

872729



UNIVERSIDAD
"DON VASCO, A. C."

UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

*"El rechazo de los Padres de Familia hacia sus hijos
con Síndrome Down, atendidos en el Centro de
Atención Múltiple (C.A.M.) de Educación Especial de
la Comunidad de Paracho, Mich., en el año 2002"*

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Trabajo Social

PRESENTA:

Ma. Concepción Blas González

URUAPAN, MICHOACÁN. [REDACTED]

0352001





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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Bla. Gonzalez

Ma. Concepcion

FECHA: 7-02-06

FIRMA: [Signature]

DEDICATORIA

A DIOS:

Por haberme prestado vida de concluir mis estudios con éxito.

A MIS PADRES:

Por haberme dado el don de vivir y conocer este mundo maravilloso en el cual he podido realizarme como persona y profesional, para orgullo de ustedes.

"LOS QUIERO MUCHO"

A MI ABUELITO ISIDRO:

Por haberme dejado esa gran herencia de ser una persona con valores y principios, luchando siempre por lo que quiero, para con todo esto ver convertida en esta gran persona que siempre quiso ver triunfadora, aunque ya no esta conmigo debe sentirse muy orgulloso por lo que dejo, porque para mi siempre sigue conmigo.

**" POR TODOS ESOS GRANDES MOMENTOS QUE SIEMPRE COMPARTIMOS
JUNTOS, MUCHAS GRACIAS"**

A MIS TIOS:

(Gabriel, Felipe y Isidro)

Por la confianza que depositaron en mi para llegar al final del camino con éxito, además de ese gran apoyo que siempre recibí de todos ustedes así como su dedicación y comprensión que he tenido de ustedes durante toda mi vida.

**"POR LO QUE NO ME ALCANZARA LA VIDA PARA AGRADECERLES TODO
LO QUE HAN HECHO POR MI Y NO PUEDO MAS QUE PEDIR QUE DIOS ME
LOS COLME SIEMPRE DE BENDICIONES"**

A MI ABUELITA (MAMA CHAYO) Y MIS TIAS (Amelia, Martha y Socorro):

Agradezco su preocupación y desvelos que compartieron conmigo durante el transcurso de toda mi carrera, y por la confianza que siempre tuvieron conmigo.

" NO ME QUEDA MAS QUE DECIRLES GRACIAS"

A MIS HERMANOS Y PRIMOS:

Por el apoyo que siempre recibí de todos ustedes, dándome siempre ánimos para seguir adelante, no frustrando mi carrera y llegar a ser un ejemplo a seguir para ellos.

A LA PROFESORA YESI.

De la cual recibí aparte de sus conocimientos, su apoyo y paciencia para concluir con éxito este último paso en mi carrera profesional, gracias maestra Yesi, por esa gran amistad que nos une.

AL CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL PARACHO (CAM):

Por haberme permitido el acceso a su institución y realizar este trabajo, gracias a todos y cada uno de los maestros, en especial a la Profra. Belinda por esa gran disponibilidad que siempre se tuvo para conmigo en atenderme y proporcionarme la información que requería.

A MI TIA VIOLE:

Por estar conmigo en los momentos que más la necesitaba y compartirme sus conocimientos.

A LOS PADRES DE FAMILIA:

Por haberme permitido entrar en sus hogares y brindarme la información que requería para poder realizar mi trabajo, además de esa gran disposición que mostraron siempre, al igual que esos grandiosos niños que tienen como hijos.

“ A TODOS MUCHAS GRACIAS ”

INDICE

PAG.

INTRODUCCION.

CAPITULO I. ASPECTOS GENERALES DE LA EDUCACION ESPECIAL.

1.1.	Antecedentes Históricos de la Educación Especial en México.	7
1.2.	Fines de la Educación Especial.	9
1.3.	¿Qué es la Educación Especial.	11
1.4.	Principios de la Educación Especial.	12
1.5.	Marco Jurídico de la Educación Especial.	13
1.6.	Servicios que brinda la Educación Especial.	16
1.7.	Centro de Atención Múltiple (C.A.M.).	17
1.7.1.	Normas Generales para el Funcionamiento de los Centros de Atención Múltiple.	17
1.7.2.	Normas para la Conformación de Grupos.	18
1.7.3.	Estructura Organizativa del C.A.M.	19

CAPITULO II. CENTRO DE ATENCION MULTIPLE (C.A.M.) PARACHO.

2.1.	Características Generales del Municipio de Paracho.	21
2.2.	Características Actuales del Municipio de Paracho.	23
2.3.	Aspectos Generales del Centro de Atención Múltiple de Paracho.	26
2.3.1.	Objetivos.	27
2.3.2.	Misión.	28
2.3.3.	Niveles de Atención.	28
2.3.4.	Líneas Generales de Trabajo.	29

CAPITULO III. EL SINDROME DOWN.

3.1. Antecedentes del Síndrome Down.	32
3.2. Etiología y Epidemiología del Síndrome Down.	33
3.3. Definición de Síndrome Down.	36
3.4. Características Físicas, Psicológicas y Sociales que Presentan los Niños con Síndrome Down.	37
3.4.1. Características Físicas.	37
3.4.2. Características Psicológicas.	41
3.4.3. Características Sociales.	43
3.5. Causas del Síndrome Down.	45
3.6. Personalidad y Carácter del Niño con Síndrome de Down.	46
3.7. El papel de los Padres de Familia de hijos con Síndrome de Down.	52
3.7.1. La Familia.	54
3.8. Desarrollo Psicopedagógico.	55
3.9. La Educación del niño con Síndrome de Down.	61
3.9.1. La Sociedad.	61
3.9.2. La Escuela.	62

CAPITULO IV. LA FAMILIA.

4.1. Origen de la Familia.	65
4.2. Etapas de la Familia.	67
4.3. Conceptos de Familia.	68
4.4. Tipos de Familia.	70
4.5. Funciones Básicas de la Familia.	73
4.6. Ciclo Vital de la Familia.	74
4.7. Rol de los miembros de la Familia.	76
4.8. Proceso Existencial de la Familia.	79
4.9. La Interacción y Comunicación Familiar.	81

CAPITULO V. TRABAJO SOCIAL EN EDUCACION ESPECIAL.

5.1. Antecedentes Históricos de Trabajo Social en Educación y Educación Especial.	85
5.2. Definición de Trabajo Social en Educación y Educación Especial.	86
5.3. Objetivos de Trabajo Social en Educación Especial.	87
5.4. Funciones y Actividades en Educación Especial.	88
5.5. Perfil del Trabajador Social Escolar en Educación Especial.	89
5.6. Niveles de Intervención del Trabajador Social en Educación Especial.	91
5.6.1. Trabajo Social de Casos.	93
5.6.2. Trabajo Social de Grupo.	94
5.6.3. Trabajo Social Comunitario.	95

CAPITULO VI. INVESTIGACION DE CAMPO.

6.1. Metodología.	98
6.2. Definición del Universo de Trabajo.	98
6.3. Técnicas e Instrumentos.	99
6.4. Recolección de Datos.	100
6.4.1. Cuestionario dirigido a los Maestros del Centro de Atención Múltiple.	101
6.4.2. Cuestionario dirigido a los Padres de Familia.	115
6.5. Análisis de Resultados.	160

Conclusiones

Propuesta

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como finalidad analizar "EL RECHAZO DE LOS PADRES DE FAMILIA HACIA SUS HIJOS CON SINDROME DOWN, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCION MULTIPLE (CAM) DE PARACHO, MICH, EN EL AÑO 2002".

En el municipio de Paracho, aunque no es muy frecuente encontrar niños con síndrome down, podemos decir que se ha incrementado un número considerable de ellos, tanto del municipio como de sus comunidades, pero aún con todo esto la población no se interesa en saber que es el síndrome down, especialmente los padres de familia que tienen a estos niños, ya que son los que están a cargo de ellos pero como no quieren aceptar, el que tienen un niño con necesidades especiales, desde el momento en que nace él niño, se da ese rechazo, dejándolo muchas de las veces en completo desamparo, no dándoles la atención que ellos necesitan.

El Centro de Atención Múltiple, es en Paracho la única escuela de Educación Especial que puede atender a este tipo de niños, las familias que más asisten a él son de Paracho, donde la madre de familia muchas veces lo hace escondidas de su esposo que aun no acepta su responsabilidad para con el niño. En lo que respecta a las comunidades son muy pocos los padres de familia que se preocupan por el bienestar de sus hijos, ya que sigue existiendo en estas el machismo y la mujer sigue siendo sumisa, manteniendo a sus hijos en un total aislamiento, no brindándoles la atención que requiere, así mismo ponen como pretexto el no tener para pagar pasajes para llevar al niño hasta Paracho, pero si lo tienen para gastárselo en bebidas embriagantes cada ocho días, por lo que el niño no puede desarrollar sus capacidades y lograr la integración y socialización con los niños de su comunidad.

Algunas causas por las que no se puede dar esa integración son las siguientes:

- La sobreprotección de la madre hacia su hijo.
- El aislamiento en que tienen al niño.
- El no recibir una atención adecuada.
- El maltrato físico y emocional del que son objeto por parte de sus padres.
- Los recursos económicos.

Por otro lado podemos decir que al igual que los padres de familia desconocen lo que es el síndrome down, lo hace también la población, por que estos niños llaman regularmente la atención por sus rasgos físicos y la forma en que se comportan cuando algunas veces los sacan de sus hogares.

Las Escuelas de Educación Especial al igual que las regulares ni los medios masivos de comunicación se han preocupado por mantener informada a la población acerca de lo que es el síndrome down, para que logren hacer conciencia de lo importantes que son estos niños y de cuantos cuidados requieren y que sin el apoyo de ellos, no logran desenvolverse en su totalidad, ya que son niños que necesitan mucha estimulación para que continúen su camino hacia delante, donde ellos puedan labrar su propio camino y el día de mañana que ellos lleguen a ser adultos tengan las mismas posibilidades que todos, y vivan una vida normal.

Pero al no estar informada la familia se les hace muy difícil tratarlos ya que ellos requieren se les tenga paciencia y dedicación, ya que estos niños si se sienten enfermos, o tienen hambre, por lo que es demasiado importante que los atiendan personas capacitadas en el cuidado de estos niños, enseñándolas también a ellas para que aprendan a atenderlos y brindarles los cuidados que necesitan. Ya que si los llevan desde pequeños a una escuela de Educación Especial ellos lograrán una más pronta integración socio-educativa y socio-familiar.

El objetivo de nuestra investigación es, que los padres de familia, la escuela y la sociedad estén más informados de lo que es el Síndrome Down, para que puedan brindar una mejor atención a los niños y se logre la aceptación de estos niños por sus padres.

También se manifiesta que al tener un niño con síndrome down dentro de un hogar provoca la mayoría de las veces conflictos entre la familia de manera directa entre los padres, porque su relación de pareja se va deteriorando debido a la sobreprotección que tiene la madre hacia su hijo, o por el maltrato físico o verbal del esposo hacia el niño. Por lo que se buscaran nuevas expectativas para lograr una mejor relación dentro de la familia.

Al inicio de la investigación se plantearon objetivos los cuales se mencionan a continuación: General, Identificar el rechazo de los padres de familia hacia los niños con síndrome down, todo ello con el fin de conocer, a qué grado llegan los padres al no aceptar que tienen un niño con síndrome down y cómo afecta en su desarrollo a los mismos, al igual se plantearon cinco objetivos específicos los cuales son:

1. Conocer las características socioeconómicas que presentan las familias.
2. Identificar las causas que originan el rechazo de los padres hacia sus niños con síndrome down.
3. Conocer las características físicas de los niños con síndrome down.
4. Identificar la estructura familiar.
5. Conocer las acciones que se emprenden por parte de la institución cuando se detecta rechazo por parte de los padres de familia.

También se planteó una hipótesis por medio de la cual se va a tratar de comprobar, a qué grado los padres de familia desconocen lo que es el síndrome down y provoca el rechazo de ellos hacia sus hijos. Por lo que se hicieron también dos variables, independiente: desconocimiento de los padres de familia sobre el

síndrome de down: y la dependiente que nos dice: el rechazo de los padres de familia hacia sus hijos con síndrome down.

Por medio de la investigación se va a recolectar toda la información obtenida y se llegará a la interpretación de ésta, con el fin de realizar un buen análisis interpretativo y con ello tratar de comprobar la hipótesis que se planteó, todo ello con los resultados obtenidos.

Es importante mencionar que la investigación contendrá 8 capítulos, conclusiones, propuesta de intervención del Trabajador Social, bibliografía y anexos. El contenido de cada capítulo se menciona a continuación de manera muy general:

El capítulo uno trata de los antecedentes históricos de la educación especial en México, todo ello con la finalidad de saber y conocer cuando se reconoció lo que es la educación especial así como quienes fueron sus fundadores, los fines que esta perseguía, los principios que la guiaban, así mismo su marco jurídico y los servicios que esta brinda.

El capítulo dos nos hablara del origen del municipio de Paracho, su vida familiar, su vivienda, salud, etc., todo ello para poder aterrizar en lo que es el Centro de Atención Múltiple de Paracho, y conocer de sus antecedentes, características, estructura, funciones y servicios que brinda.

El capítulo tres se dice lo que es el síndrome down, sus antecedentes, características, causas, personalidad y carácter del niño con síndrome down, padres de hijos con síndrome down, todo ello con la finalidad de conocer más a fondo todo lo relacionado con este síndrome y ver en que situación se encuentran estos niños.

En el capítulo cuatro veremos de manera general que es la familia, su origen, tipos de familia, funciones básicas, el ciclo vital de la familia, roles de los miembros de la familia, proceso existencial de la familia, la interacción y comunicación familiar, todo esto para ver como vive una familia que no tiene un hijo con necesidades especiales y como lo hace una que si cuenta con un miembro que requiere más atención.

El capítulo cinco, trató del trabajo social en la educación especial, sus objetivos, funciones y actividades, todo ello para que sigámonos preparando y actualizando en cuanto a las necesidades de todos y cada uno de los centros que requieren de nuestro trabajo.

El capítulo seis tratara básicamente de la investigación de campo, donde se definirá el universo de trabajo, técnicas e instrumentos que se utilizaron, la recolección de datos, presentación de los resultados y por último el análisis de los resultados obtenidos.

CAPITULO

I

ASPECTOS GENERALES DE LA EDUCACION ESPECIAL.

La presente información de éste capítulo fue retomada de la Coordinación de Educación Especial, Dirección de Educación Básica y de la Dirección de Educación Especial de su antología, Atención a Necesidades Educativas Especiales.

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO.

La educación especial en México se inicia en 1867, con el gobierno de Benito Juárez, quién funda la Escuela Nacional para Ciegos. Siendo hasta 1914 cuando el doctor José de Jesús González, se interesó por organizar una escuela para débiles mentales en la ciudad de León Guanajuato. En 1935 el Dr. Roberto Solís Quiroga, plantea la necesidad de institucionalizar la Educación Especial en nuestro país. Y es hasta el 17 de junio de 1943, se inaugura la escuela para maestros de Educación Especial. Es hasta el 18 de diciembre de 1970 cuando se ordena la creación y la Dirección General de Educación Especial.

"La primera iniciativa de brindar atención especializada a personas con requerimiento de Educación Especial en México corresponde a Don Benito Juárez quién en 1867 funda la Escuela Nacional de Ciegos.

Hasta 1914 cuando el Dr. José de Jesús González, precursor de la Escuela de Educación Especial para deficientes mentales comenzó a organizar una escuela para débiles mentales en la ciudad de León Guanajuato.

En el periodo de 1919 y 1927 se fundaron en el D.F. dos escuelas de orientación para varones y mujeres comenzando a funcionar además de capacitación y experimentación pedagógica para la atención de los deficientes mentales en la Universidad Nacional Autónoma de México, mientras que el

profesor Salvador M. Lima fundó una escuela para débiles mentales en la ciudad de Guadalajara.

En 1929 el Dr. José de Jesús González plantea la necesidad vigente de crear una escuela modelo de la ciudad de México, siendo más tarde construida en la que se implementaron técnicas educativas actualizadas.

En 1935 EL Dr. Roberto Solís Quiroga, quién fuera gran promotor de la Educación Especial en México y América, plantea la necesidad de institucionalizar la Educación Especial en nuestro país.

Como resultado de ésta iniciativa se incluyo la Ley Orgánica de Educación un apartado referente a la protección de los deficientes mentales por parte del Estado para hacerlos partícipes de los mismos derechos y obligaciones que les corresponden como ciudadanos del país de acuerdo a sus capacidades y posibilidades del individuo.

En 1941 el Ministro de Educación Octavio Bejar Velázquez, propuso la creación de una escuela de especialización de maestros en Educación Especial.

El 17 de junio de 1943 se inauguró la Escuela de formación docente para maestros de educación especial la cual inicialmente contó con las carreras de maestros especialistas en educación de deficientes mentales y menores infractores.

En 1945 se agregaron las carreras de maestros especialistas en Educación para Ciegos y Sordomudos.

En 1954 sé crea la Dirección de Rehabilitación y al año siguiente inicio la Escuela de Especialización, la carrera de especialistas en el tratamiento de lesionados del aparato locomotor.

En 1958 se fundó en Oaxaca una Escuela de Educación Especial.

En 1959 el entonces oficial mayor de la SEP profesor Manuel López Dávila, se interesó en el problema de educación especial, dependiente de la Dirección General de la Educación Superior e investigaciones científicas abocándose a la atención temprana de los niños deficientes mentales bajo la orientación de la profesora Odalmira Mayagoitia.

En 1960 se fundaron las escuelas primarias de perfeccionamiento 1 y 2, en 1961 los números 3 y 4.

1.2.FINES DE LA EDUCACION ESPECIAL.

Durante los 7 años que la profesora Odalmira Mayagoitia estuvo a cargo de la coordinación de Educación Especial se logró la apertura de diez escuelas en el D.F. y doce en el interior del país; Monterrey, Aguascalientes, Puebla, Tampico, Córdoba, Saltillo, Culiacán, Mérida, Colima, Hemosillo, Chihuahua y San Luis Potosí.

La larga secuencia de esfuerzos realizados por consolidar un sistema educativo para las personas con requerimientos especiales en Educación Especial alcanzó su culminación con el decreto del 18 de Diciembre de 1970, por lo que se ordenó la creación de la Dirección General de Educación Especial.

Más que algo administrativo, éste hecho representó un cambio de actitud del Estado hacia la atención a este tipo de personas de una manera más formal y sistemática, ya que se logró sistematizar y coordinar acciones hasta entonces dispersas, así mismo promover y proveer una mejor atención a las personas con características especiales.

El derecho de creación estableció que a la Dirección General de Educación Especial, dependiente de la Subsecretaría de Educación Básica le correspondía organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación de éstas personas y la formación de maestros especializados.

A partir de 1976 se comenzaron a experimentar los primeros grupos integrados que tenían como objetivo apoyar a los alumnos con problemas de aprendizaje.

En los estados de Monterrey y el D.F. aparecieron además los primeros Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) así como las primeras coordinaciones de Educación Especial y los estados.

En diciembre de 1978 se hizo cargo de la Dirección General de Educación Especial la Dra. Margarita Gómez Palacio, extendiéndose la creación de coordinaciones en los estados hasta abarcar la totalidad del país.

En 1980 de acuerdo con las políticas de la SEP, se desconcentra en las delegaciones generales de operación de los servicios de educación especial, se reestructuran convirtiéndose en jefaturas de departamento para brindar un mejor servicio y tener un mayor control de las acciones que deben realizarse.

Grandes han sido los esfuerzos realizados en México desde el Gobierno de Benito Juárez, con la participación de profesionistas, maestros y personas interesadas en el campo de Educación Especial.

Por lo que se fue dando una estructura de la Educación Especial en México, después de una constante lucha nos podemos dar cuenta que de acuerdo a la intervención que tenemos van surgiendo nuevas estrategias de trabajo para darse en la Educación Especial, que beneficiará a los individuos con necesidades especiales".(Antología: Atención a necesidades educativas; coordinación de

educación básica, dirección de educación básica, dirección de educación especial: julio 1998).

1.3. ¿QUE ES LA EDUCACION ESPECIAL?

