.- Es más fácil confiar en el niño o niña normal que en el niño o niña con Síndrome de Down.
- 38.- Es necesario que el niño o niña con Síndrome de Down reciba atención médica integral.
- 39.- Es más fácil que un niño o niña normal se comporte adecuadamente que un niño o niña con Síndrome de Down.
- 40.- Los niños o niñas con Síndrome de Down pueden tener una vida feliz y productiva.
- 41.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son demasiado necios.
- 42.- Es más fácil sobrelevar al niño o niña con Síndrome de Down que la niña o niño que no padece el síndrome.

- 43.- A los niños o niñas con Síndrome de Down les gusta que los acaricien.
- 44.- El niño o niña con Síndrome de Down causa sentimientos de vergüenza en los padres cuando se les compara con un niño o niña sano.
- 45.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son agresivos.
- 46.- Se debe ser menos severo con el niño o niña con Síndrome de Down.
- 47.- Los niños o niñas con Síndrome de Down necesitan mayores cuidados en la infancia que el niño o niña normal.
- 48.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son muy obstinados.
- 49.- Es más fácil brindarle cariño al niño o niña con Síndrome de Down que al niño o niña sano.
- 50.- El niño o niña con Síndrome de Down causa menos molestias que otros niños o niñas deficientes.
- 51.- Cuando nace un niño o niña con Síndrome de Down se debe buscar ayuda profesional.
- 52.- Es más fácil considerar al niño o niña con Síndrome de Down minusválido.
- 53.- Es conveniente que los niños o niñas con Síndrome de Down sean sobreprotegidos por sus padres.
- 54.- Se puede atender de la misma manera al hijo o hija con Síndrome de Down que a los otros hijos o hijas sanos.
- 55.- Debería estar prohibida la entrada a niños o niñas con Síndrome de Down a lugares públicos.
- 56.- A los niños o niñas con Síndrome de Down se les deben imponer límites de conducta como a cualquier niño o niña normal.
- 57.- Con la ayuda adecuada es posible que el niño o niña con Síndrome de Down llegue a ser autosuficiente.
- 58.- Las relaciones sociales del niño o niña con Síndrome de Down son menos amistosas que las de los niños o niñas normales.
- 59.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben estar internados.
- 60.- El niño o niña con Síndrome de Down es una carga para la sociedad como cualquier otro niño o niña deficiente.
- 61.- El niño o niña con Síndrome de Down debe aprender a comportarse bien desde muy temprana edad.
- 62.- El desarrollo del niño o niña con Síndrome de Down todavía es visto con inseguridad.
- 63.- Las exigencias afectivas de los niños o niñas con Síndrome de Down son demasiadas.
- 64.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen un carácter tranquilo que pocos niños o niñas normales tienen.
- 65.- Es nocivo para el niño o niña con Síndrome de Down que se tomen actitudes de burla, rechazo o compasión hacia él.
- 66.- El castigo corporal es necesario para educar al niño o niña con Síndrome de Down.
- 67.- Los niños o niñas con Síndrome de Down poseen características que desagradan a sus padres.

- 68.- Actualmente los problemas del niño o niña con Síndrome de Down son vistos con más interés.
- 69.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben estar únicamente en escuelas para deficientes.
- 70.- Los niños o niñas con Síndrome de Down se adaptan fácilmente.
- 71.- El mejor lugar para educar al niño o niña con Síndrome de Down está en el hogar.
- 72.- El niño o niña con Síndrome de Down debe relacionarse únicamente con niños o niñas minusválidos físicos o mentales.
- 73.- Al niño o niña con Síndrome de Down le agrada ser tomado en cuenta.
- 74.- Un niño o niña con Síndrome de Down sobreprotegido desarrolla hábitos de dependencia.
- 75.- Es difícil la educación del niño o niña con Síndrome de Down.
- 76.- El niño o niña con Síndrome de Down es considerado deficiente mental.
- 77.- El niño o niña con Síndrome de Down provoca en sus padres sentimientos de depresión y ansiedad.
- 78.- El niño o niña con Síndrome de Down es inquieto como cualquier niño o niña normal.
- 79.- Los niños o niñas con Síndrome de Down manifiestan una gran necesidad de reconocimiento.
- 80.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son más afectuosos que los niños o niñas comunes.
- 81.- El desarrollo social del niño o niña con Síndrome de Down es lento.
- 82.- El trato en la etapa preescolar del niño o niña con Síndrome de Down debe ser el mismo que el del niño o niña normal.
- 83.- El nacimiento del niño o niña con Síndrome de Down afecta el equilibrio psicológico de los padres.
- 84.- El sentimiento que comúnmente despiertan los niños o niñas con Síndrome de Down es la compasión.
- 85.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen derecho a recibir educación especial.
- 86.- A los niños o niñas con Síndrome de Down se les debe tener paciencia.
- 87.- Los niños o niñas con Síndrome de Down destruyen las aspiraciones de sus padres.
- 88.- Es conveniente que los niños o niñas con Síndrome de Down elijan a sus amigos.
- 89.- El niño o niña con Síndrome de Down representa un trabajo sin descanso y a muy largo plazo.
- 90.- Es inútil tratar de educar al niño o niña con Síndrome de Down.
- 91.- Los niños o niñas con Síndrome de Down poseen facilidad para relacionarse con las demás personas como cualquier otro niño o niña común.
- 92.- El niño o niña con Síndrome de Down es un minusválido.
- 93.- Existe la tendencia por parte de los adultos de no saber como tratar a los niños o niñas con Síndrome de Down.