Es la atención educativa que se brinda a personas con deficiencia mental, trastornos motores, visuales, auditivos, de aprendizaje, del lenguaje y de la conducta. Y también a niños con capacidades y aptitudes sobresalientes.

La Educación Especial coincide que en todo individuo existe un ser humano con cualquiera que sean sus virtudes y limitaciones, por ello debemos enfocarnos en apoyarlos para que desarrollen mejor sus capacidades (físicas e intelectuales), para que su formación sea mejor.

Para poder lograrlo la Educación Especial maneja algunos fines generales bajo los cuales se deben regir y guiar para beneficio de los niños que por algunas características físicas o psíquicas presentan dificultades con un grado diferente, pero debemos incluirlos en los programas de las escuelas regulares para mejorar su nivel académico.

1. Se debe capacitar al individuo con necesidades especiales para que se realice como una persona independiente, facilitando su integración y participación en el medio social en que se desenvuelve.
2. Actuar preventivamente en la comunidad, la familia y el individuo a lo largo de su desarrollo para lograr su evolución psico-educativa.
3. Aplicar programas para lograr el desarrollo, corregir o compensar las deficiencias o problemas específicos que tenga cada individuo.

4. Trabajar con las áreas que se manejan para el bienestar del individuo: independencia, psicomotricidad, comunicación, socialización, lenguaje y el trabajo.
5. Hacer conciencia en la comunidad hacia las personas con características especiales para que éstos puedan lograr la aceptación e integración en ella.

1.4. PRINCIPIOS DE LA EDUCACION ESPECIAL

Existen ciertos principios que tienen como objetivo elevar la integración de éstas personas, por medio de la aceptación y conocimiento del niño con necesidades especiales por parte de la población en general.

* Basarse en sus posibilidades del alumno, más que en sus limitaciones.

Se deben elaborar programas que respondan al interés del alumno, su edad, capacidades, entre otros, tomando en cuenta que a una cierta edad se inician ciertos aprendizajes escolares.

La manera en que se debe trabajar debe ser lo más parecida a las escuelas regulares, se adaptan únicamente a las necesidades de los alumnos para elevar una expectativa con la que se logren mejores rendimientos del alumno.

- individualizar la educación.

Debido a la naturaleza, la variedad y complejidad de los problemas que en ocasiones afectan al individuo, requieren de una atención individualizada.

Por lo que el equipo interdisciplinario debe realizar su propia evaluación y definir sus objetivos educacionales específicos.

La individualización no significa que el trabajo del alumno sea aislado, sino que los constantes logros y fracasos entre ellos los que requieren de una organización en el trabajo y del uso de materiales adecuados.

Por lo que debemos coordinar y complementar la individualización y socialización para lograr un mejor desarrollo en los niños con necesidades especiales.

*Promover la normalización.

Todos los ciudadanos debemos tener el mismo acceso a todos los beneficios que se nos brinden.

Las personas que requieren de educación especial deben ser tratados y considerados como normales, ya que tienen derechos y obligaciones como todo ser humano pero éstas, de acuerdo a sus capacidades, siendo necesario el contacto con otros, por lo que ellas deben tener un sentido de pertenencia, participación, aceptación en su medio social.

Es por ello que debemos apoyar su medio educativo ya que de ello depende el desarrollo de sus habilidades, brindándoles las clases y talleres de acuerdo a sus necesidades.

1.5. MARCO JURÍDICO DE LA EDUCACION ESPECIAL.

Es conveniente conocer los lineamientos jurídicos de la educación especial que se han establecido en nuestro país para poder analizar el apoyo que se le brinda a la población con características y necesidades especiales y conocer las repercusiones que se den en el desarrollo del niño dentro de su hogar y escuela que es donde ellos pasan más tiempo, por otro lado, el alcance que se tiene en el desarrollo de instituciones como el CAM, para poder determinar los beneficios que se tienen para el niño y su entorno.

Los fines y objetivos de la educación especial fueron realizados en los lineamientos legales en que se rige la Educación General como el artículo No. 3 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos el cual nos menciona lo siguiente:

La educación que imparta el Estado – Federación, Entidades Federativas, Municipios, tendera a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentara en él, el amor a la patria y la conciencia de solidaridad internacional, en la independencia y justicia.

El artículo 2 de la Ley General de Educación dice: Todo individuo tiene derecho a recibir educación por lo que los habitantes del país tienen las mismas oportunidades de acceso al sistema educativo nacional con solo satisfacer los requisitos que establezcan las disposiciones generales aplicadas.

Se debe aclarar que al retomar estos artículos fue porque ninguno de ellos especifica que algún individuo se le pueda negar la educación por el hecho de tener características diferentes a las demás personas es por ello, que en el artículo 39 nos menciona que "En el sistema educativo nacional queda comprendida la educación inicial, la educación especial y la educación para adultos".

Por lo que el tipo de educación debe ser acorde a las características y necesidades de la población para que se puedan implementar y adecuar los programas y contenidos que respondan a situaciones reales.

Por tal motivo la educación especial tiene la necesidad de atender a niños y jóvenes que se les dificulta más asimilar los aprendizajes académicos de escuelas regulares, pero si pueden aprender a vivir y relacionarse con niños que no tienen ningún tipo de problemas de acuerdo a las normas de su medio cultural.

Por lo que la participación de diversos profesionales como: psicólogo, trabajadores sociales, especialistas en audición, lenguaje, psicomotricidad,

terapeuta entre otros, es sumamente importante ya que se atenderá al individuo de una manera más integral.

A últimas fechas la educación que se dirige a los niños con características especiales se ha ido mejorando, ya que se ha logrado que se habrán más instituciones ya sea públicas o privadas para que le brinden la atención que requieren éstos niños.

Ya que los niños con necesidades especiales tienen más necesidad de recibir educación para lograr independizarse más de su familia, pero los recursos destinados a su enseñanza son muy pocos.

La Ley General de Educación maneja respecto a la Educación Especial en su artículo 41.

La Educación Especial ésta destinada a individuos con capacidades ya sea transitorios o definitivos, al igual que aquellos niños que tienen actitudes e aptitudes sobresalientes. Procurando con ello atender a los educandos de manera más adecuada a las condiciones que ellos necesitan para lograr la equidad e igualdad social.

Los menores con discapacidades la educación le brindara la integración a los planteles de educación básica regular, y los que no logren la adaptación en estos planteles, se les tratara de acuerdo a sus necesidades para la satisfacción de los mismos, donde la educación especial se centra en un aprendizaje básico para lograr la autonomía y convivencia social.

1.6. SERVICIOS QUE BRINDA LA EDUCACION ESPECIAL.

La dirección General de Educación Especial maneja una serie de servicios que van a responder a necesidades específicas que representa una población con requerimientos de educación especial.

Actualmente con la retroalimentación de los servicios de Educación Especial se reestructuran éstos servicios y se ubica únicamente en CAM (Centro de Atención Múltiple) y en las aulas USAER (Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Especial).

Las dificultades que atiende son:

- Deficiencia Mental
- Síndromes
- Síndrome Down.
- Con trastornos de Audición y Lenguaje
- Problemas de Aprendizaje
- Impedimentos Motores
- Autismo
- Hiperactividad
- Trastornos Visuales.

Ya que nuestra investigación se ubica en el CAM Paracho. Debido a que la institución es muy reciente aún no se conoce mucho, atendiendo a niños de las comunidades del municipio y de otros, pero aún se refleja que las familias de nuestras comunidades que tienen un hijo con alguna incapacidad los siguen escondiendo no brindándoles la atención que ellos requieren." (Antología: Atención a necesidades educativas especiales; Coordinación de educación especial, Dirección de educación básica, Dirección de educación especial: Julio 1998).

1.7. CENTRO DE ATENCION MULTIPLE (C.A.M).

“El centro de atención múltiple es aquel que imparte la educación especial a aquellas personas que solo pueden recibir instrucción educativa en escuelas de éste tipo y sirve de soporte para impulsar la integración a las escuelas regulares.

1.7.1. NORMAS GENERALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCION MULTIPLE.

- Los centros de atención múltiple son centros escolares de educación básica (educación inicial, preescolar, primaria y secundaria), a medida que las condiciones de expansión lo permitan.
- Los CAM consideran el adiestramiento laboral como una área de desarrollo.
- Los CAM trabajarán los planes y programas de educación básica haciendo adecuaciones curriculares sobre las necesidades del alumnado (incorporación de objetivos y contenidos no explicativos en los programas, incorporación de medios metodológicos y didácticos para la enseñanza, etc).
- La transición hacia el manejo de los planes y programas de estudios regulares, puede oscilar de: curriculum regular, curriculum regular adaptado, curriculum especial-regular, curriculum especial adaptado, curriculum especial.
- Se mantiene la estructura organizativa en la conformación de grupos de acuerdo a los niveles educativos.
- Se recomienda que la escuela especial no sea una escuela segregadora (grupos por discapacidad) y vaya construyendo las estrategias de: grupos integrados por grados (alumnos con discapacidad, capacidad afines), grupos con integraciones sociales, recreativas y cívicas, grupos con integraciones en algunas materias curriculares, grupos integrados con atención de apoyo en elementos específicos de su discapacidad, etc.
- Los grupos reciben el apoyo del maestro de comunicación y psicólogo, terapeuta físico en el entorno del aula.

- Las áreas multiprofesionales y el maestro del grupo elaboran el proyecto curricular de escuela y/o de aula y determinan los contenidos de formación y las estrategias de atención.
- Las escuelas se sujetan al calendario oficial.
- Los alumnos del nivel educativo de primaria y secundaria se sujetan al procedimiento de inscripción, reinscripción, acreditación y certificación de control escolar.
- El CAM puede recibir alumnos en cualquier parte del ciclo escolar.
- El CAM puede recibir alumnos aunque no tengan discapacidad y reincorporarlos a la escuela regular en el momento más pertinente.
- El CAM puede tener personal de integración educativa que apoye y haga el seguimiento de los alumnos que están integrados (o vincularse con la USAER).
- El CAM trabaja programas de orientación a padres sobre los proceso de aprendizaje de los alumnos.
- La evaluación de los alumnos se sujeta a los lineamientos en esta materia (acuerdo 2000)

1.7.2. NORMAS PARA LA CONFORMACION DE GRUPOS.

NIVEL	EDADES	RANGO ALUMNOS	MINIMO
Inicial	0-4	12	7
Preescolar	3-6	15	9
Primaria	6-12	18	12
Secundaria	13-17	25	18
CECADEE	14-20	20	15

1.7.3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA CAM.

DIRECTOR		
Auxiliar Técnico		Personal Administrativo
EQUIPO MULTIPROFESIONAL		
Jornada Básica 8:00 – 12:30	Maestros de grupo básico.	EQUIPO DE APOYO Psicólogo Maestro de Comunicación. Trabajador Social Terapeuta Físico Médico
Jornada Complementaria 12:30 – 14:30	Maestro de taller	
Jornada Complementaria 12:30 – 16:00	Maestros de grupo Complementario	

(Coordinación de Educación Básica, Dirección de Educación Básica, Dirección de Educación Especial, julio 1998).

Al conocer de manera más amplia lo que es la Educación Especial, da pausa a que en nuestro siguiente capítulo se conozca todo lo relacionado al Centro de Atención Múltiple (C.A.M.), Paracho.

CAPITULO

II

CENTRO DE

ATENCIÓN

MULTIPLE (CAM)

PARACHO.

2.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MUNICIPIO DE PARACHO.

" El CAM Paracho es la única institución de educación especial que se encuentra en la meseta purhepecha, por lo que atiende a todas las comunidades que requieren de sus servicios, donde vemos que día a día se han ido presentado más casos de niños que requieren de una atención adecuada y especializada, el Centro de Atención Múltiple de Paracho es muy reciente por lo que va a ser la primera investigación realizada.

ANTECEDENTES

Este pueblo indígena de la región montañosa del centro de Michoacán se llama así mismo p'urhépecha, y cada uno de sus integrantes es un p'urhe o p'ure que significa gente o persona; esto implica una autoafirmación como seres humanos y pueblo en general.

Desde la conquista y hasta hace unos cuantos años, este pueblo era conocido como tarascó; sin embargo esta denominación es externa y les fue impuesta por los conquistadores.

LOCALIZACIÓN.

La actual área p'urhe se extiende a lo largo de 6000 kilómetros que tiene el estado de Michoacán, en la región norcentral de la entidad. Esta área se ubica entre los 1600 y 2600 msnm y se le denomina P'urhepecheo o Purhepecherhu que significa " lugar donde viven los p'urhe". El área se ha subdividido tradicionalmente en cuatro regiones: Japondarhu (lugar del lago), Eráxamani (cañada de los once pueblos), Juatarasi (Meseta), la ciénega de Zacapu.

LENGUA.

El idioma p'urhe no tiene parentesco lingüístico cercano con ninguna de las lenguas originales que se hablan en México. Se conocen tres variantes dialécticas: la de la región lacustre, central y serrana.

SALUD.

La salud es considerada por los P'urhépechas como un resultado de la armonía con la naturaleza y del cumplimiento de las normas comunitarias y familiares.

En relación con la medicina tradicional encontramos diversas especialidades entre los médicos tradicionales, la mayoría de los cuales son mujeres mayores de 55 años y entre quienes encontramos: curanderos, parteras, sobadoras, brujas, hueseros, hierberas y finalmente los mollereros.

Por lo que al nacer algún niño con características diferentes ellos lo consideraban como un castigo de Dios ya que habían hecho cosas malas, y lo que hacían era llevarlos con personas que se aprovechan de la ignorancia de la gente, que acude a ellas para que le den el alivio a su hijo y cuando se les dice que deben recibir otro tipo de atención no lo aceptan, ya que están conscientes que realmente es un castigo

VIVIENDA.

El municipio de Paracho cuenta con un total de 3439 viviendas, las cuales son construidas principalmente de madera, aunque cada vez más, están siendo sustituidas por construcciones de materiales más modernos como el tabique, tabicón, techo colado, lámina de asbesto, cartón o zinc.

ECONOMÍA.

La economía del pueblo p'urhe ha estado sustentada a actividades primarias tales como la agricultura, la pesca, la recolección y la cacería. En el sector secundario son importantes la producción de artesanías de madera y el comercio". (Instituto Nacional Indigenista, 1994: 46 p)

2.2. CARACTERÍSTICAS ACTUALES DEL MUNICIPIO DE PARACHO.

"Paracho es la cabecera municipal del municipio del mismo nombre, y la localidad más grande de la Meseta p'urhépecha por sus 18 000 habitantes. Fisiográficamente la cabecera se localiza en el Eje Volcánico Transversal o Sistema Tarasco-Náhuatl, con una altura aproximada sobre el nivel del mar de 2 200 metros y un clima templado frío. La población ésta situada en el kilómetro 37 de la carretera troncal Carapan-Uruapan; a 147 kilómetros de la ciudad de Morelia por la carretera Carapan-Zacapu, y a 40 kilómetros de la ciudad de Uruapan.

Los primeros pobladores procedieron del lago de Chápala, cuando se hizo la conquista del estado de Jalisco por Nuño de Guzmán, hubo indígenas que se resistieron entre ellos la pequeña aldea de Paracho, prefirieron migrar a lo alto de los cerros. El grupo de Paracho se asentó en un principio en el cerro del poblado de Pomacuaran donde permaneció aproximadamente cincuenta años. El traslado se debió a que la población carecía de fuentes de abastecimiento de agua, y por ello resulta paradójico que en su nuevo terruño vuelvan a enfrentar hoy en día el mismo problema.

A partir de la Ley Territorial del 10 de diciembre de 1831 Paracho aparece como municipio y el 18 de enero de 1862 se le concedió a la cabecera el título de Paracho de Verduasco.

En 1900 en el municipio de Paracho había 8,600 habitantes, mientras que en censo de población de 1930 se registro una población de 6885, de los cuales 2396 se concentraban en Paracho, es decir el 32% de la población municipal. Éste fenómeno fue consecuencia de la Revolución y del incendio de la localidad en agosto de 1917. En éste periodo aumenta la migración y muertes por las constantes amenazas del seudo revolucionario Inés Chávez García. Éste personaje a cambio de protección del lugar solicitaba dinero y viveres para

mantener a su grupo: cuando la comunidad decidió no continuar con el chantaje Chávez y sus secuaces prendieron fuego a las viviendas; los habitantes que contaban con los recursos necesarios se trasladaron a Uruapan, Zamora y Morelia, otros se refugiaron en el monte o en las comunidades cercanas como Ahuiran, quedando Paracho en una situación precaria y con sus habitantes dispersos. La actividad económica y social retorna a Paracho en 1923, a través del comercio y el trabajo de las artesanías de madera de cirimo (guitarras y objetos de torno manual) que era traído del cerro de Terechuruan, ubicado en la misma localidad.

El censo de población de 1940 registra 3301 habitantes, representando el 32.5% de la población municipal; en ésta década Paracho no significaba un centro de atracción económica y educativa para las comunidades indígenas cercanas, porque la base de la economía que es la producción de objetos de madera en forma artesanal, era mínima debido a la carencia de infraestructura para su comercialización. En la década de los cuarenta los habitantes de Paracho reconocían los siguientes límites del pueblo: al poniente hasta el camino de terretería, que hoy es conocido como el libramiento; al oriente hasta el pozo grande al norte hasta donde se ubica el panteón y hacia el sur donde ésta el cerezo (esa calle actualmente se llama la paz). A partir de éstos límites los habitantes dividían el espacio en cuatro cuarteles, el más poblado era el segundo porque en ese espacio se localizaba el pozo de agua y como se ha mencionado el abastecimiento de éste líquido es el problema más grave que padece la población desde su asentamiento en la región. El centro también estaba bastante poblado porque ahí se concentraba el comercio, la iglesia y se estaba construyendo el Centro de Capacitación para Indígenas; las orillas del pueblo eran las menos pobladas con trojes dispersos. Es hasta 1945 que se tiene conocimiento del primer fraccionamiento, la Colonia de San Juan, lugar que actualmente cuenta con dos escuelas (primaria y jardín de niños) y una pequeña capilla católica. Ésta colonia se pobló rápidamente porque durante el sexenio del presidente Lázaro Cárdenas se construye en ella el depósito artesanal de agua. A finales de la década de los

cuarenta Paracho contaba con cinco escuelas: un jardín de niños, dos primarias (rural y urbana), una secundaria y el Centro de Capacitación para indígenas. Éste centro albergaba a indígenas de las comunidades de la región Tarasca, se impartían los tres últimos años de educación primaria y algunos oficios (tomaría, carpintería, herrería, lacas, peluquería y guitarra). En ésta época se introdujo la energía eléctrica y se inició la construcción de la carretera Carapan – Uruapan que atraviesa, entre otros poblados, Paracho. Éstos dos hechos permitieron la introducción de máquinas eléctricas para transformar los procesos de producción artesanal en industrial.

En 1950 aumentó la población de la localidad a 4071 habitantes concentrando el 37.3% de la población municipal; en ésta época se inicia el proceso de migración de las comunidades indígenas cercanas como Nurio, Urapicho, Pomacuaran, Arato, Sevina, etc. Hacia la cabecera municipal. Esto fue consecuencia de la formación de los talleres artesanales que elaboraban las guitarras en forma de manufactura y que demandaban fuerza de trabajo. A la vez algunos habitantes de Paracho emigraron a ciudades como Uruapan, Morelia, Guadalajara y el Distrito Federal. Las décadas de los sesenta y setenta fue el periodo donde la población, la producción de productos de madera, la mancha urbana y los servicios educativos se desarrollaron considerablemente.

El servicio educativo se incrementó considerablemente en 1977 existiendo tres jardines de niños, 7 primarias, 1 secundaria diurna, una preparatoria y el Centro de Integración Social para Indígenas. Los estudiantes para continuar su preparación profesional se trasladan a Uruapan, Morelia, Guadalajara e incluso al D.F.; la mayoría de ellos tratan de incorporarse al magisterio para tener un trabajo seguro y la posibilidad de regresar al pueblo. En éste sentido Paracho es uno de los lugares que cuenta con una gran cantidad de profesores normalistas que no sólo llegan a cubrir las demandas de profesores en el municipio, sino que incluso se trasladan a otras localidades como Uruapan, Cheran, Carapan, San Juan Nuevo, Zamora, etc." (López, 1991: 197 - 206).