- 94.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen los mismo derechos que cualquier otro niño o niña.
- 95.- Es fácil relacionarse con el niño o niña con Síndrome de Down.
- 96.- La atención del niño o niña con Síndrome de Down se debe brindar desde el nacimiento.
- 97.- Son varias las actividades recreativas que puede compartir el niño o niña con Síndrome de Down con otros niños o niñas.
- 98.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son molestos.
- 99.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son nobles y amables como cualquier niño o niña común.
- 100.- Los niños o niñas con Síndrome de Down que son amados por sus padres son cariñosos.
- 101.- Es necesario imponer normas rígidas de comportamiento al niño o niña con Síndrome de Down.
- 102.- El niño o niña con Síndrome de Down puede jugar con los demás niños o niñas normales.
- 103.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen muy disminuida su capacidad mental.
- 104.- Es necesario hablar de los niños o niñas con Síndrome de Down con otras personas.
- 105.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen sus propios gustos y deben ser respetados.
- 106.- A los niños o niñas con Síndrome de Down se les oculta porque causan vergüenza.
- 107.- Es necesario fomentar normas de comportamiento que el niño o niña con Síndrome de Down pueda cumplir.
- 108.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen escasas posibilidades de valerse por sí mismos.
- 109.- Al niño o niña con Síndrome de Down se le deben celebrar sus pequeños triunfos.
- 110.- Un niño o niña con Síndrome de Down que se siente rechazado por sus padres es inseguro.
- 111.- Los niños o niñas con Síndrome de Down se adaptan fácilmente a convivir con sus hermanos.
- 112.- La educación del niño o niña con Síndrome de Down requiere de gran dedicación.
- 113.- Es difícil aceptar al niño o niña con Síndrome de Down por sus limitaciones.
- 114.- Los niños o niñas con Síndrome de Down, como cualquier otro niño o niña, tienen una personalidad propia.
- 115.- Los niños o niñas con Síndrome de Down hacen la vida muy difícil a sus padres.
- 116.- Hay que ser pacientes con los niños o niñas con Síndrome de Down.
- 117.- El aprendizaje del niño o niña con Síndrome de Down debe ser exigente.
- 118.- Los niños o niñas con Síndrome de Down requieren una educación programada e individualizada.

- 119.- Se debe evitar en lo posible los castigos a los niños o niñas con Síndrome de Down.**
- 120.- El nacimiento de un niño o niña con Síndrome de Down rompe la armonía hogareña.**

Anexo N° 2

Evaluación de jueces

INTRODUCCION

La presente investigación pretende determinar el grado de aceptación de un grupo de niño o niñas con Síndrome de Down que asisten a un Centro de Atención Múltiple o a una Escuela Especial Particular (Comunidad Down), por sus padres, con el propósito de señalar la influencia de algunos factores como serían: la edad, el sexo, la escolaridad y los ingresos de los mismos, y optimizar los esfuerzos para que dichos niño o niñas logren un desarrollo más adecuado conforme a sus limitaciones, contando siempre con el apoyo de sus padres.

Conviene señalar que son escasas las investigaciones al respecto y las que existen no reflejan la realidad del niño o niña con Síndrome de Down y la relación que mantienen con sus padres.

Para llevar a cabo la citada investigación se consideró necesario la elaboración de un Cuestionario de Actitudes tipo Lickert, donde se caractericen las relaciones del hijo o hija con Síndrome de Down con sus padres.

En este sentido los autores agradeceremos su amable colaboración para evaluar el cuestionario creado exprofeso para la investigación y su apoyo para fungir como juez, para ello, le solicitamos contestar las preguntas sobre los criterios a evaluar y nos de sus apreciables observaciones.

CRITERIOS A EVALUAR

- 1.- El lenguaje utilizado en la pregunta es accesible, (lenguaje claro, simple y directo).
- 2.- La pregunta es relevante a la actitud que se desea medir.
- 3.- La pregunta da la información adecuada para que pueda ser contestada.

- 4.- La pregunta está redactada de modo que evite confusión.**
- 5.- La pregunta presenta ambigüedad.**
- 6.- Considera que la pregunta tiene una fuerte carga emocional.**

GRACIAS POR SU COLABORACION

CRITERIOS A EVALUAR

Pregunta N°	1 Lenguaje claro		2 Relevancia		3 Información adecuada		4 Redacción clara		5 Ambigüedad		6 Carga emocional	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	1											
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
32												
33												
34												
35												
36												

Comentarios.

Considera usted que el número de preguntas es adecuado.

.....
.....
.....

Cuál es su opinión respecto a la presentación e instrucciones del instrumento.

.....
.....
.....

Observaciones.

.....
.....
.....
.....
.....

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo N° 3

Preguntas eliminadas en base a la evaluación de los jueces.

N°	Pregunta
2.-	El niño o niña normal es más obediente que el niño o niña con Síndrome de Down.
4.-	Los niños o niñas con Síndrome de Down poseen más habilidades manuales que los niños o niñas comunes.
6.-	Los niños o niñas con Síndrome de Down se adaptan con facilidad en las reuniones sociales de niños o niñas normales.
11.-	Los niños o niñas con Síndrome de Down son perezosos.
16.-	La presencia de un niño o niña con Síndrome de Down en la familia provoca distanciamiento entre los padres.
19.-	Los niños o niñas con Síndrome de Down son desagradables.
20.-	El niño o niña con Síndrome de Down es más pasivo que sus hermanos.
21.-	Los niños o niñas con Síndrome de Down pueden decidir por sí mismos.
22.-	Los niños o niñas con Síndrome de Down necesitan estimulación temprana como cualquier niño o niña deficiente.
23.-	Los niños o niñas con Síndrome de Down son destructores.
24.-	Es más difícil sentirse orgulloso del hijo o hija con Síndrome de Down que de un hijo o hija sano.
25.-	Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen un talento especial para agradar a sus padres.
28.-	Es más difícil querer al niño o niña con Síndrome de Down que a otro niño o niña sin ningún padecimiento.
29.-	Los niños o niñas con Síndrome de Down son irresponsables.
31.-	Los niños o niñas con Síndrome de Down necesitan recibir amor en forma moderada de parte de sus padres.
32.-	El niño o niña con Síndrome de Down es más desordenado que el niño o niña común.
33.-	Es más difícil convivir con el niño o niña con Síndrome de Down que con el niño o niña sin ningún padecimiento.
35.-	Los niños o niñas con Síndrome de Down causan mayor desagrado que el niño o niña con cualquier otro padecimiento.