2. 3. ASPECTOS GENERALES DEL CENTRO DE ATENCION MULTIPLE DE PARACHO.

La institución se inició como labor social en el año de 1993, en la casa de la profesora Belinda Zalapa, posteriormente se le presto una aula en la escuela primaria Coronel J. Jesús Díaz, viendo la creciente demanda de este servicio solicito a la presidencia municipal de Paracho la donación de un terreno para la construcción de una escuela de Educación Especial.

La donación de este terreno se hizo estando de presidente municipal el profesor Amulfo Vázquez Herrera, donde se inició con la construcción de tres aulas, cuando estaban éstas en proceso de construcción se llevó el proyecto a la Secretaría de Educación Publica, para que ya funcionara como una institución publica, dicho proyecto fue aceptado inmediatamente.

Al principio funcionó como extensión de la Escuela de Educación Especial " Margarita Gómez Palacios", que se encuentra en la ciudad de Uruapan, Mich, en un periodo de Enero a Noviembre de 1998, y el día 25 de ese mismo año se le dio la clave como institución independiente, y con el nombre de C.A.M (Centro de Atención Múltiple). Con domicilio en Galeana # 880, fraccionamiento Morelos, en Paracho Mich.

Al inicio la institución contaba nada más con dos profesionales que atendían a un total de 30 niños con diferentes problemas.

El tipo de problemas que atiende es: Discapacidad intelectual, Discapacidad Motora, Sordera, Audición y Lenguaje, Aprendizaje, y Down.

Actualmente el C.A. M. Paracho cuenta con un total de 109 alumnos de los cuales 9 se retomaron para poder realizar la tesis, ya que son niños con síndrome down y con la edad de 0 a 13 años, cubriendo así los requisitos para trabajar con

ellos. Al aumentar el número de alumnos también se requirió de más personal para poder brindar una mejor atención contando actualmente con 7 elementos en total.

Psicólogo, Docentes, Talleristas, Lic. En impedimentos motores.

2.3.1. OBJETIVOS:

- **CAPACITAR**, al individuo con requerimientos de Educación Especial, para realizarse como una persona autónoma, posibilitando su Integración y participación en su comunidad para que pueda disfrutar de una vida plena.
- **APLICAR**, Programas adicionales para desarrollar o compensar las deficiencias o alternativas específicas que afectan a los individuos con necesidades específicas.
- **PROMOVER LA ACEPTACION**, de las personas con requerimientos de educación especial, haciendo vigentes los principios de normalización e integración.
- **ACTUAR**, preventivamente en la comunidad y sobre el individuo desde su gestión y a lo largo de su vida para lograr al máximo de su evolución psico-educativa.
- **EDUCACION INDISPENSABLE**, atiende a los sujetos que necesitan de educación especial fundamental para su aprendizaje e integración a la educación regular y a la comunidad.
- **EDUCACION COMPLEMENTARIA**, se aplican programas específicos por cierto tiempo que apoyan a la educación regular del niño.

2.3.2. MISION.

Promover y favorecer el acceso y permanencia, en el sistema educativo a niñas, niños y jóvenes que presenten necesidades educativas especiales particularmente a aquellos con alguna discapacidad con los recursos que les permitan desarrollar sus potenciales al máximo e integrarse e integrarse educativa, social y laboralmente.

2.3.3. NIVELES DE ATENCION.

- INTERVENCIÓN TEMPRANA. Esta se divide en ejes: de socialización, psicomotricidad, lenguaje, hábitos e higiene, familia, sensopercepción (visual, auditiva, olfativa, gustativa, tacto) esquema corporal, equilibrio, postura y movimiento y lectura de cuentos.
- PREESCOLAR. Ésta se divide en 4 dimensiones: afectiva, social, física e intelectual, y con éstas se trabaja por medio de bloques que son: Matemáticas: seriación, clasificación, conservación.

Relación con la naturaleza

Psicomotricidad

Sensibilidad y expresión artística

Lenguaje: oral y escrito.

- PRIMARIA. Ésta dividido en bloques: los niños, la familia y la casa, la escuela, la localidad, las plantas y los animales, el campo y la ciudad, medimos el tiempo y México nuestro país.

Se manejan 5 ejes:

Los seres vivos.

El cuerpo humano

El ambiente y su protección.

Materia, energía y cambio.

Ciencia, tecnología y sociedad.

Áreas con las que cuenta son: Español, matemáticas y sociales.

- OCUPACIÓN LABORAL. Desarrollan habilidades de los niños y jóvenes por medio de un taller donde se les enseña a elaborar objetos de artesanías, además se les maneja el programa regular de primaria, aplicadas éstas en las clases de taller.

- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.

- Terapia familiar

- Terapia grupal. Con grupo y con toda la escuela.

- Terapia individual. Con padres y alumnos.

- Los temas que se imparten aquí son elegidos por los padres de familia, además de apoyar con pláticas a preescolares regulares.

- Algunos temas son:

- Integración familiar.

- Relaciones humanas.

- Como tratar a los niños con necesidades especiales.

- El niño y su medio ambiente.

- Conociendo a mi hijo.

Todo ello para que los padres de familia y la sociedad busquen mejoras en el cuidado y trato de sus hijos con necesidades especiales logrando con esto que los niños sean más independientes de sus padres y logren una integración plena en el ámbito social.

Con un horario de Lunes a viernes de 9 de la mañana a 12:30 de la tarde.

2.3.4. LINEAS GENERALES DE TRABAJO.

El trabajo del maestro se basa en elaborar programas específicos para el aprendizaje del alumno de acuerdo a sus posibilidades.

Las labores escolares se realizan en pequeños grupos y tienden hacia una atención individualizada.

La educación especial vincula su metodología de trabajo con los contenidos escolares de la educación regular.

Las comunidades que atienden son: Paracho, Ahuiran, Cheran, Nahuatzen, Sevina, Pomacuaran, Charapan, Quinceo y Aranza.

Contando ahora con cinco aulas las cuales están distribuidas de la siguiente manera:

Dos salones de clase

Dirección

Psicología

Taller

Estando en proceso de construcción otras 3 aulas, a las cuales se les dará el siguiente uso:

Salones de clase.

El Centro de Atención Múltiple, como se menciona es de muy reciente creación por lo que aún no cuenta con muchos alumnos, así mismo el personal que labora en la misma no atiende de manera personal a los niños que tienen síndrome down, sino se les atiende de manera general, es por todo ello que a continuación profundizaremos más acerca de lo que es el síndrome down.

Cabe Mencionar que la anterior información acerca de lo que es el Centro de Atención de Múltiple fue proporcionada por la Prof. Belinda Zalapa, directora del C.A.M. de Paracho.

CAPITULO

III

SÍNDROME DOWN

3.1. ANTECEDENTES DEL SÍNDROME DOWN.

El síndrome de Langdon Down, se reconoció hace aproximadamente un siglo como entidad nosológica. El Síndrome Down ha constituido uno de los mayores enigmas de la medicina. Las diferentes opiniones médicas acerca de este Síndrome, han ocasionado cambios en la terminología, proponiéndose denominaciones como: Síndrome de Down, Acromicria Congénita, Amnesia Peristática, Displacia Fetal Generalizada, Anomalia de la Trisomia Veintiuno y Síndrome de la Trisomia G-21.

EN 1866, John Lagdon Down descubrió por primera vez que algunos rasgos comunes por esta condición por el aspecto de los ojos, pensó que sus pacientes tenían alguna relación con Mongolia y utiliza el término "mongólico" para referirse a las personas con este síndrome.

El doctor Edouard Seguin, de Francia, fue otro quien reconoció clínicamente el Síndrome por primera vez en 1846, dando una descripción detallada; Veinte años más tarde, en su libro la "La Idiocia y su Tratamiento por Métodos Psicológicos", se oponía a la analogía mongólica aduciendo que el parecido se debía simplemente a una reducción o acortamiento de la piel en el margen del párpado. Igualmente el trastorno a una forma de "Cretinismo Furfuraceo", describiendo la apariencia típica de la piel como rosada, lactisínosa y descamada, con un defecto del tegumento externo que se hace más notorio en las deformidades de los dedos y de la nariz, labios y lengua hendidos y una conjuntiva roja y ectopica que se proyecta para suplir la escasez de la piel en el borde de los párpados.

El Dr. Torres del Toro advierte que la primera comunicación medica sobre el mongolismo, se presento en un Congreso efectuado en Edimburgo, en 1875; en ella, los doctores John Frazer y Arthur Mitchell llamaron la atención sobre la corta vida de los mongólicos y su tendencia marcada a la branquicefalea. Posteriormente, otros investigadores aportaron sus observaciones para

completar el cuadro clínico. El doctor G. E. Shuttleworth fue uno de los primeros en sugerir la existencia de un defecto congénito e introducir el término "Niño Incompleto". El mismo advirtió que muchas víctimas de este mal eran los postreros de una larga prole y otros eran hijos de madres en la proximidad del climaterio. Finalmente llegó a la conclusión de que el trastorno obedecía a una disminución de la potencia reproductora.

En una serie de aportaciones sucesivas se describieron determinadas características en la última década del siglo diecinueve: Rober Jones, los rasgos típicos de la boca y la mandíbula; el doctor Charles A. Oliver, los ojos; el doctor Telford Smith, las manos, observando además como características el meñique curvo, aspecto que fue discutido también por West en 1901; constituyendo ambos un análisis para el estudio del Síndrome Down.

No fue sino hasta 1959 que el doctor Jerome Lejeune descubrió que se trataba de una alteración genética irreversible que hace que cada célula tenga un cromosoma adicional en el par 21 o sea, 47 en lugar de 46. A partir de entonces el término mongólico fue rechazado por incorrecto.

En México uno de cada 600 niños nace con Síndrome de Down. (S.E.P.2000: 20P).

3.2. ETIOLOGIA Y EPIDEMIOLOGIA DEL SINDROME DOWN.

*1. ASPECTOS GENETICOS: Múltiples investigadores se han dedicado al estudio de la epidemiología, citogenética, bioquímica, aspectos clínicos y tratamiento del Síndrome de Down. Debido a que la etiología del síndrome era desconocida, se propusieron varias hipótesis etiológicas, entre ellas la de Wanderburg en 1932 quien sugirió la posibilidad de que estuviera relacionada con una anomalía cromosómica. El doctor Lejeune en el año de 1959 observó en sus

investigaciones que los pacientes con Síndrome de Down presentaban un cromosoma extra, el cual en el cariotipo de estos pacientes, es un pequeño acrocéntrico que pertenece al grupo "G", según la clasificación Denver y se le ha llamado cromosoma veintiuno. La trisomía 21 regular se origina por la "no disyunción" del par veintiuno durante la ovogénesis y este fenómeno ocurre con mas frecuencia en mujeres de edad avanzada. El factor cronológico es importante y para el consejo genético se puede decir que el riesgo ira aumentando conforme avanza la edad de la madre. En los casos de hijos de madres jóvenes se ha hablado de genes pegajosos que favorecen la "no-disyunción" o bien según las investigaciones de Lejeune, de una sincronía en el proceso de la meiosis con respecto a sus estímulos desencadenaste.

A). MOSAICO. La "no-disyunción" postcigótica del cromosoma 21, produce una célula con 47 cromosomas trisómica 21 y una monosómica de 45 cromosomas. La célula trisómica sigue dividiéndose y forma una población de células trisómicas, mientras que la monosómica que no es viable, muere sin reproducirse. Por otro lado, las células normales forman una población normal. El resultado final es un producto con dos poblaciones de células: normales y trisómicas, es decir un mosaico celular. El cuadro fenotípico es variable según sea la proporción de células normales y trisómicas, desde un Síndrome de Down completo, hasta un individuo aparentemente normal.

B). TRISOMIA 21 POR TRASLOCACIÓN. Esta anomalía cromosómico ocurre por fusión céntrica entre dos cromosomas de los grupos "D" o "G", donde la mayor parte de los brazos largos de un cromosoma acrocéntrico se trascoló a los brazos cortos del otro acrocéntrico. En los pacientes con Síndrome de Down, se han realizado múltiples estudios bioquímicos y enzimáticos tanto en vivo como in vitro en busca de alteraciones biológicas de las células trisómicas, que ayuden a determinar si algún gene que controla la síntesis de una enzima u otro parámetro biológico se encuentra localizado en el cromosoma extra.

2. EPIDEMIOLOGIA. Es el estudio de la distribución de casos en una población determinada y los factores que influyen en ello.

La frecuencia del Síndrome de Down, es el reporte de un año de estudios sobre los nacimientos de niños con este Síndrome. El doctor Beldleman hizo un estudio durante catorce años en el hospital Boston Lying-Inn en los años de 1930 a 1944 y encontró un promedio de 3,4 niños con Síndrome de Down de cada mil nacimientos; son sobre el número de nacimientos.

Los índices de frecuencia de Síndrome de Down en Europa es de uno en setecientos nacimientos, en Australia, uno de cada seiscientos ochenta y ocho. En Estados Unidos, se estima que al año nacen once mil setecientos niños con Síndrome de Down y específicamente la ciudad de Nueva York se calcula un promedio de cuatrocientos casos al año.

En estudios realizados en varios países, en cuanto a la edad, de la madre como posible causa se encontró el porcentaje más alto en México, Yugoslavia, España y Checoslovaquia, y el, más bajo en la India y Egipto.

En promedio se presenta un niño con Síndrome de Down cada 700 nacimientos. Se ha comprobado que la incidencia de trisomía 21 regular aumenta después de los 30 años, y después de los 35 hay un elevado incremento del porcentaje. Los riesgos que tiene una mujer joven de (18 a 20 años) son de 1 en 200 nacimientos. Por el incremento es de 1 en 40 nacimientos". (GARCIA Escamilla Silvia, *El Niño con Síndrome de Down*: Pag. 27-38.)

3.3. DEFINICIÓN DE SÍNDROME DOWN.

En lo que respecta al Síndrome Down, existen varias definiciones que nos mostraran de manera más general lo que es ésta deficiencia, a continuación se mencionaran algunas.

"Es un conjunto de signos y síntomas que se presentan juntos y que se caracterizan un trastorno". (S.E.P, 2000:20p)

"Es el resultado de una alteración en la planificación que llevan acabo los cromosomas" (Instituto Michoacano de Ciencias de la Comunicación: 97).

" Es causado por cierta anomalía cromosómica del feto, que produce retraso mental". (Selecciones del Reader's Digest, 1989: 502 p.).

" Es una alteración genética irreversible que hace que cada célula tenga un cromosoma adicional en el par 21, o sea 47 en lugar de 46". (S.E.P, 2000:20 p.).

" Alteración genética causada por la triplicación del material genético correspondiente al cromosoma 21". (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1985:1747 p.).

" Es una alteración autosómica que se conoce como mongolismo". (ANDERSON, Betty Ann. Trastornos de la Salud Familiar durante en Embarazo. 1980:509 p.).

" Es el conjunto de características que se manifiestan en una persona como consecuencia de una alteración genética". (Asociación Síndrome de Down Lugo).

" Es una causa genética conocida de la deficiencia mental, un cromosoma extra del par 21, es responsable de las alteraciones de tipo morfológico, bioquímico y funcional que se producen en los órganos, y especialmente en el cerebro durante distintas etapas de la vida". (Asociación Riojana para el Síndrome Down).

De acuerdo a los estudios médicos el Síndrome Down, es una alteración que se presenta por el cromosoma 21, el cual provoca una serie de anomalías genéticas que a su vez condicionan la estructura y función del cerebro y del sistema nervioso el que influye sobre el cerebro lo que hace que el niño sea diferente a los demás, padeciendo retraso mental, y tenga características particulares a las que no tienen los niños normales.

3.4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES QUE PRESENTAN LOS NIÑOS CON SÍNDROME DOWN.

Al nacer los niños con Síndrome Down, presentan características físicas, diferentes a las de los niños normales, lo que al paso de los días se nota un menor desarrollo en sus diferentes actividades, lo que causa problemas psicológicos y sociales, por lo que se les tiene que tratar de manera distinta a los demás. Es por ello la importancia de estar bien informados de los cambios que ellos van sufriendo y el cuidado que se les debe de dar.

3.4.1. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS.

"Al nacer, la longitud de los niños es menor que el de las niñas: son pálidos, con llanto débil, apáticos, con ausencia de reflejo de Moro e hipotonía muscular, lo que explica el retardo en el desarrollo motor.

Algunas de las características específicas de Síndrome de Down, que pueden presentarse las siguientes:

- a) Labios. En el nacimiento y durante su infancia, es imperceptible la diferencia con los normales; en esta época los cambios son secundarios: los labios se ponen secos y con fisuras, ocasionado por tener la boca mucho tiempo abierta, porque el puente nasal es estrecho y tienen problemas al respirar; durante la tercera década de vida es cuando los labios se vuelven blancos y gruesos, característica que solo presentan los varones.
- b) Cavidad Bucal. Es pequeña ya que en estudios recientes se encontró que el maxilar superior con relación al tamaño del cráneo es normal y el maxilar inferior es grande. El paladar tiene forma ojival en un 60%. Como caso excepcional, en los niños con Síndrome de Down, se encuentra el paladar y el labio hendido.
- c) Lengua. La forma de la lengua es redonda o roma en la punta. Presenta dos anomalías: fisuras e hipertrofia papilar; la primera se presenta desde los seis meses nacidos y la segunda alrededor de los cuatro años. La causa es desconocida. En cuanto al tamaño. Presenta macroglosia a la pequeñez de la cavidad bucal.
- d) Dientes. La dentición se presenta tardíamente, apareciendo de los nueve a los veinte meses, se completa a veces hasta los tres o cuatro años. La maloclusión de los dientes superiores sobre los inferiores se manifiesta en un alto porcentaje, en virtud de que los niños con Síndrome de Down presentan pragmatismo o sea proyección notable de la mandíbula.
- e) Voz. La mayoría presentan voz gutural y grave, ésta carece de una explicación adecuada: "La fonación es habitualmente áspera, profunda y melódica, las cuerdas vocales hipotónicas producen una frecuencia vibratoria más baja de lo normal y el timbre de la voz es áspero por falta de contacto uniforme, las cavidades de resonancia desatendida y configuradas con poco tono muscular, apagan el sonido haciendo profundo y sombrío.
- f) Nariz. Una de sus características es su puente nasal aplanado ya sea por el subdesarrollo de los huesos nasales o su ausencia. La parte cartilaginosa es ancha y triangular. La mucosa es gruesa, fluyendo el moco constantemente. Por lo general la nariz es pequeña.

- g) Ojos. Una de las características más prominentes en el Síndrome de Down, es la fisura palpebral. En el iris se encuentran ciertas manchas de color dorado o blanquiscas llamadas manchas de Brushfield. Al principio se creía que éstas manchas solo se observaban en ojos claros, pero son menos visibles en los ojos oscuros. La frecuencia con que aparecen capacidades es bastante alta. Se encuentra en forma Y griega o escamas. El estrabismo es muy frecuente en el Síndrome de Down, casi siempre convergente, según Lowe, el estrabismo se encuentra veinte veces más que en la población normal. Las causas de mayor frecuencia son la miopía avanzada y las opacidades.
- h) Oídos. En un estudio realizado en México, por el doctor Tomas I. Azuara, que estos niños presentan malformaciones en el conducto auditivo interno y otitis crónica; también se detectaron deformidades de coclea y conductos semicirculares.
- i) Cuello. Tiende a ser corto y ancho. El occipital es exageradamente plano y el crecimiento del pelo empieza muy abajo.
- j) Extremidades. Sus extremidades son cortas, las proporciones de los huesos largos están particularmente afectadas. Sus dedos son reducidos, en el 60% de los casos, el meñique es curvo y casi siempre le falta la falangina. El pulgar es pequeño y de implantación baja. Sus manos son planas y blandas. Las líneas de la mano y los patrones de dermatoglifos tienen varios aspectos anormales. La llamada línea del corazón en estos niños es transversal y le llaman línea simiesca. Los pies son redondos, el primer dedo está separado de los otros cuatro frecuentemente el tercer dedo es más grande que los demás.
- k) Piel. La piel de los niños, según estudios hechos por el doctor Macotella-Ruiz, 1973. "Es inmadura al nacer, especialmente fina y delgada con reacciones vasomotoras exageradas; se infecta fácilmente por las bacteria saprofitas normales de la piel. Con el tiempo se observa fotosensibilidad intensa y eritema exagerado en las superficies expuestas al sol. El aspecto general de la piel es más pálido que el equivalente a individuos de la misma

raza y edad. Se presenta el cutis marmorata, la piel parece amoratada, el eritema facial, las teleangiectasias palpebrales y del dorso la delgadez de la epidermis en los primeros años de la vida. La piel tiende a un envejecimiento prematuro, sobre todo al nivel de las zonas expuestas a las radiaciones solares. Existe engrosamiento de la piel en las rodillas y en los surcos transversales en el dorso de los dedos de los pies. Las infecciones cutáneas son muy frecuentes, debido a una higiene defectuosa".

- l) Cabello. Este generalmente es fino, lacio y sedoso: durante el crecimiento, el cabello se torna seco apareciendo la calvicie.
- m) Tronco. El pecho parece ser redondo o en forma de quilla. Generalmente hay aplanamiento del esternón. La espina dorsal no presenta la curvatura normal y tiene tendencia a ser muy recta o con xifosis dorsolumbar. A veces solo tienen once pares de costillas.
- n) Abdomen. Este órgano lo tiene en forma de pesa, viéndose prominente en función de la ausencia de tono muscular. El hígado se puede palpar, en muchos casos debajo de las costillas dado que el pecho es pequeño y por la atonía muscular. Es muy frecuente la hernia umbilical, el doctor Benda reporta el 90% de casos con este padecimiento.
- o) Pelvis. Presenta varias alteraciones; la superficie inclinada del acetabulo se halla abatida, los huesos iliacos son grandes y se separan lateralmente. El ángulo iliaco en el Síndrome de Down, fluctúa entre 30 y 56 grados, mientras que en los normales es de 44 a 66 grados.
- p) Genitales. Los caracteres de los órganos genitales en los hombres con Síndrome de Down, se tipifican por tener el pene muy pequeño en su mayoría, así como también de cada 100 casos solo a 50 de ellos les descienden los testículos y aunque se ven normales nunca alcanzan su pleno desarrollo. El vello púbico es escaso y en las axilas se carece de él. Cuando adultos tienden a acumular tejido adiposo en el pecho y alrededor del abdomen. En las mujeres estos caracteres aparecen tardíamente. La menarquia se presenta posterior al periodo normal a diferencia de la menopausia que es a temprana edad y, en todo este periodo, la

menstruación es un tanto irregular. El vello pubico es lacio y escaso, destacando el clítoris por su tamaño.

- q) Corazón. En 1894, Garrod descubrió la alta frecuencia de cardiopatías en el Síndrome de Down, un gran porcentaje de niños con cardiopatía mueren durante el primer año de vida. En los estudios realizados en México, el doctor Hamdan, encontró un 46%, de casos con cardiopatía" (GARCIA Escamilla Silvia, *El Niño con Síndrome de Down*: Pag. 39-47).

3.4.2. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS.

" Los programas para el tratamiento del Síndrome Down son estructurados a través de múltiples campos de la investigación. El campo médico-biológico es el más ampliamente estudiado, mientras que los aspectos mental, educativo y psicológico del mismo síndrome están incipientemente explorados.

Desde el punto de vista mental, se les compara con niños normales, debido a un desconocimiento de las etapas en el desarrollo del síndrome. En lo educativo, relegado en un principio, en base a la creencia de que su vida era corta y que por lo mismo resultaba innecesario organizar un sistema de enseñanza especializada, ha sido superado al comprobarse lo contrario.

El perfil emotivo del niño con Síndrome de Down se presenta bajo los siguientes aspectos característicos de su personalidad: son obstinados, imitativos, afectivos, adaptables, con un sentido especial en cuanto a reciprocidad de sentimientos y vivencias, presentando un carácter moldeable.

A continuación se desglosara cada uno de sus aspectos, dependiendo de su coeficiente intelectual y social, haciendo referencia al termino medio que representa el niño con Síndrome de Down.

- a) Obstinación. Para algunas autoridades medicas, la obstinación se debe al sistema nervioso, porque su deficiencia mental les impide cambiar rápidamente de una actitud p actividad a otra distinta, Otros estudios revelan una inclinación por el enfoque afectivo.
- b) Imitación. Es una de sus características más comunes. El primero en describirla fue el doctor John Langdon Down. Esta imitación es esencialmente una conducta humana; es importante, ya que gracias a ella el niño tiene un amplio margen de aprendizaje aún en sus primeros años de vida. Por medio de la mímica expresa todas las actitudes y actividades que copia de las personas. Los maestros y educadores se valen de ello para que los niños vayan conceptualizando. Es por eso que debe estar rodeado de un ambiente familiar adecuado, que da la base para proporcionarles una educación por separado de los demás deficientes mentales.
- c) Afectividad. Esta característica juega un papel muy importante en su educación. Se han hecho varios estudios en donde se ha llegado a la conclusión de que el niño que se desenvuelve en un ambiente familiar estable, progresa intelectual y socialmente mejor que aquellos que han crecido internos en una institución. Hay que evitar la confusión entre afecto y sobreproteccion dado que esta ultima genera perturbaciones psicológicas y sociales contrarias a la autorización que se percibe en el niño. La reciprocidad de sentimientos es inherente a sus valores afectivos, el niño sabe si es correspondido y reacciona rápidamente, jamas se acerca a aquellos que lo rechazan o demuestran poco cariño; son hipersensibles, cuando estando en un lugar determinado no son el centro de atención, inmediatamente tratan de llamar la atención inclusive se vuelven agresivos con aquel que cree lo esta suplantando.
- d) Afabilidad. Es el tipo de niño complaciente, le gusta que lo vistan, lo mimen, en síntesis le agrada no molestarse. Es necesario por ello, que los padres y maestros lo impulsen a lograr un grado significativo de autosuficiencia traduciéndose en un nivel más alto de capacidad creativa.

- e) Sensibilidad. Siempre que hay un niño más pequeño junto a ellos, destacan su afecto y lo miman. Si están cerca de un compañero que se encuentra inactivo, cuando este inicia una actividad le aplauden, lo estimulan hasta que la realiza bien. Si se les enseña, comparten todo y como todos los niños pelean y son egoístas. El niño con Síndrome de Down tiene un carácter moldeable si se le educa, cuando se les hace comprender que existe disciplina y que los adultos perciben que se logra más con buenas maneras que con llamadas de atención por su conducta" (GARCIA, Escamilla Silvia. El Niño con Síndrome de Down: Pag. 47-54).

3.4.3. CARACTERISTICAS SOCIALES.

" Los niños con Síndrome de Down son excesivamente sociales y afectivos con las personas que los rodean; desde pequeños motivados por simples aprendizajes o ideas que ellos discurren actúan con simpatía y buen sentido del humor. Su lenguaje de expresión es limitado, aún así se hacen entender adaptándose fácilmente al medio ambiente que los rodea.

La consecución del justo medio de estos seres en la sociedad se ve obstaculizada por un frecuente rechazo o una sobreprotección. Pero cualquiera de estas actitudes puede convertirlos en seres inútiles e incapaces de desenvolverse por sí mismos: de aquí se desprende la necesidad de lograr un equilibrio en el desarrollo psíquico, físico y cultural que permita su armónica convivencia.

En el caso concreto de niños con Síndrome de Down el proceso de integración se inicia en el momento en que el médico hace el diagnóstico, siendo la familia el principal elemento promotor de la adaptabilidad social. El niño con Síndrome Down, tiende a la imitación, esta es una ventaja susceptible de utilizar, ya que al desenvolverse en un ambiente sin angustias, sin rechazos, sin protección, el niño va adquiriendo patrones de sociabilidad adecuados, imitando a los seres que lo rodean.

Algo que se debe destacar, es la información hacia la sociedad en general para que sepan de la existencia de estos niños y de su auténtica adaptación progresiva mediante la participación real ante su comunidad" (GARCIA, Escamilla Silvia. *El Niño con Síndrome de Down*: Pag. 54-60).

"Cuando el niño nace, el médico sospecha un Síndrome de Down por la presencia de algunos rasgos físicos:

- Su cabeza y cara son redondas y pequeñas.
- Los ojos tienen una inclinación hacia arriba y hacia fuera, tipo oriental, con un pliegue en el ángulo interno. (Epicanto.)
- Su nariz es pequeña y chata; el tabique nasal es ancho y esta ligeramente deprimido.
- Las orejas son pequeñas y su contorno (helix) aparece doblado.
- Su tono muscular esta disminuido, en estado de reposo (hipotonía); esto hace que la lengua tienda a salirse.
- La piel tendrá diferentes tonalidades, por lo que se dice que tiene aspecto de mármol.
- Las personas con síndrome down tienen deficiencia mental, aunque el grado de inteligencia varía en cada persona.
- Presentan un excedente de piel en la nuca (piel redundante).
- Sus extremidades son cortas, con manos y pies anchos y dedos cortos y gruesos. Las manos son pequeñas y regordetas con un pliegue transversal muy marcado en la palma; el dedo meñique es corto e incurvado.
- Su estatura es menor y el peso es mayor que el correspondiente a su edad". (S.E.P, 2000: 22).
- "A menudo se ve intensificada la inclinación del ojo por un pliegue cutáneo en la parte inferior del ojo.
- La hendidura palpebral es a menudo estrecha y corta.

- Entre el 30% y el 70% de los niños muestran en el borde del iris unas pequeñas manchas blancas. Esto es más obvio en los niños con ojos azules.
- La cabeza es generalmente más pequeña de lo normal, y la parte posterior de la misma tiene tendencia a ser aplanada. Dándole a la cabeza una apariencia particular.
- Las orejas suelen ser pequeñas y normalmente están implantadas más abajo".(IMCED, 1990: 100)

3.5. CAUSAS DEL SÍNDROME DOWN.

* Todas las personas somos producto de un código genético, y la información genética que determina las características físicas y mentales de una persona está contenida en los cromosomas.

Si por cualquier razón alguien tienen una falta o un exceso de material cromosómico. Entonces se puede esperar una "alteración al programa"; este es el caso del Síndrome Down y de otras alteraciones genéticas.

En tanto una célula humana normal tiene 46 cromosomas, en el momento que va a crearse un nuevo ser la madre aporta 23 cromosomas y el padre los otros 23, los cuales se agrupan en pares.

El óvulo fecundado comienza un proceso mediante el cual las células se dividen de manera par y consecutiva; esto asegura la reproducción del mismo código genético. Pero a veces los cromosomas de un par no se separan bien; este fenómeno se llama no-disyunción, y si ocurre cuando se va a formar el bebé, se producirá un nuevo ser con 47 cromosomas en lugar de 46".(S.E.P, 2000:20)

* Las células se juntan para producir las distintas partes del cuerpo: los huesos y el cráneo, los músculos, el corazón, el hígado, los riñones, etc.

Esta claro que debe haber un plan maestro que controla y programa este proceso de desarrollo. El trabajo de los cromosomas es el de llevar acabo el programa de generación en generación, y de célula en célula. Si algo altera el plan como un cromosoma de más el desarrollo de la persona es diferente.

Cuando se junte el par 21, la persona tendrá trisomia 21. Las personas con trisomia 21 tienen unas características físicas y mentales especiales, que en conjunto se denominan el Síndrome Down". (IMCED, 2000: APG. 70)

3.6. PERSONALIDAD Y CARÁCTER DEL NIÑO CON SÍNDROME DOWN.

A) ÉL BEBE.

* Durante los primeros meses él bebé con Síndrome Down suele ser callado y no es probable que resulte un bebé difícil. Las madres con frecuencia se dan cuenta de lo buenos que son y lo fáciles que resultan en comparación con sus otros hijos.

Ha menudo se les ha descrito como bebes muy plácidos e inactivos que duermen mucho, y esto suele ser cierto en los que tienen problemas del corazón y otras complicaciones.

Los bebes con Síndrome Down lloran bastante menos que los bebes normales. También suelen dormir mejor durante la noche. La idea de que los bebes exige una menor atención al llorar menos. No obstante la debilidad muscular de algunos bebes durante las primeras semanas, y la aparente falta de fuerzas en los brazos y en las piernas tienden a dar un aspecto de inactividad. Muchos padres tienen un poco de miedo de manejar al bebé con la misma energía que a un bebe normal y, por lo tanto dejan de cargarlo o platicar con él y por supuesto a menudo se

encuentran todavía traumatizados y confusos por el diagnóstico recibido de que su hijo tiene síndrome down lo que es muy difícil para ellos aceptarlo y asimilarlo de manera rápida. También puede ser que dejen al bebé tranquilamente en su cuna, cochecito, en la cama con la creencia de que está durmiendo y que eso siempre es bueno. Y que de alguna manera las personas pueden seguir haciendo sus tareas de la casa sin preocuparse por el bebé.

Por esta razón se aconseja a las madres que no esperen a que sea el bebé el que les indique cuando requiere alimentación o atención. Por el contrario se sugiere que establezcan unas rutinas de alimentación, y que se aseguren que el bebé tiene suficientes oportunidades de estímulo y movimiento cuando está despierto. Es aquí cuando los padres ya deben haber consultado a un profesional para que les enseñe como estimular a su hijo en cuanto hacerle diferentes tipos de ejercicio que ayudaran en su desarrollo motor y podrán caminar más rápido que los niños que no reciben ninguna atención por parte de sus padres, también serán niños más despiertos si se les trata de la misma manera que al resto de la familia, porque esto le hará sentirse parte de ella y con los mismos derechos y obligaciones que los demás.

Una vez que los padres empiezan a manejar y estimular al bebé normalmente descubren que es más activo de lo que pensaban. A los 3 o 4 meses la mayoría de los padres descubren que el bebé es despierto, activo y responde a sus atenciones. Por lo que el niño se muestra más sonriente y alegre motivado a jugar logrando sostenerse sentado en la cama por más tiempos, exigiendo a sus padres que le dediquen más tiempo en su cuidado, y él responderá con logros diarios que hará en su vida cotidiana para que los padres se percaten que le hace falta el cuidado y atención de ellos.

C) PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO.

El desarrollo del niño Down prosigue lenta pero seguramente a través de los años escolares. La pubertad se alcanza cerca de los 14 años en el joven y 13 años en la niña, es decir en las edades de los adolescentes normales. Al entrar a la adolescencia se tienen los mismos cambios y plantea los mismos problemas que en los sujetos normales.

El adolescente Down, ya no es un niño, ni física ni psicológicamente, porque va dejando de alguna manera de ser niño y cada vez aceptará compartir los juegos con niños más pequeños, aun cuando sus capacidades intelectuales sean similares.

En la secundaria, después de los 13 y 14 años de edad, con las personas Down, se buscara prolongar y solidificar las adquisiciones de la escuela primaria, para poder ser iniciado útilmente en los trabajos manuales y en las actividades diarias. Además de familiarizarse con amigos, grupos de jóvenes, actividades deportivas, culturales, entre otras, ya que es importante señalar que el niño, el adolescente y el adulto down, se convierten en los planos social y de la vida en general, como sucede exactamente con las personas normales.

Es por ello se debe dejar que hagan las tareas y actividades que tienen que hacer antes de decirles no puedes o no eres capaz de hacerlo, ya que son niños que tienen muchas capacidades para lograr cosas importantes. (RONDAL, Jean A. Educar y Hacer Hablar al Niño Down, Una guía al servicio de Padres y Profesores, Ed. Trillas. Pag. 34).

3.7. EL PAPEL DE LOS PADRES DE FAMILIA DE HIJOS CON SÍNDROME DOWN.

* El papel de los padres del niño con Síndrome Down esta muy ligado al desarrollo de sus capacidades y no puede sustituirlos en su función y responsabilidad ningún especialista, ni tiene ningún efecto duradero si no es con su colaboración.

Desde el momento en que él médico comunica a los padres la diagnosis según la cual el hijo tiene Síndrome Down, éstos empiezan a plantearse un sinnón de cuestiones relativas al futuro del niño y les vienen a la mente las imágenes confusas y generalmente negativas de otras personas con discapacidad. La angustia y la mezcla de sentimientos contradictorios respecto al hijo dificultan una relación cálida y distendida entre ellos.

Es aquí cuando comienza el rechazo de los padres hacia estos niños que son diferentes, y que en muchos de los casos nunca logran superarlo, la madre es el primer contacto con el niño pero es tanto su rechazo o frustración que opta por no atenderlo como el niño requiere no dándole de comer, dejándolo sucio o muchas veces golpeándolo y dejándolo encerrado en su hogar ya que es tanto su temor o vergüenza a que los demás se enteren que tienen un hijo diferente, dejándolo en completo abandono y desamparo, también es aquí cuando emplezan los conflictos entre la pareja ya que viven culpándose uno al otros de que haya nacido así el niño y en estos casos es cuando la madre se desquita con el pequeño culpándolo de todas sus desdichas y acabando matrimonios ya que el padre opta por desaparecer dejando toda la carga en la madre.

Una vez superado el choque inicial, la pareja ésta en disposición de informarse y de pedir el asesoramiento de profesionales, lo que les ayudara aceptar al hijo y, al mismo tiempo a ayudarlo no privándolo de su afecto ni pensando que eso es lo único que necesita.

Aceptarlo significa reconocer que su presencia ha modificado los planes individuales y de pareja futuras, pero no la posibilidad de búsqueda y realización de satisfactores en otros campos; No delegar en otras la propia responsabilidad, pero tampoco convertirlo tampoco en el motivo de su existencia.

Encontrar el equilibrio suele ser difícil y esta situación se puede agravar a causa del desconocimiento de lo que es propio del Síndrome y de lo que no lo es. Por eso es importante que los padres consulten a los profesionales, con los que podrán aclarar, siempre que sea posible. Las dudas que tienen respecto a la salud y al comportamiento de su hijo y de su actuación para con él.

Por otra parte, es conveniente que el desarrollo del niño sea observado y reforzado por profesionales de la estimulación temprana, los que, desde su objetividad, podrán discernir los comportamientos del niño que es necesario estimular y pensar las situaciones o estrategias que deben ser experiencias de aprendizaje para el niño.

El papel de los padres es determinante en el desarrollo y la educación del niño retrasado. Pero en nuestra opinión, es particularmente apropiado situar lo esencial de la intervención educativa con el niño pequeño Down, en relación con la célula familiar. Se trata entonces de que los profesionales formen a los padres para la intervención con sus propios hijo, de que les informen sobre el desarrollo y las particularidades de su hijo, de apoyarlos en sus esfuerzos y de manera general, de orientarlos eficazmente.

Este tipo de intervención implica considerables ventajas. En primer lugar permite conciliar mejor la ayuda y la intervención, puesto que el contexto familiar es pertinente para comprender y ayudar a resolver los problemas de los niños trisómicos 21 y de las familias de éstos. La intervención de la familia tiene también la ventaja de restituir a los padres que lo desean, el papel central en la educación

de su hijo. Este papel no puede ser asegurado por los padres, debido a las circunstancias, en los programas o dispositivos en donde la intervención especializada se hace esencialmente a través de la relación profesional-niño. Hacer de los padres que lo desean, agentes lúcidos del desarrollo de su niño, nos parece deseable y se revela eficaz en la práctica.

3.7.1. LA FAMILIA.

La institución fundamental de la sociedad es la familia. Esta hace posible la educación, la moral, el progreso y la interrelación social. La formación del ser humano en todos sus estadios biopsicosociales se logra plenamente mediante la cohesión del núcleo familiar. Sociológicamente se puede afirmar que sin la familia, las demás instituciones carecen de significado. La organización comunitaria la forman regularmente el padre, la madre y los hijos que viven en el mismo hogar. Hay familias numerosas que agrupan, además ascendientes y descendientes consanguíneos.

El advenimiento de un hijo es motivo de satisfacción familiar, pero cuando este se presenta con un problema, el ambiente se torna depresivo para sus progenitores que desconocen perecimiento, aún más cuando éste es progresivo. En este momento surgen incógnitas sobre el comportamiento futuro de este nuevo ser. Desde el punto de vista médico el problema se agrava por la imposibilidad que existe en esta área para ofrecer soluciones al Síndrome de Down, complicándose por el desconocimiento de algunos profesionales de la medicina acerca de otros tratamientos de habilitación como es el educativo.