- 36.- Los niños o niñas con Síndrome de Down hacen sentir culpables a los padres por su padecimiento.
- 37.- Es más fácil confiar en el niño o niña normal que el niño o niña con Síndrome de Down.
- 38.- Es necesario que el niño o niña con Síndrome de Down reciba atención médica integral.
- 39.- Es más fácil que un niño o niña normal se comporte adecuadamente que un niño o niña con Síndrome de Down.
- 41.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son demasiado necios.
- 42.- Es más fácil sobrellevar al niño o niña con Síndrome de Down que al niño o niña que no padece el síndrome.
- 43.- A los niños o niñas con Síndrome de Down les gusta que los acaricien,
- 44.- El niño o niña con Síndrome de Down causa sentimientos de vergüenza en los padres cuando se le compara con un niño o niña sano.
- 46.- Se debe ser menos severo con el niño o niña con Síndrome de Down.
- 48.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son muy obstinados.
- 49.- Es más fácil brindarle cariño al niño o niña con Síndrome de Down que al niño o niña sano.
- 52.- Es más fácil considerar al niño o niña con Síndrome de Down minusválido.
- 55.- Debería estar prohibida la entrada a niños o niñas con Síndrome de Down a lugares públicos.
- 58.- Las relaciones sociales del niño o niña con Síndrome de Down son menos amistosas que las de los niños o niñas normales.
- 59.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben estar internados.
- 60.- El niño o niña con Síndrome de Down es una carga para la sociedad como cualquier otro niño o niña deficiente.
- 61.- El niño o niña con Síndrome de Down debe aprender a comportarse bien desde muy temprana edad.
- 62.- El desarrollo del niño o niña con Síndrome de Down todavía es visto con inseguridad.
- 63.- Las exigencias afectivas de los niños o niñas con Síndrome de Down son demasiadas.
- 64.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen un carácter tranquilo que pocos niños o niñas normales tienen.
- 72.- El niño o niña con Síndrome de Down debe relacionarse únicamente con niños o niñas minusválidos físicos o mentales.
- 86.- A los niños o niñas con Síndrome de Down se les debe tener paciencia.
- 87.- Los niños o niñas con Síndrome de Down destruyen las aspiraciones de sus padres.
- 89.- El niño o niña con Síndrome de Down representa un trabajo sin descanso y a muy largo plazo.
- 98.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son molestos.
- 107.- Es necesario fomentar normas de comportamiento que el niño o niña con Síndrome de Down pueda cumplir.
- 116.- Hay que ser pacientes con los niños o niñas con Síndrome de Down.

Anexo N° 4

Preguntas eliminadas para equilibrar factores y tendencia positiva y negativa.

- | N° | Pregunta |
|-----------|--|
| 17.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down deben compartir sus actividades recreativas con su familia. |
| 34.- | El niño o niña con Síndrome de Down debe convivir con su familia. |
| 40.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down pueden tener una vida feliz y productiva. |
| 47.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down necesitan mayores cuidados en la infancia que el niño o niña normal. |
| 54.- | Se puede atender de la misma manera al hijo o hija con Síndrome de Down que a los otros hijos o hijas sanos. |
| 68.- | Actualmente los problemas del niño o niña con Síndrome de Down son vistos con más interés. |
| 73.- | Al niño o niña con Síndrome de Down le agrada ser tomado en cuenta. |
| 76.- | El niño o niña con Síndrome de Down es considerado deficiente mental. |
| 79.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down manifiestan una gran necesidad de reconocimiento. |
| 80.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down son más afectuosos que los niños o niñas comunes. |
| 92.- | El niño o niña con Síndrome de Down es un minusválido. |
| 95.- | Es fácil relacionarse con el niño o niña con Síndrome de Down. |
| 100.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down que son amados por sus padres son cariñosos. |
| 104.- | Es necesario hablar de los niños o niñas con Síndrome de Down con otras personas. |
| 111.- | Los niños o niñas con Síndrome de Down se adaptan fácilmente a convivir con sus hermanos. |

Anexo N° 5

Instrumento final

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA OPINION SOBRE EL NIÑO O
NIÑA CON SINDROME DE DOWN, EN CENTRO DE ATENCION
MULTIPLE Y ESCUELA ESPECIAL PARTICULAR.**

CUESTIONARIO DE OPINIONES.

**AUTORES:
ALMA LETICIA PUEBLA MARTINEZ
LUCIO MEDINA GARGIA**

MEXICO 1997

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentará una serie de afirmaciones que se refieren a niños o niñas con Síndrome de Down, después de cada afirmación se darán cinco alternativas de posibles respuestas:

TA	Total acuerdo.
A	Acuerdo.
I	Indiferente.
D	Desacuerdo.
TD	Total desacuerdo.

Indique por favor la alternativa que mejor exprese su opinión marcando con una cruz en el paréntesis correspondiente.

Trate de responder lo más rápido posible, no marque dos respuestas para una misma afirmación y contéstelas todas.