Se considera que la participación de la familia es fundamental en la educación y desarrollo del niño con Síndrome de Down.

3.8. DESARROLLO PSICOPEDAGOGICO.

Este desarrollo abarca 3 aspectos que a continuación se describirán:

1.- Desarrollo Motor.

Entre los rasgos y particularidades básicos, podemos decir específicamente la disfunción cerebral de la cual se derivan la hiperflexibilidad, la nistagmus y otras alteraciones. Todo este cuadro complejo afectará y limitará en forma permanente el desarrollo del niño, quien evidentemente alcanzará a superar dificultades en las diferentes etapas de su vida en un lapso más prolongado. Habrá entre su edad mental y su crecimiento cronológico una divergencia indefectible, la cual será clara por la habilidad que presenta el niño en la ejecución de una o varias de las funciones que corresponden a un determinado nivel a su edad cronológica, como consecuencia de su falta de organización neurológica.

Conscientes del problema que se confronta, es indispensable que los niños reciban una estimulación integral que le proporcione la ayuda que requiere, donde se tenga la finalidad la activación en forma planeada y dirigida para propiciar al máximo el funcionamiento de las células nerviosas, las que sometidas a un entrenamiento estimulativo, en condiciones básicas de intensidad, frecuencia y duración, responderán invariablemente en forma positiva, los elementos que tienen el entrenamiento programado es de intensificar el potencial de las funciones sensoriales y de motricidad; estas comprenden la movilidad, destreza manual y lenguaje; aquellas de tipo visual, auditivo, olfativo y kinestésico. Y que el primer año de vida del niño será determinante para su existencia posterior, dado que su corteza cerebral inicia su maduración entre las cincuenta y dos sesenta semanas, lo que permitirá controlar hasta donde es posible su lenguaje y deambulación. Durante los primeros tres meses de vida presenta una serie de movimientos que pueden acercarse a la normalidad, pero siempre permanece quieto, duerme bastante, carece de llanto al manifestar sus necesidades, a partir de los seis

meses se va notando un retraso motor en su organismo que puede ser reducido con un programa de estimulación temprana.

Después del primer año de vida empiezan a gatear, de los once a los dieciséis meses empezara a pararse y a sentarse solo, la deambulacion se empieza a dar a los dos años, pero que logra una adecuada locomoción en forma natural hasta los tres años, a partir de este momento el niño va ha empezar a ascender y descender escaleras, así como a librar pequeños obstáculos.

Pierre Vayer nos dice que la Educación Psicomotriz es una acción pedagógica y psicológica que utiliza los medios de educación física con el fin de normalizar y mejorar el comportamiento del niño.

Mientras que para el doctor Le Boulch, el dominio corporal es el primer elemento del dominio del comportamiento.

La educación psicomotriz incluye principalmente:

- a) Organización del esquema corporal.
- b) Desarrollo del equilibrio.
- c) Desarrollo perceptivo-motriz.
- d) Organización de conceptos espacio-temporales.
- e) Estimulación de las funciones superiores.

La habilitación motriz incluye:

- a) Ejercicios aeróbicos.
- b) Estimulación vestibular
- c) Patrones de desarrollo.
- d) Coordinación motriz-gruesa.
- e) Coordinación motriz-fina.

2. Desarrollo del Lenguaje.

El lenguaje es el medio de comunicación más evolucionado del ser humano y tiene una importancia innegable. Ya que es un medio indispensable para nuestra educación. El lenguaje introduce a la vida social y se convierte en el principal instrumento de la comunicación. En esta área es donde se registra el índice más bajo de progresión en el niño con Down, algo que impide en mayor medida que el lenguaje oral se supere al máximo, es la mímica, valiéndose de ella expresan todo lo que quieren y desean, por lo que se hace innecesario que hablen perfectamente.

El balbuceo en el niño se presenta tardíamente, y cuando lo hace empieza por medio de sílabas, más tarde usa frases y por último las oraciones.

Millicent Strazzulla, nos dice que el niño tenga un coeficiente entre 40 y 70, empezara a usar palabras a una edad promedio de 33.4 meses, frases a los 48 meses y oraciones a los 60 meses

La terapia del lenguaje se realiza teniendo como base los intereses y el grado de comprensión del niño. Cuando el niño ya superó la etapa del balbuceo, se trabaja la palabra aislada por medio de unidades de vocabulario divididas en campos semánticos. La división de campos semánticos se realiza de la siguiente manera:

- a) Alimentos (frutas, verduras, carnes y otros).
- b) Animales.
- c) Juguetes.
- d) Partes de la casa (mobiliario).
- e) Esquema corporal.
- f) Prendas de vestir (de hombre y mujer).

Los ejercicios faciales que se deben llevar acabo frente a un espejo son:

A). Ejercicios de lengua.

1. Meter y sacar la lengua.
2. Movimientos alrededor de los labios.
3. Subir y bajar la lengua.
4. Movimiento circular por dentro y fuera de los dientes.
5. Llevar la punta de la lengua de un lado a otro.

B). Movimiento de los labios.

1. Colocar los labios en forma de sonrisa.
2. Colocar los labios en forma de beso.
3. Movimientos de un lado a otro.
4. Ejercicios de soplo (bolitas de papel, hojas y otros).
5. Soplar con un popote en un recipiente con agua y recoger bolitas con el popote.
6. Trompetillas.
7. Inflar globos.

Cuando el niño haya adquirido un vocabulario amplio y de comprensión, se inicia la estructuración del lenguaje, teniendo en cuenta que es un proceso lento y que nunca llega a ser perfecto.

Los niños con síndrome de Down tienen que recibir enseñanza individual y de grupo, y el terapeuta debe tener absoluta libertad para la presentación de los temas diarios. Y por último debemos estimular la necesidad del niño para comunicarse, no exigiéndole simplemente repetición de palabras carentes de significado e interés.

3. Desarrollo Sensoperceptivo:

En el recién nacido el equipo sensorial no está maduro. Es sensible al frío, a diferencias en el sabor, a los sonidos y a la luz. Pero su nervio óptico y sus

estructuras neuronales no se han desarrollado totalmente. Sus movimientos son incoordinados.

El niño empieza a investigar su propio cuerpo chupándose sus dedos, tocándose los pies, su cara y mordisqueándose hasta que aprende lo que es "yo". Después de seis meses el niño aprende la localización del dolor a través de su propio cuerpo. A medida que va creciendo va diferenciando los objetos. La maduración y el aprendizaje crecen juntos. Así, al final de su primer año de vida sus órganos sensoriales son completamente funcionales; continua desarrollando expectativas basadas en la experiencia.

Tomando en cuenta que las sensopercepciones del niño son: vista, oído, tacto, olfato, kinestesia, cenestesia, esterognosia y equilibrio vemos que el niño con síndrome down presenta varias dificultades en los órganos receptores.

1. La sensopercepción visual cuyo receptor es el ojo presenta estrabismo por falta de mielinización de los nervios ópticos, astigmatismo y miopía.

2. El escaso sentido del olfato es ocasionado por dos factores, uno que puede ser de naturaleza central y otro producto de la rinitis crónica con alteraciones de la membrana mucosa.

3. Las sensopercepciones auditivas constituyen una de las vías más importantes que posee el ser humano para el análisis del mundo circundante.

4. En las sensopercepciones táctiles, el órgano reside en la epidermis, en los pulpejos de los dedos, en las mejillas y en los labios. El tacto puede ser activo cuando interviene el movimiento; directo cuando se toca directamente la superficie; pasivo cuando solo hay contacto con la superficie, pero no hay oportunidad de palpar, el indirecto cuando tocamos algo con guantes.

5. El órgano receptor del gusto son las papilas gustativas que están colocadas en la base de la lengua. Como el niño con síndrome de Down tiene alteraciones a nivel del encéfalo de donde parten los pares craneales, es lógico suponer que las sensaciones gustativas se encuentran disminuidas.

6. Las sensopercepciones kinestésicas como su nombre lo indica viene de kinestesis que significa movimiento. Todas las terminaciones nerviosas del aparato locomotor constituyen su órgano, que al mismo tiempo que es receptor es efecto. Al aparato locomotor lo forman: músculos, tendones, ligamentos y articulaciones, quienes para realizar sus funciones necesitan de la intervención de la memoria kinestésica y de las sensopercepciones visuales. Constituye el eje del movimiento. Se estimula ésta área además, para evitar las sincinesias (movimientos inútiles).

7. Las sensopercepciones kinestésicas o de dolor, no tiene órgano específico, es una sensación interna que nos informa cuál es el estado de nuestras vísceras, órganos internos, músculos y glándulas. Lleva a la conciencia la siguiente información:

- a) Dolor en nuestros órganos o vísceras.
- b) Sensaciones de fatiga y agotamiento contra vigorosidad y deseos de realizar actividades.
- c) Procesos vitales: como hambre, sed, temblor y adormecimiento.

8. Las sensaciones estereognósticas resultan de la unión de las táctiles y de las kinestésicas, intervienen en forma conjunta para reconocer por el tacto el movimiento en movimiento, la forma, tamaño peso, características de la superficie y el material de que están hechos los objetos.

9. Las sensopercepciones de equilibrio estabilizan el centro de gravedad al estar de pie, sentados, caminando, trabajando, jugando o corriendo impidiendo la caída. El equilibrio es estático y dinámico. Podemos observar la dificultad en el equilibrio con los niños con Down por sus trastornos cerebelosos.

El desarrollo sensoperceptivo es difícil de estudiarse, por lo cual estos niños necesitan de un entrenamiento intensivo desde su nacimiento, para desarrollar al máximo sus potencialidades.

3.9. LA EDUCACION DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

En la educación del niño con Síndrome de Down interviene tanto la familia, la sociedad como la escuela. De acuerdo con ello, en este capítulo analizaremos y trataremos cada uno en particular.

3.9.1. LA SOCIEDAD.

" La sociedad existe como tal desde que aparece el hombre sobre la tierra. Por eso se dice que la sociedad es anterior a la humanidad, que no se concibe el hombre aislado, que éste en suma es por naturaleza social y gregario. Es indudable que en una sociedad en la que se considera a la inteligencia como uno de los más preciados dones de la naturaleza, el tener que afrontar la formación de un ser limitado en ésta esfera, constituye un impacto altamente traumatizante para la pareja. Sin embargo tiene el mismo derecho que cualquier otra criatura a una vida feliz.

Es de imperiosa necesidad que los individuos que conforman la sociedad acepten a estos niños con normalidad y sean los primeros en admitirlos con sus deficiencias y limitaciones colaborando a su vez a su habilitación e integración social.

Es importante que los familiares que tienen el problema con niños Down hagan participar a las personas que integran la sociedad en la educación del niño, evitando así su marginación. Uno de los objetivos de su educación, es enseñarlos a que aprendan hábitos sociales de convivencia tales como el saludo y la participación en las actividades cotidianas como cualquier otro niño. Debe integrarse a su medio ambiente y desenvolverse con naturalidad. La sociedad no debe relegar al niño, ni ponerlo en segundo plano. Es malo el que se tomen actitudes de burla, rechazo, compasión o agresividad de personas que por

desconocimiento del problema perjudican al niño y lo hacen más hostil para con el núcleo social.

Sabemos que el problema tiene muy grandes alcances, pero precisamente por ello no debemos de claudicar en la lucha que tenemos encomendada para defender a nuestros niños.

3.9.2. LA ESCUELA.

La medicina en la actualidad se ve imposibilitada a brindarle a estos niños una solución eficaz a sus limitaciones por lo que ésta se ha buscado en otros campos con el objeto de habitarlos. Es por ello que se ha enfocado el problema al área educativa. El camino hacia la habilitación de estos niños ha tenido varios obstáculos. No se les quería educar porque eran considerados como deficientes mentales profundos o porque morían a temprana edad.

La escuela como institución educativa utiliza métodos y procedimientos especiales para lograr el máximo desarrollo del niño Down en las esferas: Cognoscitiva, psicomotora, de lenguaje, afectiva y social; en su dinámica interna exige de una especial organización para cubrir con todos los profesionales idóneos, su desarrollo integral. La disciplina en estos niños es muy importante para el establecimiento de sus hábitos, por lo cual tienen un comportamiento en su salón de clases.

El papel de la educación es capital en la evolución y la transformación del niño Down, tanto para el bienestar de este último como también para la sociedad, para lo cual su carga será mínima más tarde si el niño se transforma en un adulto más responsable y se desenvuelve mejor. La educación del niño Down debe ser precoz. El período comprendido entre el nacimiento hasta los seis años de edad es muy importante. Sin embargo, la educación del niño Down no puede detenerse allí; debe continuar activamente en los años que siguen. Las investigaciones

recientes demuestran que si se estimulan de manera adecuada, los adolescentes y los jóvenes adultos trisómicos 21 pueden progresar incluso en los campos motor, perceptual, intelectual, lingüístico y, por supuesto, en el plano de los conocimientos prácticos" (GARCIA, Escamilla Sylvia. *El Niño con Síndrome de Down*: Pag. 91-99).

Hoy en día se recomienda a los nuevos padres pautas, en las que dejen a sus hijos participar en actividades de su entorno, además de jugar con ellos, atenderlos de manera individual, así mismo el que lo dejen jugar y convivir con otros niños externos a sus familiares, etc, ya que todo esto ayudara a su rápido desarrollo y los hará sentirse importantes al ver que sus padres se preocupan por ellos.

Porque sabemos que en el proceso de desarrollo del niño con síndrome down, es muy importante contar con la familia, ya que ésta es la base para lograr avances significativos en todos los ámbitos del niño, es por ello que conoceremos más ampliamente todo acerca de la familia.

CAPITULO

IV

LA FAMILIA

La familia ésta compuesta por personas de un mismo núcleo a quienes los unen relaciones personales, donde existen sentimientos de afecto, amor, cooperación y solidaridad, y donde también se presentan problemas, ya que cada miembro de la familia se enfrenta a emociones, sentimientos y comportamientos que los ocasionan y repercuten en todos aquellos que los rodean.

Por lo que el entorno familiar y social, es lo que va a definir a una persona, porque de alguna manera los niños aprenden lo que ven en las personas adultas principalmente en su hogar y posteriormente en la escuela, así mismo ellos son los encargados de transmitir los valores y cultura, además de empezar a definir el rol que va a jugar cada miembro de la misma, al igual que sus derechos y obligaciones. Porque la familia es un lugar insustituible, para formar y desarrollar la individualidad y originalidad de cada ser humano.

4.1. ORIGEN DE LA FAMILIA.

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de tener que vivir en sociedad ya que el individuo, para poder satisfacer sus necesidades tanto biológicas, psicológicas y sociales también debe participar en diferentes grupos para lograr la interrelación y con ello obtener satisfactores que nos permiten cubrir la infinidad de necesidades que tenemos todos como ser humano.

Por lo que la familia ha sufrido constantes modificaciones a través del tiempo.

Marx y Engels, señalan que fueron tres etapas principales por las cuales atravesó la familia en sus orígenes y fundamentando esto en la evolución humana, refiriéndose a las diferentes etapas de matrimonio:

a) Familia Consanguínea. Los grupos conyugales delimitaron desacerdos a las generaciones, es decir todos los abuelos y abuelas, maridos y esposas, por lo que en esta etapa no había ninguna responsabilidad hacia sus hijos y por lo tanto estos no eran algo importantes, siendo la madre quien se ocupa de la protección y cuidado de sus hijos, dándose todo esto a que no sabía quien era el padre de sus hijos. Quedan excluidos entre sí de derechos y deberes del matrimonio en esta época.

b) Matrimonio de Punalua. Este consistía en que dentro de los grupos dejó de permitirse el casamiento entre hermanos. Al principio esto se aplica en ciertos casos, después se convirtió en una regla general incluso llegó a prohibirse el matrimonio entre primos ya que no se veía bien que se casaran hijos de dos hermanos, lo que hoy conocemos como primos hermanos, primos segundos y primos tercero. La prohibición del matrimonio entre los hermanos trajo como consecuencia que se dividieran en dos clases, los hijos de los hermanos y de las hermanas pero estos ya no son hermanos sino primos hermanos, ya que son sobrinos de los hermanos de sus papas.

c) Matrimonio Sindiasmico. La familia sindiasmica es aquella en la cual un hombre vive con una mujer sin embargo la infidelidad en ciertas ocasiones, siguen siendo un derecho para los hombres pero para las mujeres esto no les ha sido permitido, donde se exige una eterna fidelidad mientras duraba su vida

de pareja. Por lo tanto el matrimonio en esta etapa se disuelve fácilmente por una y otra parte dándose el divorcio y donde regularmente es la que se da con los hijos. En el matrimonio Sindiasmico al tener relaciones sexuales con un solo hombre que es su esposo, por lo que ya se tiene una certeza de quien es el padre de sus hijo.

4.2. ETAPAS DE LA FAMILIA.

A) Matrimonio en Grupos.

En el estado primitivo de la humanidad existieron las llamadas tribus compuestas por hombres y mujeres de diversas edades, donde dentro de estas tribus, cada mujer pertenecía a todos los hombres y cada hombre de igual manera pertenecía a todas las mujeres, por lo que se deban las relaciones entre padres e hijos, tios y sobrinos y demás parientes se permitian tener relaciones sexuales.

Los seres humanos pronto lograron dejar ese estado tan primitivo de comercio sexual sin trabas, apareciendo así la familia denominada consanguínea, en esta los grupos conyugales delimitaron desacuerdos a las generaciones, es decir todos los abuelos y abuelas, maridos y esposas, por lo que en esta etapa no había ninguna responsabilidad hacia sus hijos y por lo tanto estos no eran algo importante, siendo la madre quien se ocupa de la protección y cuidado de sus hijos, esto se daba debido a que no se sabia quien era el padre de sus hijos al existir matrimonio por grupo.

B) Matrimonio Monogamia.

En este matrimonio la familia se funda en la autoridad del hombre con la finalidad de estar seguro que los hijos que tenga con su esposa realmente sean de él, tal paternidad es exigida ya que cuando los hijos crezcan y los padres estén ancianos, estos les heredaran sus bienes a sus descendiente directos.

En esta familia su vinculo conyugal es más fuerte y sólido, el cual solo puede deshacer el hombre, dándosele también más libertades al hombre para serles infieles a sus esposas, pero en cambio si la mujer lo hace es severamente castigada, y en esta ocasión el hombre tiene derecho de reconocer o rechazar a sus hijos, y también rechazar a su mujer.

La familia monogamica se ha ido modificando paulatinamente, hasta aparecer las características que actualmente tiene la familia occidental moderna.

La evolución de la familia se va dando a partir de las restricciones que se han dado en el matrimonio y hace más notoria la posición que ocupa la mujer y el hombre dentro de su familia.

4.3. CONCEPTOS DE FAMILIA.

" La familia es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para proveer a la procreación y crianza de los hijos, de esta forma el grupo familiar gira en torno de la legitimación de la vida sexual entre los padres y de la formación y cuidado de los hijos" (Borromore, 1968: 171).

- " La familia es la unidad afectiva de padres e hijos que resulta de la reunión de elementos instintivos naturales con la resolución autónoma de la voluntad".
(Cohn, 1984: 254)
- La familia " es la relación de un hombre y una mujer para procrear hijos por mutua voluntad, tanto del hombre como de la mujer, de reconocerlos, cuidarlos. Cuando la pareja no logra ningún hijo, de vivir juntos, de protegerse uno al otro y de gozar los bienes comunes". (Toennies, 1942: 45).
- " Es un grupo de personas unidas por lazos de parentesco, matrimonio o unión libre en el caso de las parejas que viven juntas sin ningún documento oficial que reconozca legalmente su relación de marido y mujer. Dicho grupo provee a sus integrantes de los elementos necesarios para su desarrollo físico y psicológico.
- La familia es también aquella pareja que contrayendo o no matrimonio, forman un hogar y viven juntos, compartiendo sus bienes y cuidándose uno al otro, procrean hijos y se hacen cargo de su cuidado y educación, es una familia aquella pareja que presenta las características anteriores pero deciden no procrear hijos; De igual forma es una familia aquel padre o madre que vive con sus hijos y solo se hace cargo del cuidado y educación de estos, estando permanentemente ausente el compañero o compañera, por cualquier razón".
(Ackeyman, 1969: 84).

La familia es un grupo de personas que forman un hogar, el cual se caracteriza por una relación sexual que ayuda a la procreación de los hijos, pero

que de igual manera no se necesita procrear hijos, para que siga siendo una familia, dentro de esta se debe proveer de elementos necesarios (educación, salud, vivienda, recreación, vestido, alimentación, etc), a los integrantes de la misma para que logren un desarrollo físico, psicológico y social. Ya que la familia es la primera y principal escuela de vida de los hijos.

4.4. TIPOS DE FAMILIA.

En base a su demografía se clasifican en:

- a) Familia Rural. Es la familia que usualmente se integra por un gran numero de miembros: los abuelos, los hermanos(as), con sus esposos (as), los hijos y los sobrinos, con relación a la autoridad esta al mando del hombre de mas edad de la familia y la sumisión de la mujer hacia el hombre es muy notoria, el bajo nivel escolar de sus integrantes y los hombres se ocupan de labores del campo, o como ya sabemos dándose un alto índice de migración hacia los estados unidos.
- b) Familia Urbana. Es donde predomina la familia nuclear, y la autoridad es mas igualitaria entre hombre y mujer por lo que los integrantes tienen mas apoyo y posibilidades de acudir a la escuela y la pareja trabaja por igual.(Jaime Alarid, Brigoyen).

En base a su desarrollo se clasifica en:

- a) Familia Tradicional. En esta familia el padre, es el que aporta la economía para la casa, considerándolo por esto como el jefe de familia, el único que puede dar permisos o autorizaciones al resto de los miembros para llevar acabo ciertas acciones, dedicándose únicamente la madre a labores del hogar que no le son remunerados ni valorados, pero a la vez representan el centro afectivo y en gran medida de la seguridad emocional de los hijos.
- b) Familia Moderna. En esta familia ambos conyugues trabajan de igual forma y por lo tanto aportan un ingreso económico para su hogar, y los dos tienen la misma autoridad para con sus hijos en dar permisos y tomar decisiones, compartiendo a la vez las funciones dentro de la casa.
- c) Familia Funcional. Es donde la comunicación entre sus miembros se da de manera afectiva. Entre los integrantes existe una individualidad ya que cada uno es considerado como persona única, existiendo el respeto y la tolerancia en la familia se buscan soluciones apropiadas cuando se tiene algún problema o conflicto. En esta familia se buscan soluciones apropiadas cuando se tiene algún problema o conflicto, por lo que existe flexibilidad ante un cambio.
- d) Familia Disfuncional. En esta familia la comunicación que se tiene entre sus miembros es deficiente e ineficaz, haciendo cada cual lo que quiere no

siendo tolerante con ningún miembro de la familia, buscando siempre llamar la atención por medio de discusiones, por lo que no aceptan ningún cambio.

De acuerdo a su Integración se divide en:

- A) Familia Integrada. Los dos conyugues viven en el mismo hogar y cumplen adecuadamente sus funciones y roles, con relación a su dinámica familiar siendo una familia completa en cuanto a sus integrantes: Papa, mama e hijos.
- B) Familia Semi-Integrada. En esta los conyugues viven juntos pero no cumplen con sus funciones y roles como debe ser, no quedando claro el rol que juega cada uno convirtiéndose en una familia Disfuncional, esta integrada por papa, mama e hijos.
- C) Familia Desintegrada. Es aquella donde falta alguno de los conyugues, por muerte, divorcio, separación o abandono tratándose de una familia incompleta, y puede ser funcional o Disfuncional de acuerdo a la disposición de los miembros en cuanto a cumplir sus funciones y roles únicamente la componen mama e hijos, papa e hijos.

Desde el punto de vista Tipologico se dividen en:

- A) Familia Campesina. Él conyugue varón o ambos esposos se ocupan de actividades especificas del campo como la ganadería y la agricultura. Entrando en lo que es la familia rural.

- B) Familia Obrera. Es la clase de familia en donde el padre la madre o ambos, se emplean como obreros en su centro de trabajo.
- C) Familia Profesional. En esta familia uno de los conyugues o ambos estudiaron una profesión, independientemente de que la ejerzan o no.

Según su Composición se clasifica en:

- A) Familia Nuclear. Esta familia esta compuesta por padre, madre e hijos, hombre y mujer, padre e hijos y adoptados.
- B) Familia Extensa. Esta constituida por padres, hijos y otros parientes próximos (abuelos, tíos, primos, etc.) que viven en la misma casa.
- C) Familia Extensa Compuesta. En esta viven los abuelos, padres, hijos, tíos, compadres, amigos, etc. (ALARID, 67).

4.5. FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA.

- A) Función Socializadora. La tarea más importante de la familia es lograr que sus hijos no sean dependientes de ellos, logrando su autonomía e independencia logrando con ello un buen desarrollo con la sociedad, ya que adquieren ciertos patrones que hacen posible la convivencia con otras personas, porque siendo independientes son capaces de enfrentar y afrontar la vida por la seguridad que les han brindado desde niños.
- B) Función del Cuidado. Es cubrir satisfactoriamente las necesidades de cada uno de los miembros en cuanto a vestido, alimentación, vivienda, salud,

recreación, etc. También deben quererlos, cuidarlos y ayudarlos para que vivan sanos y sean personas seguras e independientes.

C) Función Afectiva. Lo emocional es algo natural que se da en la familia por el hecho de ser un grupo de personas que interactúan entre sí de manera muy cercana, ya que es en la familia donde sus miembros se proporcionan entre sí, amor, cariño, comprensión, respeto, ánimo, etc. Donde se deben manifestar estas muestras de cariño de manera recíproca de padres a hijos y de hijos a padres.

D) Función de Reproducción. Se debe dar la procreación de hijos de la familia, donde se permite proveer de nuevos miembros a la sociedad. El matrimonio surge para regular dos factores esenciales dentro de la familia, los cuales son el ambiente sexual y la reproducción.

E) Función socioeconómica. La familia debe transferir a sus integrantes tal o cual nivel socioeconómico, lo que significa transmitirles cierta forma de vida, manera de pensar, hábitos, costumbre, etc. Tiene que ver también con la cuestión productiva de los integrantes de la familia, estos pueden ser trabajadores sin remuneración o con ella de la empresa familiar misma, o bien trabajar fuera de la organización familiar.

4.6. CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

"Las fases en el ciclo vital de una familia son las siguientes:

a) Fase de Matrimonio. Esta inicia con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo al hogar. En este periodo inicial de vida conjunta se da la

fusión de dos realidades distintas, ya que cada persona tiene ciertas costumbres sociales y culturales, o hábitos distintos pero que tienen que adaptarse para la convivencia sana donde se da una determinación de roles y por otra parte la pareja se enfrenta a lo que es un ajuste sexual. Esto es importante para un futuro ya que si la pareja logra superar los problemas, los desajustes y las primeras desilusiones que surgen a partir de un conocimiento más profundo del conyugue la capacidad de adecuación y organización matrimonial puede constituir la base de la vida familiar posterior.

- b) Fase de Expansión. Esta etapa inicia con el nacimiento del primer hijo y se extiende hasta que los primeros hijos se encuentran en edad escolar de nivel primario, con la llegada del primer hijo la pareja deberá reajustar sus roles exclusivamente de marido y mujer, para poder asumir los paternales (padre y madre). En la etapa de los hijos en edad preescolar y escolar se presentan dificultades al organizar a la familia en crecimiento y en cuanto al manejo de la cercanía o distancia tanto en la pareja como de padres e hijos, sin embargo es quizá el periodo de mayor seguridad psicológica de los padres, aunque a veces no la mejor desde el punto de vista económica de la familia, porque al crecer esta aumentan los gastos dentro de la misma.
- c) Fase de Dispersión. Es cuando los hijos entran a la adolescencia. Esta es una de las tareas primordiales para aceptar la diferenciación de los roles de los hijos ya adolescentes, donde se va dando también la separación paulatina del hogar, siendo en este periodo donde se da la independencia y la autonomía de los hijos, la cual depende en gran medida si se logro o no

una adecuada socialización, y en este momento los hijos por si mismos empiezan a satisfacer sus necesidades. Para los padres es la etapa más difícil ya que atienden distintos tipos de problemas, como son: Dificultades con sus hijos adolescentes, con sus hijos pequeños, de sus relaciones conyugales que con el paso del tiempo se vuelven una rutina.

- d) Fase de Independencia. Esta etapa transcurre usualmente entre los veinte y treinta años y es en este periodo cuando la pareja debe aprender nuevamente a vivir de manera independiente, en este lapso sus hijos han formado sus propias familias, pero esto no significa que los lazos de unión entre padres e hijos se rompan. Cuando se da la ausencia de los hijos los padres puede ser que se apoyen mas entre si, cuidándose uno al otro, o puede de la misma manera provocar conflictos entre la pareja. Tampoco significa que los padres se queden solos, ya que muchas veces los hijos se casan pero continúan viviendo con ellos convirtiéndose en familias extensas o compuestas.
- e) Fase de Retiro y Muerte. Este momento suele ser de incertidumbre porque los conyuges que lograron llegar juntos a esta etapa se enfrentan a no encontrar trabajo, disminución de recursos económicos, y como suele suceder los hijos al casarse no ganan lo suficiente como para ayudar a sus padres. Cuando uno de los conyuges muere el que queda se tiene que adaptar a un nuevo estilo de vida, ya que le toca irse a vivir con algún hijo ya casado o continuar en su casa con algún hijo soltero.

4.7. ROL DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

De acuerdo a Alvarado Martínez, corresponde a ambos padres:

- Establecer y habitar el domicilio común.
- Deben apoyarse mutuamente.
- No descuidar su propia educación permanente.
- Contribuir económicamente al sostenimiento del hogar, a su alimentación y a la de los hijos, en la forma y medida según sus posibilidades.
- Formación del patrimonio familiar.
- Administración de los bienes de los hijos.
- Planear su vida familiar y procreación, es decir libremente y de común acuerdo cuantos hijos desean tener y con que esparcimiento.
- Transmitir una serie de valores a sus hijos como son el respeto, la responsabilidad, la tolerancia, el amor, la comprensión, la cooperación, etc.
- Ejercer una autoridad racional y sana con sus hijos lo que significa que debe permitir su crecimiento personal y el establecimiento de normas de común acuerdo, por lo que debe ser escuchada la opinión de todos.
- Ambos deben ser educadores de sus hijos tanto con el ejemplo como con la palabra.
- Enviar a los hijos a la escuela ya sea pública o privada para obtener la educación primaria, secundaria o especial.

- Preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la protección de su salud física y mental, por lo que ambos padres deben servir de cimiento en la estabilidad emocional y material de la familia.
- Corregir a los hijos, sin hacer uso de la violencia física o verbal.
- Registrar a sus hijos para darles un nombre y un apellido.
- Figurar como responsables del núcleo familiar.
- Desempeñar cualquier actividad, excepto aquellas que dañan la moral de la familia.

Corresponde específicamente al Padre:

- Figurar como patrón de la identidad masculina.
- Ser proveedor de bienes económicos y culturales.
- Servir de cimiento en la estabilidad material y emocional.
- Ser educador con el ejemplo y la palabra.
- Ser referencia de los valores filosóficos, morales y religiosos para la mujer y sus hijos.
- Figurar como responsable de su núcleo familiar.

Corresponde a la Madre:

- Ser administradora del hogar y organizar la vida doméstica.
- Ser esposa y compañera y figura central de la familia.
- Figurar como patrón de la identidad femenina.
- Figurar como patrón de los roles femeninos.

- Ser educadora de la familia y de los hijos.
- Figurar como jefe de su grupo en las ausencias del esposo.
- Encargada de dar seguridad emocional a los miembros de la familia.

Corresponde a los Hijos:

- Vivir bajo la patria potestad hasta la mayoría de edad.
- No dejar la casa donde viven sin consentimiento de sus padres.
- Respetar y obedecer a sus padres.
- Aprovechar las oportunidades formativas, educativas y de instrucción para su autosuficiencia, así como para lograr la independencia de sus padres a cierta edad.
- Cumplir con sus responsabilidades escolares.
- Ayudar a los padres cuando lo necesitan.
- Cooperar de acuerdo con sus responsabilidades en las tareas del hogar".(Alvarado, 1995: 72-76).

4.8. PROCESO EXISTENCIAL DE LA FAMILIA.

Este proceso abarca tres etapas:

- A) Etapas Prenupcial. Es aquí cuando empieza la selección del futuro conyugue, dándose la etapa del noviazgo donde se da el momento de exploración y conocimiento de la pareja, también de preparación para el matrimonio, actuando de acuerdo a las normas morales y religiosas que acepta la sociedad

en la que se encuentra inmersa la pareja. A veces los jóvenes no logran encontrar a su pareja ideal debido a la falta de orientación por parte de los padres, maestros e instituciones de salud que faciliten la selección de su futura pareja, por lo que se pierde la colectividad de una verdadera selección basándose nada más en una falsa ilusión de estar realmente enamorados, lo que impide ver todas las virtudes y defectos de la persona, lo que puede ser perjudicial para el futuro matrimonio, muchas veces esto llega a impedir que se valore con madurez una serie de requisitos que deberán tomarse en cuenta en todos aquellos que pretenden contraer matrimonio.

B) Etapa Nupcial. Esta etapa comprende la vida conjunta de los conyugues, desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos, " se considera que el primer año en común representa el momento más difícil de ajuste y conocimiento de la pareja". (ALARID, 1985:). Aquí se empiezan a delimitar los roles del hombre y mujer, es muy importante esta ya que es cuando se construirán las bases de cimientos de lo que la familia llegara a ser en el futuro. Lo ideal es que sé de un ambiente propicio para que la persona pueda encontrar la plena realización de sus expectativas.

C) Etapa de Formación y Educación de los Hijos. Esta etapa inicia con la llegada de los hijos por lo que es bueno considerar si la pareja planeo o platico previamente antes de procrear hijos, ya que no se trata nada más de casarse e inmediatamente embarazarse la mujer, sino que deben ponerse a pensar si ya están preparados para ser padres, si han logrado la madurez necesaria, la comunicación, el respeto y el amor real luego de superar ese enamoramiento

idealista del noviazgo, se debe también tomar en cuenta si poseen la solvencia económica para los gastos que implica tener un hijo. Es necesario que los hijos sean amados, que lleguen a un hogar donde su presencia haya sido valorada con toda objetividad, los hijos deben crecer en un ambiente de protección física, seguridad emocional, y de integración adecuada para que logren desarrollar al máximo las potencialidades hereditarias que tienen" (ALARID, 1985).

4.9. LA INTERACCION Y COMUNICACIÓN FAMILIAR.

"La comunicación es un aspecto muy importante en la familia ya que los conflictos llegan a presentarse así como sus formas de resolución dependen del tipo de interacción que existe entre sus miembros.

La interacción entre padres e hijos juega un papel determinante en el desarrollo integral del niño, muchas veces las personas no se dan cuenta de la manera en que se da esta interacción por lo que es más difícil identificar las consecuencias ya que es mas frecuente que se presenten dificultades en cuanto a la aceptación y respeto de normas y la disciplina en casa, bajo rendimiento escolar, etc.

Existen tres elementos básicos e indispensables sobre los que se puede sustentar una adecuada interacción interpersonal:

- a) Aceptación Incondicional Positiva: Esta consiste en que los padres desean establecer una relación de persona a persona, por lo que deben aceptarse y

aceptar a sus hijos solo por el hecho de ser personas, a pesar de que algunas de sus aptitudes o conductas les resulten imposibles.

- b) Empatía: Los padres deben esforzarse en ser capaces de ver las cosas desde el punto de vista de la persona que las esta viviendo.
- c) Congruencia: Esta característica tiene que ver en que exista consistencia entre lo que se dice, hace, piensa y siente"(Alvarado y Martinez, 1995: 77-79).

Después de haber analizado los diferentes tipos de familia en la comunidad de Paracho, y en especial las familias que fueron el centro de la investigación el tipo de estas que más predomina es la extensa, porque viven padres, hijos, nietos, nueras, yernos, nietos, etc.

Donde la comunicación es muy difícil entre sus miembros porque cuando algo sale mal dentro de la casa, se le culpa a la mujer ya que siguen siendo abnegadas aceptando lo que el esposo decide.

Por otro lado debido a la cultura e ignorancia de estas familias el tener un hijo con características y necesidades especiales, la primera reacción de estos es la no aceptación, empezando a culpar a Dios diciendo que todo esto es un castigo, posteriormente culpan a la esposa, cuando en realidad sabemos que no es culpa de ellas, ya que en una gran mayoría los esposos son alcohólicos o drogadictos, pero estas personas tienen una mentalidad muy cerrada no dejando ver la realidad de lo que esta pasando, no dando espacio a que se les brinde la información necesaria para que aclaren todas sus dudas acerca del estado de salud en que se encuentra su hijo.

Esto es nada mas con las personas que asisten a la escuela de educación especial, porque en las comunidades del municipio de Paracho se da mas la discriminación así los niños con síndrome Down, deficiencia mental, etc. Principalmente por la familia ya que los tienen encerrados como animalitos y en malas condiciones insalubres, por lo que son niños que no reciben la atención que requieren para que se desarrollen, como lo hace un niño con sus mismas necesidades pero que son bien atendidos.

También son personas que tienen un grado de escolaridad muy bajo que no saben realmente el cómo cuidar y ayudar a sus hijos para que estos logren adaptarse a la sociedad.

CAPITULO

V

TRABAJO SOCIAL

EN EDUCACION

ESPECIAL.

5.1.ANTECEDENTES HISTORICOS DE TRABAJO SOCIAL EN EDUCACION ESPECIAL.

" Dentro del área de Educación existen varias áreas como la Educación Básica, Media Básica, Educación Media Superior y Educación Especial, tomando en cuenta ésta última ya que es de vital importancia para la investigación de éste trabajo.

La Educación Especial se amplió con los primeros intentos y establecimientos de escuelas en los diferentes Estados del País durante los años sesenta, por lo cual tuvo que ser decretado por la por la Presidencia la creación de la Dirección General de Educación Especial. La creación de éste organismo se dio por el interés surgido a nivel mundial de atender a las personas discapacitadas, por lo que en México se tuvo que reestructurar la programación de los servicios educativos hacia ésta población; la reorientación de los servicios de Educación Especial se promulgaron en los inicios de los años noventa, por lo que la actuación de los Trabajadores Sociales fue tomada en cuenta en ésta reestructuración.

La preocupación por mejorar la calidad educativa de las personas con necesidades educativas especiales cada vez fue mayor, y el Gobierno creó el compromiso de promover todos los servicios que benefician la calidad de vida de los discapacitados, con la intención de incorporarlos en los ámbitos, sociales, culturales y laborales de la ciudadanía en general.

Al iniciar la reestructuración de los servicios de educación especializada se tomó en cuenta la intervención de Trabajo Social, en un principio solo fue considerado como un auxiliar de apoyo para otros profesionales que atendieron a los individuos con deficiencias; lo que consistía en la aplicación de estudios psicológicos ya que el número de alumnos que el psicólogo atendía rebasaba sus límites de tiempo, y por lo cual se requería de la ayuda de un Trabajador Social.

Entonces la intervención del Trabajador Social no era considerada como una profesión a nivel de licenciatura, menos contar con una metodología propia, con la Dirección General de Escuelas Especiales se incrementaron cambios en los servicios, viendo la necesidad de lograr la formación y actualización del personal técnico en el cual fue incluido el Trabajador Social, dando importancia a su intervención ya que éste tenía una participación directa en el medio socio-familiar de los niños y jóvenes con deficiencia.

A partir de la reestructuración en todas las instituciones que brindan servicios educativos a niños y jóvenes con alguna discapacidad se incluye un Trabajador Social, por lo que se puede apreciar la intervención del mismo, por que es reciente en este campo de acción. (SEP. Antología de la Educación Especial en México: 2000. Pag.14).

5.2.DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EDUCACION Y EDUCACIÓN ESPECIAL.