GRACIAS POR SU COLABORACION

CUESTIONARIO

- | | | | | | |
|---|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| 1.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben tener responsabilidades en casa. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 2.- Es difícil que el niño o niña con Síndrome de Down sea amistoso. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 3.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben tener sólo amigos con el mismo padecimiento. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 4.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen la obligación de cuidar su aseo personal. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 5.- Los niños o niñas con Síndrome de Down conviven menos con sus hermanos porque son diferentes. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 6.- Al niño o niña con Síndrome de Down se le debe tratar igual que al niño o niña común. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 7.- Los niños o niñas con Síndrome de Down pueden relacionarse socialmente con los niños o niñas normales. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 8.- Los niños o niñas con Síndrome de Down imitan los malos hábitos de las personas con quienes conviven. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 9.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben asistir a escuelas especiales. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 10.- Es necesario fomentar la convivencia de los niños o niñas con Síndrome de Down y los niños o niñas normales. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 11.- Es difícil convivir con el niño o niña con Síndrome de Down. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 12.- El niño o niña con Síndrome de Down necesita más ayuda por parte de sus padres que el niño o niña común. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 13.- Es más difícil controlar al niño o niña con Síndrome de Down que al niño o niña normal. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 14.- Los niños o niñas con Síndrome de Down necesitan estimulación para desarrollarse correctamente. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |

15.- El niño o niña con Síndrome de Down depende más de sus padres que el niño o niña normal.	() TA	() A	() I	() D	() TD
16.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son agresivos.	() TA	() A	() I	() D	() TD
17.- El niño o niña con Síndrome de Down causa menos molestias que otros niños o niñas deficientes.	() TA	() A	() I	() D	() TD
18.- Cuando nace un niño o niña con Síndrome de Down se debe buscar ayuda profesional.	() TA	() A	() I	() D	() TD
19.- Es conveniente que los niños o niñas con Síndrome de Down sean sobreprotegidos por sus padres.	() TA	() A	() I	() D	() TD
20.- A los niños o niñas con Síndrome de Down se les deben imponer límites de conducta como a cualquier niño o niña normal.	() TA	() A	() I	() D	() TD
21.- Con la ayuda adecuada es posible que el niño o niña con Síndrome de Down llegue a ser autosuficiente.	() TA	() A	() I	() D	() TD
22.- Es nocivo para el niño o niña con Síndrome de Down que se tomen actitudes de burla, rechazo, o compasión hacia ellos.	() TA	() A	() I	() D	() TD
23.- El castigo corporal es necesario para educar al niño o niña con Síndrome de Down.	() TA	() A	() I	() D	() TD
24.- Los niños o niñas con Síndrome de Down poseen características que desagradan a sus padres.	() TA	() A	() I	() D	() TD
25.- Los niños o niñas con Síndrome de Down deben estar únicamente en escuelas para deficientes.	() TA	() A	() I	() D	() TD
26.- Los niños o niñas con Síndrome de Down se adaptan fácilmente.	() TA	() A	() I	() D	() TD
27.- El mejor lugar para educar al niño o niña con Síndrome de Down está en el hogar.	() TA	() A	() I	() D	() TD
28.- Un niño o niña con Síndrome de Down sobreprotegido desarrolla hábitos de dependencia.	() TA	() A	() I	() D	() TD
29.- Es difícil la educación del niño o niña con Síndrome de Down.	() TA	() A	() I	() D	() TD

- | | | | | | |
|--|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| 30.- El niño o niña con Síndrome de Down provoca en sus padres sentimientos de depresión y ansiedad. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 31.- El niño o niña con Síndrome de Down es inquieto como cualquier niño o niña normal. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 32.- El desarrollo social del niño o niña con Síndrome de Down es lento. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 33.- El trato en la etapa preescolar del niño o niña con Síndrome de Down debe ser el mismo que el niño o niña normal. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 34.- El nacimiento del niño o niña con Síndrome de Down afecta el equilibrio psicológico de los padres. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 35.- El sentimiento que comúnmente despiertan los niños o niñas con Síndrome de Down es la compasión. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 36.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen derecho a recibir educación especial. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 37.- Es conveniente que los niños o niñas con Síndrome de Down elijan a sus amigos. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 38.- Es inútil tratar de educar al niño o niña con Síndrome de Down. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 39.- Los niños o niñas con Síndrome de Down poseen facilidad para relacionarse con las demás personas como cualquier otro niño o niña común. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 40.- Existe la tendencia por parte de los adultos de no saber como tratar a los niños o niñas con Síndrome de Down. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 41.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen los mismos derechos que cualquier otro niño o niña. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 42.- La atención del niño o niña con Síndrome de Down se debe brindar desde el nacimiento. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 43.- Son varias las actividades recreativas que puede compartir el niño o niña con Síndrome de Down con otros niños o niñas. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |
| 44.- Los niños o niñas con Síndrome de Down son nobles y amables como cualquier niño o niña común. | ()
TA | ()
A | ()
I | ()
D | ()
TD |