"Es un apoyo al desempeño de la tarea escolar y forma parte del área de asistencia educativa, en donde deberá realizar sus funciones en coordinación con los otros profesionales para que de una manera integrada se realicen acciones que conlleven a la resolución de problemas que afectan el proceso productivo." (Castellanos Mary; 1998:). Contribuir a la integración de los sujetos con necesidades educativas especiales, al ámbito familiar y social al que pertenecemos brindando una atención objetiva, funcional, realista, científica y humanista. Ya que dentro de esta área una de nuestras características como trabajadores sociales, es conocer la realidad que están viviendo los niños con alguna necesidad especial que requieren más de nuestro apoyo y a los cuales debemos tratar y verlos como personas no como objetos, brindándoles una atención mas directa y humanitaria haciéndolos sentir que son parte de nuestra sociedad y nuestras vidas.

Es por ello que debemos cambiar la forma de pensar de varios profesionistas que ven a estos niños como algo extraño a la sociedad y que muchas veces es de ellos de quienes reciben los peores tratos, ya que no son capaces de brindar y dar cariño, amor y confianza a estos niños.

5.3. OBJETIVOS DE TRABAJO SOCIAL EN EDUCACION ESPECIAL.

El Trabajador Social al formar parte del equipo interdisciplinario de las instituciones de Educación Especial, requiere de una formación con lo cual entiende su actuación profesional dentro de ésta área por lo que define los principios que orienten su intervención.

El Trabajador Social establece sus propios objetivos, el cual tiene como principal objetivo el contribuir a la sensibilización y movilización de la comunidad educativa para lograr su participación en las transformaciones sociales.

- Sensibilizar a los padres de familia sobre el problema que presenta su hijo.
- Actualización de los profesionistas para que estén al día en los avances educativos.
- Lograr el ajuste de los escolares inadaptados al hogar, la escuela y a la comunidad.
- Atender preferentemente a los niños que requieran tratamiento físico, mental o emocional.
- Cooperar con los padres y maestros para hacer de la escuela un centro social de la comunidad.
- Iniciar e impulsar una activa campaña de acción social para mejorar las condiciones vitales de la comunidad.

- Lograr la cooperación de las agencias locales a favor de la escuela y la comunidad. (Coordinación de Educación Básica, Dirección de Educación Básica, Dirección de Educación Especial, julio 1998).

5.4. FUNCIONES Y ACTIVIDADES EN EDUCACION ESPECIAL.

El Trabajador Social dentro de la institución será siempre el vínculo entre la escuela y el hogar del alumno con requerimiento de educación especial. Por lo que la problemática de los alumnos requiere de la intervención de un equipo interdisciplinario, los cuales deben tener objetivos comunes que ayuden a los alumnos a lograr un mejor desarrollo.

El Trabajador Social para cumplir con los objetivos planeados debe integrarse de manera más amplia en el grupo familiar para lograr el desarrollo escolar del menor. Dentro del área de educación especial se tiene de manera general las siguientes funciones:

INVESTIGACION.

- Identificar y caracterizar los factores económicos, sociales y culturales que intervienen en los procesos de reprobación y deserción escolar.
- Realizar estudios de evaluación sobre la calidad de enseñanza y servicios educativos.
- Diseñar perfiles socio- educativos de la población escolar con la finalidad de que sirvan de base al proceso enseñanza aprendizaje.

PROGRAMACION.

- Diseñar programas de extensión sociocomunitaria que fortalezcan una educación integral.
- Elaborar programas de atención y apoyo social que refuercen el proceso enseñanza-aprendizaje.
- Establecer coordinación con instituciones de servicios sociales.

EDUCACION Y ORIENTACION SOCIAL.

- Coordinar acciones relativas a la formación y consolidación de escuelas para padres.
- Realizar acciones de capacitación social sobre la familia y el entorno comunitario, como elementos determinantes en el proceso educativo.
- Orientación profesional y vocacional.
- Informar al estudiante sobre los recursos educativos, becas y servicios similares. (ANDER-Egg, 1985:206).

5.5. PERFIL DEL TRABAJADOR SOCIAL ESCOLAR EN EDUCACIÓN ESPECIAL.

" Él perfil profesional se refiere a un conjunto de datos sistematizados que caracterizan a una persona o una población: él perfil profesional debe identificar él conjunto de capacidades , habilidades, destrezas, aptitudes, conocimientos y actividades que debe poseer como profesional, para de ésta manera preestablecer hacia donde van dirigidos los objetivos para determinar u orientar su acción profesional.(VALERO Chávez, Aída. La Metodología de Trabajo Social: Pag. 25).

" Él perfil profesional se refiere a un conjunto de datos sistematizados que caracterizan a una persona o una población: él perfil profesional debe identificar él conjunto de capacidades, habilidades, destrezas, aptitudes, conocimientos y actividades que debe poseer como profesional, para de ésta manera preestablecer hacia donde van dirigidos los objetivos para determinar u orientar su acción profesional.(VALERO Chávez, Aída. La Metodología de Trabajo Social: Pag. 25).

" Por lo que se rescataran los aspectos que han de caracterizar al profesional en Trabajo Social dentro del área educativa el cual tiene los siguientes elementos:

SUJETOS SOCIALES. Son individuos, sectores o instancias sociales que están involucradas en la intervención profesional, ya que son partícipes del problema social en el cual es primordial su intervención.

OBJETO DE INTERVENCION. Es un fenómeno real y concreto que demanda ser atendido. Características principales que pueden incluirse están las siguientes:

AREAS DE CONOCIMIENTO. Los conocimientos son el conjunto de categorías, conceptos y métodos que un profesional debe poseer para comprender los diferentes fenómenos sociales que se presentes y así mismo involucrarse en su práctica social y profesional.

Marie Castellanos señala que los trabajadores sociales escolares deben poseer diversos conocimientos pero en especial de psicología Infantil, evolutiva y de aprendizaje, debe ser entusiasta en su labor, saber tratar al niño entre otros conocimientos". (CASTELLANOS, Marie. Manual de Trabajo Social. Ed. C.E.C.S.A. México, 1962. P. 58).

La Lic. Ma. De Lourdes señala ocho áreas de conocimiento básico para el trabajo social.

" **DE TRABAJO SOCIAL.** Es necesario que el profesional adquiera conocimientos que le permitan conceptualizar y analizar el estado, las clases sociales y su relación con la política social.

DE ECONOMIA. Requiere de conocimientos que le permitan analizar las relaciones sociales de producción, desarrollo de las políticas de bienes sociales, las formas de producción, las leyes que regulan el funcionamiento del sistema, la acumulación del capital, la concentración y distribución de la riqueza, las necesidades y carencias y los conflictos sociales que convergen en el proceso de satisfacción de las mismas.

DE SOCIOLOGIA. Que se conozca sobre las corrientes sociológicas que han influido en trabajo social, sobre las clases sociales y sobre la metodología en las ciencias sociales.

DE PSICOLOGIA. Conocimientos sobre teorías, métodos y técnicas que le permitan la comprensión de las motivaciones, emociones y mecanismos de respuesta como individuo, grupo y comunidad.

DE ANTROPOLOGIA. Se necesitan conocimientos que le permitan conocer las formas particulares de la vida, de valores, costumbres, formas de hacer y de pensar de los individuos que conforman una sociedad.

DE ADMINISTRACION. El Trabajador Social necesita tener una idea clara de la gestión administrativa, para que se pueda aprovechar el trabajo humano y los recursos mediante la organización entorno a objetivos concretos, conocer metodologías para elaborar planes, programas y proyectos; se debe conocer de planeación, organización, dirección y control, además de elaborar presupuestos que den respuesta a programas sociales.

DE MATEMATICAS Y ESTADISTICAS. Esto es importante ya que permite aplicar técnicas de análisis e interpretación matemática en la cuantificación de resultados de investigación de problemas sociales." (APODACA Rangel, Lourdes. Perfil Educativo y Profesional del Trabajador Social. Revista de Trabajo Social No. 34, año VII, Jul-Sep., 1986 p.10).

5.6. NIVELES DE INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EDUCACIÓN ESPECIAL.

Los niveles de intervención dentro del área educativa que utiliza el trabajador social escolar para intervenir en la problemática del individuo provienen del Método básico, el cual se clasifica en tres niveles:

1. Trabajador Social de Caso.
2. Trabajo Social de Grupo
3. Trabajo Social Comunitario.

* **TRABAJO SOCIAL DE CASO.** Es el método que estudia de manera personal al individuo para analizar los factores sociales que inciden en él, con la finalidad de que el individuo busque soluciones de acuerdo a su realidad para resolver su problemática, por lo que da orientación individual de la personalidad de los niños con síndrome down, en casos de desajuste emocional, incomprensiones y rechazos." (VALERO Chávez, Aída. p. 55)

* **TRABAJO SOCIAL DE GRUPO.** Es el método que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social, a través del conjunto de personas que tienen un objetivo en común, en donde se trasmite no solo información, donde la misma aporta experiencias vivenciales que ayuden a resolver problemas que se estén dando actualmente, es un tratamiento colectivo, el cual persigue la solución de la problemática en grupo". (Ibídem. p. 57).

* **TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO.** Es el método que se extiende a la comunidad interviniendo en el desarrollo de la misma a través de la ayuda mutua y la acción conjunta de la población, para lograr un bien común que contribuya al bienestar social de la población". (ANDER-Egg, Ezequiel. p.79)

Dentro del trabajo social comunitario el trabajador social, de acuerdo a sus acciones y actividades opera en dos niveles:

Primero. En la Micro Estructura; en este el trabajador social encamina su actuación a la acción directa con individuos, grupos o comunidades.

Segundo. En la Macro Estructura; caracterizado por un enlace social más vasto, pero una escasa relación directa con los usuarios de los servicios.

Estos niveles de intervención no se dan por separado, por lo regular se utilizan las tres de forma integrada para así poder responder a las necesidades de los individuos, el estudio de caso nos proporciona elementos para poder intervenir de manera individual donde así se requiera; el trabajo social de grupos se utiliza con la finalidad de que participen los alumnos en el desarrollo del mismo grupo, y con el trabajo social comunitario se trabaja con los alumnos, padres de familia y los profesores para que participen activamente en sesiones que promuevan el desarrollo biosicosocial de las personas.

Para que la intervención del trabajador social sea con el respaldo metodológico requerido, es conveniente analizar cada uno de los métodos tradicionales así como sus aportaciones al campo de acción de Trabajo Social.

5.6.1. TRABAJO SOCIAL DE CASOS

La intervención individualizada es aplicada a través del método de Trabajo Social de Caso, el cual se define como:

“ Un servicio personal proporcionado por trabajadores sociales calificados a individuos que requiere ayuda especializada para resolver un problema personal o familiar. Cuyo objetivo principal es eliminar las tensiones material y emocional, ayudando a la persona a lograr un ajuste práctico de acuerdo a su medio social, así como a la satisfacción mutua en sus relaciones personales”. (DAVISON, Evelyn H. Trabajo Social de Casos. Ed. C.E.S.A., Argentina 1985, p.13).

El trabajador social para poder intervenir en Trabajo Social de Caso debe poseer los siguientes principios:

ACEPTACION. Actitud de él trabajador social hacia su cliente, esto significa él respeto hacia él como persona, independientemente de la problemática que tenga o haya tenido. Aceptar al usuario como persona brindando atención y confianza.

AUTORRESPONSABILIDAD. A veces él Trabajador Social tiene que decidir por él usuario pero sobre todo debe mostrar su capacidad para que después él mismo se solucione su problema con base a sus recursos con el que cuenta. La confianza en si mismo es primordial, ya que si no se la tiene no podrá inspirar confianza al menor y su familia, ya que si él menor no se tiene confianza no podrá lograr avances en su problema.

CONFIDENCIA. Preservar la información confidencial es su derecho básico del usuario y una obligación ética del trabajador social de casos. Su violación puede destruir la buena relación entre él trabajador social y su cliente, por lo que él trabajador social no podría brindar una atención de calidad.

5.6.2. TRABAJO SOCIAL DE GRUPO.

El segundo método de acción del trabajador social es utilizado para intervenir en grupos de una manera terapéutica para atender las necesidades que la sociedad demanda. Por lo que el trabajo social de grupo se define como:

- Investigación
- Diagnostico
- Evaluación
- Plan Social o Tratamiento Social

"El método de Trabajo Social que ayuda a los individuos por medio de experiencias intencionadas en equipo a mejorar su funcionamiento social y a enfrentarse de una manera más efectiva con sus problemas personales, de grupo o comunidad" (VALERO Chávez, Aída. La Metodología de Trabajo Social. P. 57).

El Trabajo Social de grupos pone mayor atención en el individuo con el propósito de orientarlo a la obtención máxima de sus posibilidades en todos los aspectos como son: sociales, físicos, culturales, laborales. Por lo que constituye un cambio social para la integración del ser humano a su ambiente, es por ello importante la intervención del Trabajador Social dentro del área educativa, ya que no se basa únicamente en la atención individualizada, sino además se proyecta a la atención en grupo.

Este método es muy importante en el área escolar ya que facilita el trabajo con los padres de familia. En cuanto a las fases de desarrollo recreativo, terapéutico, de acción social y de crecimiento potencial permite fortalecer las relaciones sociales entre los miembros del grupo, mejorando a la vez las relaciones familiares.

5.6.3. TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO.

Caroline Ware, define al Trabajador Social Comunitario como:

"Un proceso para suscitar grupos funcionales de ciudadanos capaces de ser los agentes activos y responsables de su propio progreso, usando para ello como medio la investigación en problemas locales, el planteamiento y la ejecución por sí mismos de las soluciones que antes convinieron y la coordinación voluntaria de los demás grupos y con las autoridades oficiales, de modo que se obtenga el bienestar total de la comunidad". (Ibídem p. 60).

"El Trabajo Social Comunitario se diferencia de otras ciencias o tecnologías sociales por el objetivo que persigue, su modalidad operativa y en él que funciona.

En cuanto a sus objetivos los caracterizamos como una categoría social de promoción y movilización de recursos humanos e institucionales mediante la participación activa y democrática de la población, en el estudio, programación,

CAPITULO

VI

INVESTIGACION DE CAMPO

6.1.METODOLOGIA.

El método a utilizar será el Hipotético Deductivo, con el cual se seguirán los siguientes pasos: primero se seleccionara y delimitará el tema a investigar, posteriormente se hará el planteamiento del problema, la justificación, objetivos al mismo tiempo se hará una revisión bibliográfica, hemerografica y de campo para obtener más conocimientos sobre el fenómeno a estudiar, finalmente se planteará una hipótesis y se hará su operacionalizacion y por medio de esta se diseñara el o los instrumentos que se aplicaran, se determinara la muestra de la población con la que se pretende llevar acabo la investigación, una vez recopilada la información se gratificará y analizará, estos resultados nos ayudaran a comprobar la hipótesis y por ultimo se presentara una propuesta tendiente a darle solución a la problemática.

La investigación será documental y de campo; utilizando las técnicas de observación, entrevistas (formales e informales) con las que se pretende rescatar aspectos importantes de la problemática, así mismo se aplicara una historia social para conocer el origen del niño.

Los instrumentos a utilizar será la guía de entrevista, guía de observación.

6.2. DEFINICION DEL UNIVERSO DE TRABAJO.

La investigación de campo se llevo acabo en el Centro de Atención Múltiple (CAM) de Paracho, donde se entrevisto a los maestros y padres de familia de los niños con Síndrome Down. El universo total de la población fue 9 niños los cuales sus edades oscilan de 0 – 13 años de edad, en esta institución.

Se tomo en cuenta a las familias, para poder realizar esta investigación ya que son la parte fundamental de la misma.

Por otra parte, los maestros del Centro de Atención Múltiple de Paracho, también se les aplico un cuestionario, pero nada mas a cuatro de ellos que son los que atienden a niños con síndrome down.

6.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS.

Para poder obtener la información que se requería en la investigación de campo, se diseño un cuestionario de acudo a la operacionalizacion de la hipótesis, y por medio del cual se pudo recabar la información que se requería, para poder dar respuesta a los objetivos e hipótesis que se plantearon al inicio de la misma.

El cuestionario a los padres de familia tiene preguntas como la organización familiar, antecedentes heredo familiares, padecimientos de la madre durante el embarazo, motricidad y lenguaje del niño, historia medica, ambiente familiar. El cuestionario dirigido a los maestros contiene preguntas como comportamiento del niño dentro de la escuela, conducta, participación de los padres dentro d la escuela en los diferentes eventos y actividades, desarrollo de capacidades motrices del niño entre otras.

El cuestionario fue aplicado a maestros y padres de familia de los niños con síndrome Down, este instrumento fue de mucha importancia, ya que la información que se obtuvo fue más verídica y confiable porque se fue hasta el lugar destinado.

Se llevo acabo la entrevista fomal para obtener información de los niños, sus familias y de la institución. Todo ello para poder buscar alternativas, para mejorar las relaciones de la familia y especialmente del niño con síndrome down.

6.4. RECOLECCION DE DATOS.

Para poder realizar esta etapa de la investigación, se hizo trabajo de campo, utilizando el cuestionario estructurado, por lo que se tuvo algunas dificultades que a continuación se describen:

La aplicación de cuestionarios y entrevistas a los maestros se hicieron en un mes, ya que dentro de la institución se tenían diferentes eventos por lo que no fue fácil entrevistarlos, pero cuando había la oportunidad de hacerlo siempre mostraron mucha disponibilidad.

En cuanto a la aplicación de cuestionarios a los padres de familia fue un poco más tardado, ya que no se pudieron encontrar en la institución porque nada más van a dejar a sus hijos que lo hacen siempre las madres de familia y ellas se regresan a trabajar por lo que se fue al domicilio de cada niño, siendo siete de Paracho, uno de Cheran y uno de Nahuatzen, estas dos últimas fueron las más tardadas, porque la institución no tenía sus domicilios, lo que provocó que se detuviera toda la investigación además de haberse atravesado las vacaciones, y el tiempo en aplicar los cuestionarios fueron más de dos meses.

CUESTIONARIO

DIRIGIDO A LOS

MAESTROS DEL CENTRO

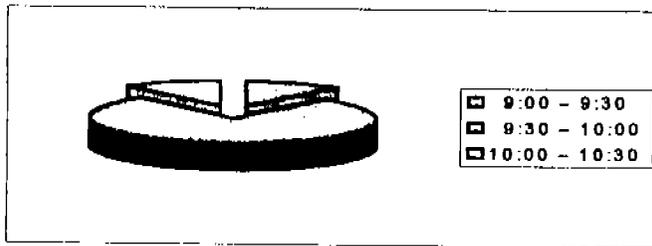
DE ATENCION MULTIPLE

DE PARACHO.

6.4.1. CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS MAESTROS DEL CENTRO DE ATENCION MULTIPLE DE PARACHO.

1. A QUE HORA LLEGA EL NIÑO REGULARMENTE.

	ABSOLUTO	RELATIVO
9:00 – 9:30	1	11%
9:30 – 10:00	7	78%
10:00 – 10:30	1	11%
TOTAL	9	100%

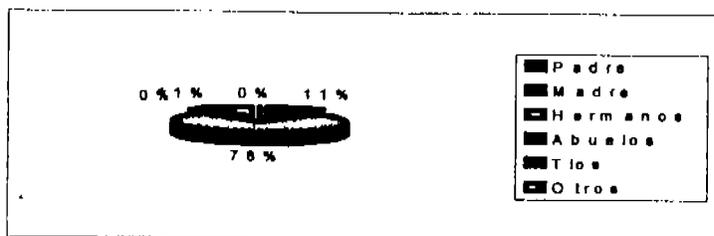


INTERPRETACION

La hora de entrada a la institución es a las 9:00 am, pero debido al clima que se tiene en Paracho, y por la salud de los niños las madres regularmente los llevan entre las 9:30 am, y 10:00 am, que es cuando empieza a salir el sol, porque los niños están mas propensos a enfermarse.