45.- Es necesario imponer normas rígidas de comportamiento al niño o niña con Síndrome de Down.	() TA	() A	() I	() D	() TD
46.- El niño o niña con Síndrome de Down puede jugar con los demás niños o niñas normales.	() TA	() A	() I	() D	() TD
47.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen muy disminuida su capacidad mental.	() TA	() A	() I	() D	() TD
48.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen su propios gustos y deben ser respetados.	() TA	() A	() I	() D	() TD
49.- A los niños o niñas con Síndrome de Down se les oculta porque causan vergüenza.	() TA	() A	() I	() D	() TD
50.- Los niños o niñas con Síndrome de Down tienen escasas posibilidades de valerse por si mismos.	() TA	() A	() I	() D	() TD
51.- Al niño o niña con Síndrome de Down se le deben celebrar sus pequeños triunfos.	() TA	() A	() I	() D	() TD
52.- Un niño o niña con Síndrome de Down que se siente rechazado por sus padres es inseguro.	() TA	() A	() I	() D	() TD
53.- La educación de niño o niña con Síndrome de Down requiere de gran dedicación.	() TA	() A	() I	() D	() TD
54.- Es difícil aceptar al niño o niña con Síndrome de Down por sus limitaciones.	() TA	() A	() I	() D	() TD
55.- Los niños o niñas con Síndrome de Down, como cualquier otro niño o niña, tienen una personalidad propia.	() TA	() A	() I	() D	() TD
56.- Los niños o niñas con Síndrome de Down hacen la vida muy difícil a sus padres.	() TA	() A	() I	() D	() TD
57.- El aprendizaje del niño o niña con Síndrome de Down debe ser muy exigente.	() TA	() A	() I	() D	() TD
58.- Los niños o niñas con Síndrome de Down requieren una educación programada e individualizada.	() TA	() A	() I	() D	() TD
59.- Se debe evitar en lo posible los castigos a los niños o niñas con Síndrome de Down.	() TA	() A	() I	() D	() TD
60.- El nacimiento de un niño o niña con Síndrome de Down rompe la armonía hogareña.	() TA	() A	() I	() D	() TD

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo N° 6

Questionario socio-económico

CUESTIONARIO

Este cuestionario es anónimo y confidencial, y la información que se obtenga se utilizará únicamente con fines de investigación, por lo cual le agradeceremos sea lo más sincero posible.

DATOS PERSONALES:

Edad:

.....

Sexo:

.....

Escolaridad:

.....

Ingresos mensuales familiares: S

.....

Numero de miembros en la familia:

.....

Ocupación del jefe de familia:

.....

Puesto que desempeña:

.....

Tipo de vivienda:

- Propia.
 Rentada.

Número de habitaciones:

Recámaras () Sala () Comedor () Cocina () Baño () Estudio ()
Patio () Jardín () Estacionamiento ()

Tipo de construcción:

Techo: Loza () Lámina () Cartón ()

Paredes: Ladrillo () Adobe () Tabicón ()

Pisos: Lozeta () Mosaico () Cemento () Tierra () Madera ()

Servicios Públicos:

Alumbrado () Transporte () Drenaje () Agua potable ()

Vigilancia ()

Colonia:

.....

El niño o niña con Síndrome de Down asiste a: () Centro de Atención Múltiple
() Escuela Especial Particular.

Lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down en la familia:

.....

.....

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexos N° 7

Análisis estadístico.

- a) Codificación de las repuestas de los jueces.**

- b) Análisis estadístico de las preguntas eliminadas en base a la evaluación de los jueces.**

- c) Análisis estadístico de las preguntas eliminadas para equilibrar factores y tendencia positiva y negativa.**

- d) Análisis estadístico de las preguntas del instrumento final.**

- e) Codificación de las respuestas de los padres participantes de los Centros de Atención Múltiple, C. A. M.**

- f) Codificación de las respuestas de los padres participantes de la escuela especial particular (Comunidad Down)**

Anexo N° 7a

Codificación de las repuestas de los jueces.

En este cuadro se codificaron las respuestas de los diez jueces que evaluaron las 120 preguntas que conformaron el banco de reactivos.

En las columnas 1 y 2 de las filas 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91 representan el número del juez evaluador.

De la columna 3 a la 80 y de las filas 1 a la 100 se codificaron las respuestas de los diez jueces que evaluaron seis aspectos en cada una de las 120 preguntas:

Aspectos a evaluar:

- 1.- El lenguaje utilizado en la pregunta es accesible, (lenguaje claro, simple y directo).
- 2.- La pregunta es relevante a la actitud que se desea medir.
- 3.- La pregunta da la información adecuada para que pueda ser contestada.
- 4.- La pregunta está redactada de modo que evite confusión.
- 5.- La pregunta presenta ambigüedad.
- 6.- Considera que la pregunta tiene una fuerte carga emocional.

Posibles respuestas.

Para los cuatro primeros aspectos:

SI = 1
NO = 2

Para los aspectos 5 y 6:

SI = 2
NO = 1

Anexo 7b

Análisis estadístico de las preguntas eliminadas en base a la evaluación de los jueces

Para obtener la confiabilidad del banco de reactivos se llevó a cabo un consenso de jueces.

En el siguiente cuadro se muestran los seis aspectos en base a los cuales se evaluó el instrumento original y el criterio de eliminación.

En la primer columna se citan los números de las preguntas como fueron elaboradas originalmente.

Los porcentajes de los seis aspectos a medir quedaron como sigue: La segunda columna se refiere al aspecto claridad del lenguaje; en la tercera columna se evaluó el aspecto relevancia; en la cuarta se midió el aspecto información; en la quinta el aspecto redacción; en la sexta ambigüedad y finalmente la séptima columna se refiere a la carga emocional.

El porcentaje agrupa los criterios de los diez jueces para cada una de las preguntas, donde la segunda, tercera, cuarta y quinta columnas tienen tendencia positiva, y las columnas sexta y séptima tienen tendencia negativa.

En la octava columna se agrupa el promedio de cada una de las preguntas que permitió eliminar las que fueran menores de 80.

Las cuarenta y cinco filas representan cada una de las preguntas eliminadas.

ANEXO 7b

Análisis estadístico de las preguntas eliminadas en base a la evaluación de los jueces.

PREGUNTAS ELIMINADAS DE ACUERDO AL CRITERIO DE JUECES

Nº DE PREGUNTA	LENGUAJE	RELEVANCIA	INFORMACION	REDACCION	AMBIGÜEDAD	CARGA EMOCIONAL	PROMEDIO
2	90	50	50	90	80	60	70
4	100	50	60	90	90	70	77
6	90	80	80	70	80	60	77
11	100	40	60	90	80	60	72
16	90	90	90	90	80	30	78
19	90	50	60	90	90	20	67
20	90	60	80	90	90	60	78
21	90	80	70	80	90	50	77
22	80	80	60	70	70	80	73
23	90	30	50	70	80	60	63
24	100	50	70	90	100	20	72
25	80	30	50	90	80	60	65
28	90	80	70	90	80	30	73
29	100	40	50	100	90	60	73
31	100	30	50	100	80	50	68
32	100	40	60	100	90	80	78
33	100	70	80	90	100	30	78
35	100	60	80	90	90	40	77
36	100	70	70	100	90	30	77
37	80	80	70	90	90	30	73
38	80	80	70	90	90	50	77
39	90	20	50	90	90	80	70
41	90	40	70	90	90	60	73
42	100	50	50	90	80	70	73
43	80	70	70	80	80	70	75
44	90	70	70	100	90	20	73
46	80	90	80	90	90	40	78
48	80	40	60	80	80	80	70
49	90	60	70	80	80	50	72
52	90	70	80	80	90	60	78
55	100	40	60	100	90	60	75
58	90	40	70	90	90	60	73
59	100	40	70	100	100	50	77
60	90	40	70	90	100	50	73
61	90	60	60	90	80	50	72
62	70	30	50	80	80	60	62
63	90	90	70	90	90	20	75
64	100	50	70	80	90	50	73
72	90	50	70	90	90	70	77
86	90	40	50	90	90	70	72
87	90	60	70	100	100	30	75
89	90	60	80	80	80	50	73
98	100	50	60	100	90	60	77
107	90	80	70	90	80	60	78
116	100	40	80	100	90	60	78

Anexo 7c

Análisis estadístico de las preguntas eliminadas para equilibrar factores y tendencia positiva y negativa.

Con la finalidad de equilibrar los factores, aprobación, comprensión, respeto y tolerancia, así como la tendencia positiva y negativa del instrumento final, se eliminaron quince preguntas del banco de reactivos que obtuvieron un promedio mínimo de 80

En el siguiente cuadro se muestran los seis aspectos en base a los cuales se evaluó el instrumento.

En la primer columna se citan los números de las preguntas como fueron elaboradas originalmente.

Los porcentajes de los seis aspectos a medir quedaron como sigue: La segunda columna se refiere al aspecto claridad del lenguaje; en la tercera columna se evaluó el aspecto relevancia; en la cuarta se midió el aspecto información; en la quinta el aspecto redacción; en la sexta ambigüedad y finalmente la séptima columna se refiere a la carga emocional.

El porcentaje agrupa los criterios de los diez jueces para cada una de las preguntas, donde la segunda, tercera, cuarta y quinta columnas tienen tendencia positiva, y las columnas sexta y séptima tienen tendencia negativa.

En la octava columna se agrupa el promedio de cada una de las preguntas.

Las quince filas representan cada una de las preguntas eliminadas.

ANEXO 7c

Análisis estadístico de las preguntas eliminadas para equilibrar factores y tendencia positiva y negativa.

PREGUNTAS ELIMINADAS PARA EQUILIBRAR FACTORES Y TENDENCIA POSITIVA Y NEGATIVA							
Nº DE PREGUNTA	LENGUAJE	RELEVANCIA	INFORMACION	REDACCION	AMBIGUEDAD	CARGA EMOCIONAL	PROMEDIO
17	100	80	80	100	100	40	83
40	90	90	80	90	90	60	83
68	100	60	70	100	90	80	83
100	100	80	90	100	90	40	83
80	100	70	60	100	100	70	83
34	100	80	80	100	100	30	82
73	100	70	70	90	90	70	82
104	100	80	80	90	90	50	82
47	80	90	80	90	90	60	82
92	100	50	80	100	100	60	82
54	90	90	80	80	80	60	80
76	100	70	70	90	90	60	80
95	90	60	80	90	90	70	80
111	100	60	70	100	90	60	80
79	100	60	60	90	90	80	80

Anexo 7d

Análisis estadístico de las preguntas del instrumento final.

En este cuadro se muestra los reactivos que conformaron el instrumento final.

En la columna 1 se le asignó el número definitivo a cada uno de los reactivos seleccionados.

La columna 2 indica el número original del banco de reactivos.

En la columna 3 se muestra el porcentaje de respuesta para el aspecto claridad del lenguaje; en la 4 para el aspecto relevancia; en la 5 para el aspecto información; en la 6 para el aspecto redacción, en la 7 para el aspecto ambigüedad y en la 8 para el aspecto carga emocional.

El porcentaje agrupa los criterios de los diez jueces para cada una de las preguntas, donde las columnas 3, 4, 5 y 6 tienen tendencia positiva, y las columnas 7 y 8 tienen tendencia negativa.

En la columna 9 se agrupa el promedio de cada una de las preguntas.

En la columna 10 se señalan los factores, aprobación, comprensión, tolerancia y respeto, en base a los cuales se elaboró el banco de reactivos.

La columna 11 muestra la tendencia, positiva o negativa, de cada una de los preguntas.

Las 60 filas representan cada una de las preguntas seleccionadas.

ANEXO 7d
Análisis estadístico de las preguntas del Instrumento final

REACTIVOS PARA EL INSTRUMENTO FINAL										
NÚMERO DE INTERVISTADO	NÚMERO DE PREGUNTA	LENEBANCIA	RESERVANCIA	INFORMACIÓN	RELUCCIÓN	AMIGABILIDAD	CARIAS FUNCIONALES	PROMEDIO	FACTORES	TENDENCIA
1	1	90	90	100	90	90	80	87	AFROBACION	POSITIVA
2	1	100	60	80	90	90	60	80	AFROBACION	POSITIVA
3	1	100	80	80	90	100	50	83	AFROBACION	NEGATIVA
4	1	100	70	80	90	90	80	85	AFROBACION	POSITIVA
5	1	90	80	70	90	90	50	80	AFROBACION	NEGATIVA
6	1	100	90	100	100	100	40	87	RESPECTO	NEGATIVA
7	10	90	80	80	90	100	50	90	AFROBACION	POSITIVA
8	12	100	80	80	90	100	50	80	COMPRENSION	POSITIVA
9	11	100	80	90	100	100	40	85	AFROBACION	NEGATIVA
10	14	90	80	90	100	100	40	87	AFROBACION	POSITIVA
11	11	100	70	80	100	100	50	80	AFROBACION	NEGATIVA
12	18	100	70	80	100	100	60	82	COMPRENSION	NEGATIVA
13	26	80	80	80	90	90	60	87	COMPRENSION	POSITIVA
14	27	90	90	80	90	90	80	80	COMPRENSION	NEGATIVA
15	30	100	80	80	100	100	40	83	COMPRENSION	NEGATIVA
16	45	100	90	90	100	100	70	92	COMPRENSION	NEGATIVA
17	46	90	70	70	90	100	60	80	AFROBACION	POSITIVA
18	31	90	90	90	90	100	50	87	AFROBACION	POSITIVA
19	33	100	90	90	100	100	70	87	AFROBACION	POSITIVA
20	36	100	80	90	100	100	60	88	COMPRENSION	NEGATIVA
21	37	100	80	90	100	100	60	88	COMPRENSION	NEGATIVA
22	37	100	80	90	100	100	60	88	COMPRENSION	POSITIVA
23	65	100	80	70	80	90	80	83	AFROBACION	POSITIVA
24	65	100	70	80	100	100	60	85	AFROBACION	NEGATIVA
25	69	90	70	70	90	80	10	80	COMPRENSION	NEGATIVA
26	70	100	60	80	100	100	80	87	AFROBACION	NEGATIVA
27	71	100	60	80	100	100	80	87	AFROBACION	NEGATIVA
28	71	100	90	90	100	100	60	90	COMPRENSION	POSITIVA
29	71	100	90	90	100	100	60	90	COMPRENSION	NEGATIVA
30	71	100	90	90	100	100	60	90	COMPRENSION	NEGATIVA
31	78	100	70	70	100	100	60	88	AFROBACION	NEGATIVA
32	81	100	70	80	100	100	70	85	COMPRENSION	POSITIVA
33	82	100	70	70	90	100	70	83	AFROBACION	NEGATIVA
34	81	100	70	80	100	100	30	80	AFROBACION	NEGATIVA
35	84	100	60	80	100	100	70	82	AFROBACION	NEGATIVA
36	85	100	60	70	90	90	70	80	RESPECTO	POSITIVA
37	88	100	50	70	100	100	50	80	RESPECTO	POSITIVA
38	90	100	50	80	100	100	50	80	AFROBACION	NEGATIVA
39	91	100	90	90	100	100	70	92	COMPRENSION	POSITIVA
40	91	100	80	80	100	100	70	88	AFROBACION	NEGATIVA
41	91	100	90	90	100	100	40	88	AFROBACION	POSITIVA
42	96	100	90	90	100	100	50	88	RESPECTO	POSITIVA
43	97	100	80	80	100	100	60	87	AFROBACION	POSITIVA
44	99	100	60	80	100	100	70	85	AFROBACION	POSITIVA
45	101	100	80	80	100	90	70	85	AFROBACION	NEGATIVA
46	102	100	80	70	100	90	70	88	AFROBACION	POSITIVA
47	103	100	80	70	100	90	70	85	AFROBACION	POSITIVA
48	103	100	90	90	100	100	70	83	COMPRENSION	NEGATIVA
49	106	100	90	90	100	100	30	85	AFROBACION	NEGATIVA
50	108	100	90	90	100	90	60	88	COMPRENSION	NEGATIVA
51	109	100	80	80	100	90	60	85	AFROBACION	POSITIVA
52	110	100	90	80	100	90	60	87	COMPRENSION	POSITIVA
53	112	100	90	80	100	100	70	88	COMPRENSION	POSITIVA
54	113	100	70	90	100	100	70	85	COMPRENSION	POSITIVA
55	114	100	60	80	100	100	60	83	RESPECTO	POSITIVA
56	115	100	70	80	90	100	50	82	AFROBACION	NEGATIVA
57	117	100	60	80	100	90	70	83	AFROBACION	NEGATIVA
58	118	100	90	90	100	90	70	80	RESPECTO	POSITIVA
59	119	100	90	90	100	90	60	88	AFROBACION	POSITIVA
60	120	100	70	90	100	100	40	83	AFROBACION	NEGATIVA

Anexo 7e

Codificación de las respuestas de los padres participantes de los

Centros de Atención Múltiple.

El siguiente cuadro muestra los resultados de las respuestas de los padres participantes al cuestionario de actitudes en los Centros de Atención Múltiple.

En la primera y segunda columna se citan los números con que fueron identificados los padres participantes y las treinta filas representan a cada uno de ellos.

En la tercera columna se señala el tipo de escuela a la que asiste el niño o niña con Síndrome de Down, donde el número 1 representa el Centro Atención Múltiple.

En la cuarta columna se indica el nivel socio-económico de cada uno de los padres, según la clasificación de Tobón, Rottier y Manrique, (1986, p. 308) que establecen que existen seis niveles socio-económicos:

Nivel socio-económico.	Código.
Clase baja inferior.	1
Clase baja superior.	2
Clase media inferior.	3
Clase media.	4
Clase media superior.	5
Clase alta.	6

En la quinta columna se señala la escolaridad de cada uno de los padres participantes, según la clasificación de Tobón, Rottier y Manrique, (1986, p. 308) que establecen que existen ocho niveles de escolaridad:

Escolaridad.	Código.
Primaria incompleta	1
Primaria completa	2
Secundaria incompleta	3
Secundaria completa	4
Bachillerato o equivalente incompleto	5
Bachillerato o equivalente completo	6
Estudios profesionales incompletos	7
Estudios profesionales completos	8

En la sexta columna se indican el rango de edad de cada uno de los padres participantes:

Rango de edad.	Código.
De 16 a 30 años.	1
De 31 a 45 años.	2
De 46 a 60 años.	3
61 años o más	4

En la séptima columna se codifica el sexo de cada padre participante:

Sexo.	Código.
Masculino.	1
Femenino.	2

En la octava columna se señala el lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down dentro de la familia, según el orden de nacimiento:

Lugar que ocupa.	Código.
Primer hijo o hija.	1
Segundo hijo o hija.	2
Tercer hijo o hija.	3
Cuarto hijo o hija.	4
Quinto hijo o hija.	5
Sexto hijo o hija.	6
Séptimo hijo o hija.	7
Octavo hijo o hija.	8
Noveno hijo o hija.	9

De la columna 9 a la 68 se codificaron las repuestas de los padres participantes a la escala de actitudes, con seis posibilidades de respuesta para las preguntas con tendencia positiva y seis posibles respuestas para las preguntas con tendencia negativa:

Tendencia positiva.		Tendencia negativa.	
Tipo de respuesta.	Código.	Tipo de respuesta.	Código.
Total acuerdo.	5	Total acuerdo.	1
Acuerdo.	4	Acuerdo.	2
Indiferente.	3	Indiferente.	3
Desacuerdo.	2	Desacuerdo.	4
Total desacuerdo.	1	Total desacuerdo.	5
No respuesta.	0	No respuesta.	0

En la columna 69 se anota la sumatoria de las respuesta de cada uno de los padres.

En la columna 70 se indica la media aritmética de las respuestas de los padres.

En la columna 71 se señala la desviación estándar de las respuestas de los padres.

En la columna 72 se codifica el número de preguntas contestadas por cada uno de los padres participantes.

Anexo 7f

Codificación de las respuestas de los padres participantes de la escuela especial particular.

Comunidad Down

El siguiente cuadro muestra los resultados de las respuestas de los padres participantes al cuestionario de actitudes en la escuela especial particular, Comunidad Down.

En la primera y segunda columna se citan los números con que fueron identificados los padres participantes y las treinta filas representan a cada uno de ellos.

En la tercera columna se señala el tipo de escuela a la que asiste el niño o niña con Síndrome de Down, donde el número 2 representa la escuela especial particular, Comunidad Down.

En la cuarta columna se indica el nivel socio-económico de cada uno de los padres, según la clasificación de Tobón, Rottier y Manrique, (1986, p. 308) que establecen que existen seis niveles socio-económicos:

Nivel socio-económico.	Código.
Clase baja inferior.	1
Clase baja superior.	2
Clase media inferior.	3
Clase media.	4
Clase media superior.	5
Clase alta.	6

En la quinta columna se señala la escolaridad de cada uno de los padres participantes, según la clasificación de Tobón, Rottier y Manrique, (1986, p. 308) que establecen que existen ocho niveles de escolaridad:

Escolaridad.	Código.
Primaria incompleta	1
Primaria completa	2
Secundaria incompleta	3
Secundaria completa	4
Bachillerato o equivalente incompleto	5
Bachillerato o equivalente completo	6
Estudios profesionales incompletos	7
Estudios profesionales completos	8

En la sexta columna se indican el rango de edad de cada uno de los padres participantes:

Rango de edad.	Código.
De 16 a 30 años.	1
De 31 a 45 años.	2
De 46 a 60 años.	3
61 años o más	4

En la séptima columna se codifica el sexo de cada padre participante:

Sexo.	Código.
Masculino.	1
Femenino.	2

En la octava columna se señala el lugar que ocupa el hijo o hija con Síndrome de Down dentro de la familia, según el orden de nacimiento:

Lugar que ocupa.	Código.
Primer hijo o hija.	1
Segundo hijo o hija.	2
Tercer hijo o hija.	3
Cuarto hijo o hija.	4
Quinto hijo o hija.	5
Sexto hijo o hija.	6
Séptimo hijo o hija.	7
Octavo hijo o hija.	8
Noveno hijo o hija.	9

De la columna 9 a la 68 se codificaron las repuestas de los padres participantes a la escala de actitudes, con seis posibilidades de respuesta para las preguntas con tendencia positiva y seis posibles respuestas para las preguntas con tendencia negativa:

Tendencia positiva.		Tendencia negativa.	
Tipo de respuesta.	Código.	Tipo de respuesta.	Código.
Total acuerdo.	5	Total acuerdo.	1
Acuerdo.	4	Acuerdo.	2
Indiferente.	3	Indiferente.	3
Desacuerdo.	2	Desacuerdo.	4
Total desacuerdo.	1	Total desacuerdo.	5
No respuesta.	0	No respuesta.	0

En la columna 69 se anota la sumatoria de las respuesta de cada uno de los padres.

En la columna 70 se indica la media aritmética de las respuestas de los padres.

En la columna 71 se señala la desviación estándar de las respuestas de los padres.

En la columna 72 se codifica el número de preguntas contestadas por cada uno de los padres participantes.