2. QUIEN LLEVA AL NIÑO A LA ESCUELA.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Padre	1	11%
Madre	7	78%
Hermanos	0	0%
Abuelos	1	11%
Tíos	0	0%
Otros	0	0%
TOTAL	9	100%

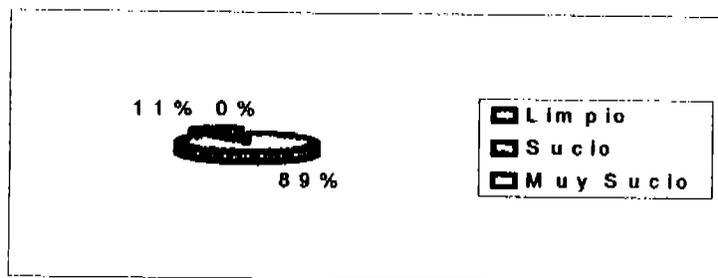


INTERPRETACION

En el municipio de Paracho aun sigue siendo la madre de familia la que se tienen que hacer cargo del cuidado y educación de sus hijos, ya que es a quien se le delega esta tarea, mientras que los padres y abuelos lo hacen de manera más irregular o casi nunca.

3.COMO ES LA HIGIENE PERSONAL DEL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Limpio	8	89%
Sucio	1	11%
Muy Sucio	0	0%
TOTAL	9	100%

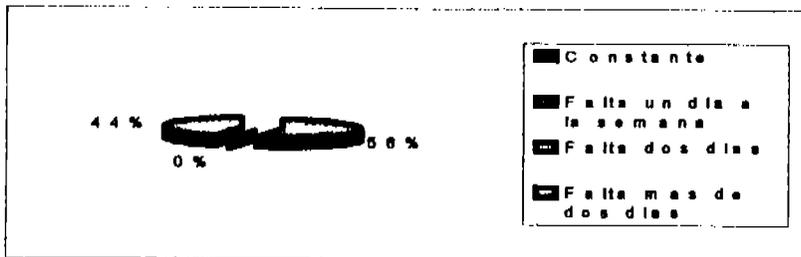


INTERPRETACION

Los niños van muy limpios tanto en su ropa como en su aseo personal, y muy pocos niños llegan sucios a su escuela, reflejándose esto principalmente en su ropa.

4. CON QUE REGULARIDAD ASISTE EL NIÑO A CLASES.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Constante	5	56%
Falta un día a la semana	0	0%
Falta dos días	0	0%
Falta mas de dos días	4	44%
TOTAL	9	100%

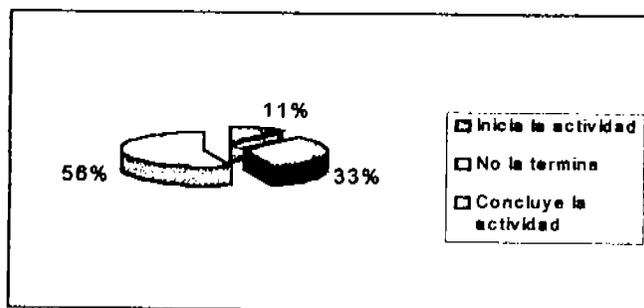


INTERPRETACION

Más de la mitad de la población estudiada acuden diariamente a clases, mientras un número considerable también llegan a faltar hasta dos días por semana, ya que de no llevarlos la madre de familia por algún percance nadie más lo hace.

5. COMO ES LA PARTICIPACION DEL NIÑO EN CLASES.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Inicia la actividad	1	11%
No la termina	3	33%
Concluye la actividad	5	56%
TOTAL	9	100%

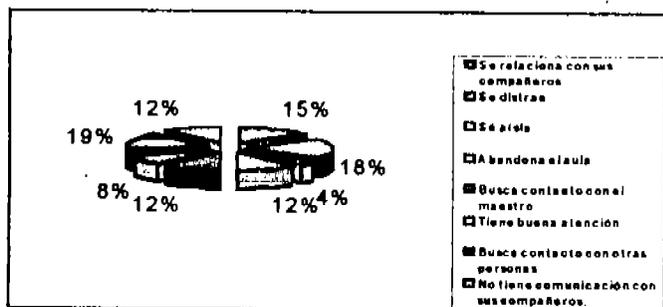


INTERPRETACION

Más de la mitad de los niños logran terminar la actividad que les indica su maestra (o), dentro y fuera de su aula de trabajo, un porcentaje significativo no logran terminar lo que les indican dejando incompleto su trabajo, y el resto de los niños inicia nada más lo que les indican pero no lo hacen. Porque al ser los niños constantes en asistir a la escuela por eso concluyen satisfactoriamente sus actividades.

6. COMO ES LA CONDUCTA DEL NIÑO DENTRO DE LA ESCUELA.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Se relaciona con sus compañeros	4	15%
Se distrae	5	19%
Sé aísla	1	4%
Abandona el aula	3	12%
Busca contacto con el maestro	3	12%
Tiene buena atención	2	7%
Busca contacto con otras personas	5	19%
No tiene comunicación con sus compañeros.	3	12%
TOTAL	28	100%

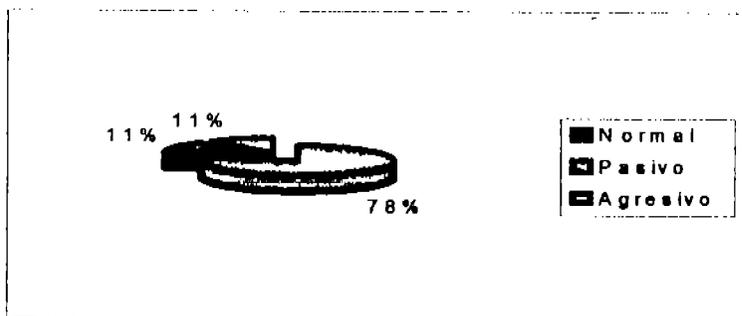


INTERPRETACION

Más de la mitad de los niños buscan ser atendidos por personas adultas, las cuales puedan ayudarlos u orientarlos en sus actividades, también buscan el relacionarse con sus compañeros de escuela. El resto de los niños prefieren aislarse porque tienen inseguridad en acercarse al maestro o a sus compañeros para convivir lo cual conlleva a que abandonen su aula de clases y no realizan las tareas que se les indican.

7. COMO SE COMPORTA EL NIÑO DENTRO DE LA ESCUELA.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Normal	7	78%
Pasivo	1	11%
Agresivo	1	11%
TOTAL	9	100%

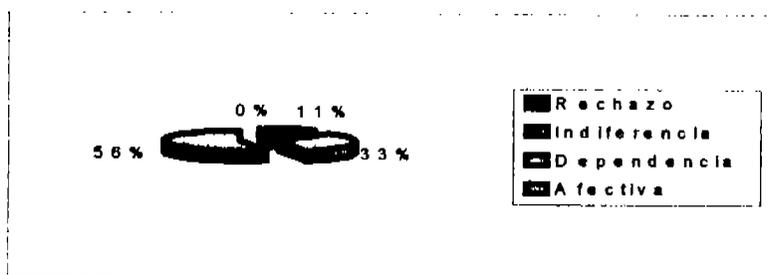


INTERPRETACION

Dentro de la institución más de la mitad de los niños se comportan de manera normal, ya que realizan las actividades que se les indican, también están los niños que son muy pasivos y en igual porcentaje están los niños que se muestran agresivos con sus compañeros y los profesores, sobre todo aquellos niños con los cuales permanecen sus madres con ellos durante todo el día. Quizás esto se deba que los niños buscan la compañía de otras personas, lo que genera que los niños tengan una forma diferente de comportarse.

8. ACTITUD DEL NIÑO HACIA LA PERSONA QUE LO LLEVA.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Rechazo	0	0%
Indiferencia	1	11%
Dependencia	3	33%
Afectiva	5	56%
TOTAL	9	100%

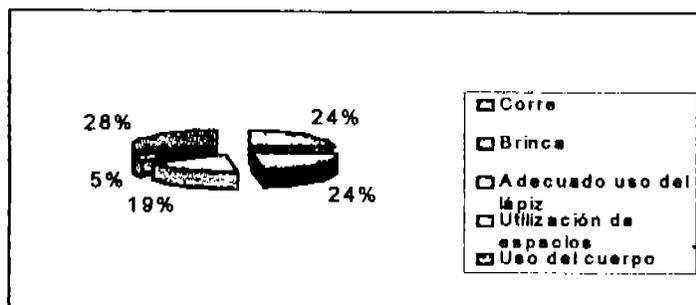


INTERPRETACION

La mayoría de los niños se muestran cariñosos hacia la persona que los lleva a su escuela, que por lo general son las madres, pero esto algunas veces provoca que esas muestras de cariño se conviertan en una marcada dependencia hacia sus padres, solo un mínimo le es indiferente la persona que lo lleve. Esto ayuda a que el niño se sienta bien dentro de la escuela y se comporte normal, sin llegar a ser agresivos con sus compañeros.

9. DESARROLLO DE CAPACIDADES MOTRICES.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Corre	5	24%
Brinca	5	24%
Adecuado uso del lápiz	4	19%
Utilización de espacios	1	5%
Uso del cuerpo	6	28%
TOTAL	21	100%

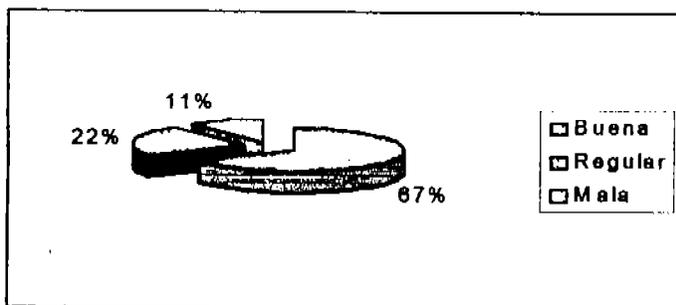


INTERPRETACION

En gran medida se ha logrado el desarrollo de sus capacidades motrices, utilizando todo su cuerpo logrando con ello que empiecen a una edad más temprana a brincar, correr, así mismo se han enseñado a utilizar de manera adecuada su lápiz, en lo que no se ha tenido mucho avance es en utilizar los espacios que les indican en sus trabajos.

10. COMO ES LA PARTICIPACION DE LOS PADRES DENTRO DE LA ESCUELA.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Buena	6	67%
Regular	2	22%
Mala	1	11%
TOTAL	9	100%

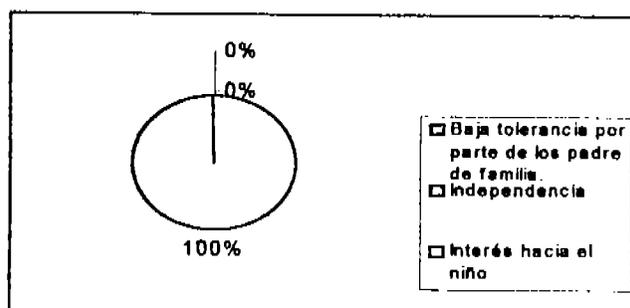


INTERPRETACION

Más de la mitad de las madres de familia participan en todas las actividades que se organizan dentro de la institución, en menor medida también existen padres de familia que no se preocupan por sus hijos, y por lo tanto no asisten y nunca participan en nada.

11. ACTITUD DE LOS PADRES HACIA LOS NIÑOS.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Baja tolerancia por parte del padre de familia.	0	0%
Independencia	0	0%
Interés hacia el niño	9	100%
TOTAL	9	100%

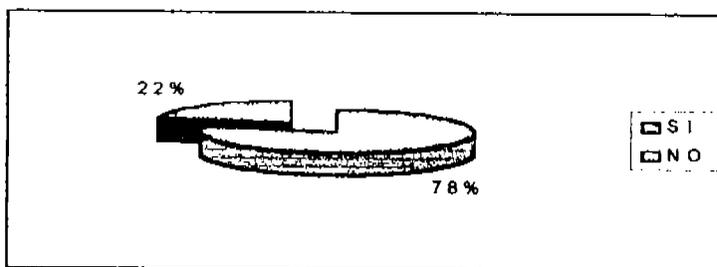


INTERPRETACION

El total de los padres de familia muestran interés hacia sus hijos, ya que se preocupan por preguntar de manera constante los logros que va obteniendo el niño para así poder ayudarlo.

12. PARTICIPAN LOS PADRES DE FAMILIA EN EVENTOS SOCIOCULTURALES QUE SE REALIZAN DENTRO DE LA INSTITUCION.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Sí	7	78%
No	2	22%
TOTAL	9	100%

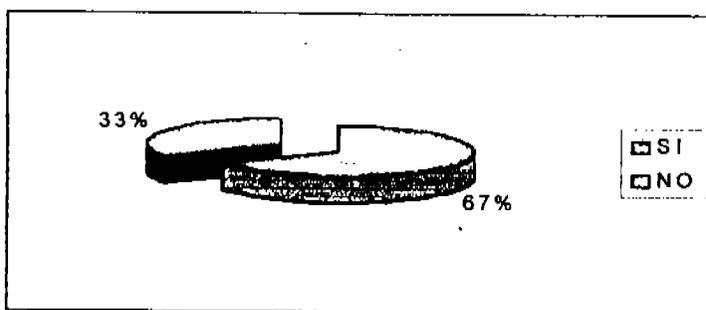


INTERPRETACION

La mayoría de las familias si participan en todos los eventos que se organizan por parte de la institución, mientras que el resto de ellos no lo hacen por que no tienen disposición en participar.

13. SE PREOCUPAN LOS PADRES DE FAMILIA POR LOS AVANCES QUE VAN ALCANZANDO LOS NIÑOS DENTRO DE LA ESCUELA.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Sí	6	67%
No	3	33%
TOTAL	9	100%



INTERPRETACION

Más de la mitad de los padres de familia si se preocupan por ver los avances que ha alcanzado el niño desde su ingreso a la institución, preguntando también las tareas que les dejan, el resto de ellos no preguntan como van sus hijos para conocer los avances que estos tienen dentro de la institución.

CUESTIONARIO

DIRIGIDO

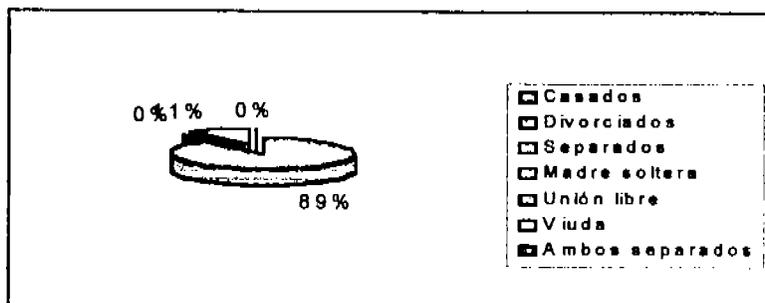
A LOS

PADRES DE FAMILIA

6.4.2. CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA

1. ESTRUCTURA DE LA PAREJA.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Casados	8	89%
Divorciados	0	0%
Separados	1	11%
Madre soltera	0	0%
Unión libre	0	0%
Viuda	0	0%
Ambos separados	0	0%
TOTAL	9	100%

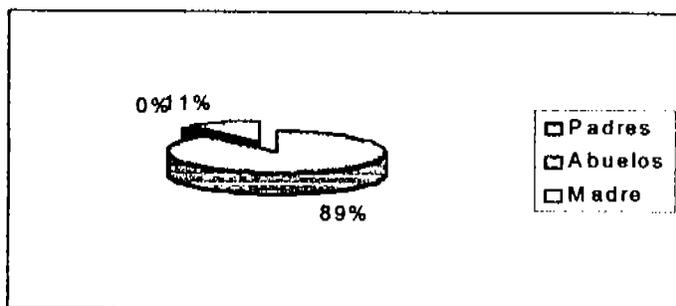


INTERPRETACION

Las parejas en la comunidad de Paracho aún siguen conservando su matrimonio, porque no es bien visto que se divorcien, en un menor porcentaje, estos deciden separarse cuando ya ven que es imposible seguir juntos.

2. CON QUIEN VIVE EL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Padres	8	89%
Abuelos	0	0%
Madre	1	11%
TOTAL	9	100%

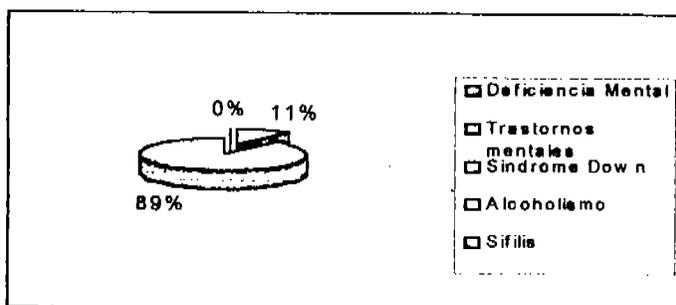


INTERPRETACION

Más de la mitad de los niños viven actualmente con sus padres y en los casos de separación de los padres se quedan al cuidado de su madre.

3. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Deficiencia Mental	0	0%
Trastornos mentales	0	0%
Síndrome Down	1	11%
Alcoholismo	8	89%
Sifilis	0	0%
TOTAL	9	100%



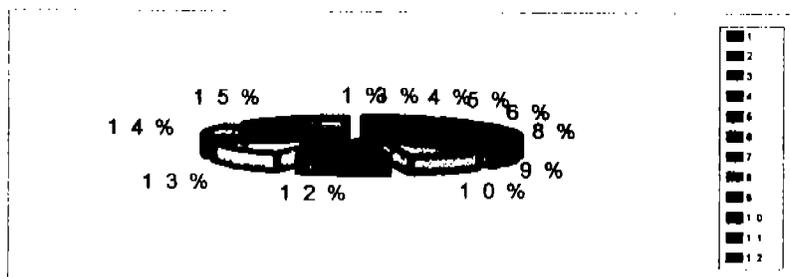
INTERPRETACION

Los antecedentes heredo familiares en su mayoría, es que tienen familiares con problemas de alcoholismo y una minoría tiene antecedentes de síndrome Down.

4. EVOLUCION DEL EMBARAZO.

A) NUMERO DE EMBARAZO DE LA MADRE.

	ABSOLUTO	RELATIVO
1	1	11%
2	2	22%
3	2	22%
4	0	0%
5	0	0%
6	1	11%
7	0	0%
8	1	11%
9	0	0%
10	1	11%
11	0	0%
12	1	11%
TOTAL	9	100%

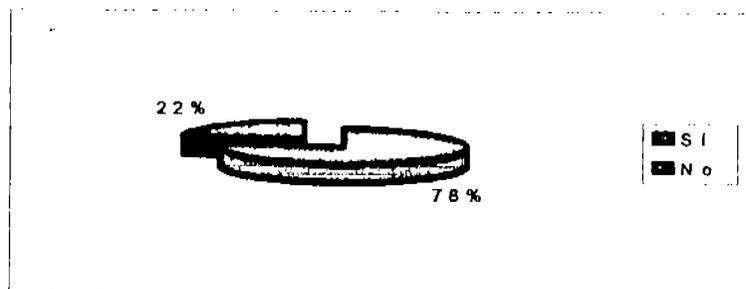


INTERPRETACION

La mayoría de las madres de familia tienen entre 30 y 35 años de edad, contando con dos y tres hijos por lo que no son familias muy extensas en cuanto a hijos, el resto de las madres de familia que tiene de 20 y 40 años en adelante tienen de uno hasta doce hijos.

B) FUE UN EMBARAZO DESEADO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Sí	7	78%
No	2	22%
TOTAL	9	100%

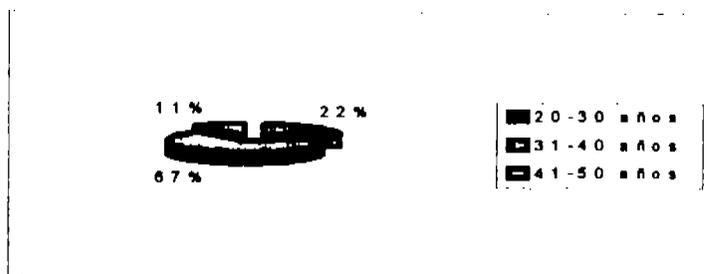


INTERPRETACION

Las madres manifiestan que fue un embarazo deseado ya que por ser algunas de 45 años de edad se sintieron muy satisfechas por saberse embarazadas, mientras que el resto menciona que no se lo esperaban.

C) EDAD DE LA MADRE AL EMBARAZARSE.

	ABSOLUTO	RELATIVO
20 - 30 años	2	22%
31 - 40 años	6	67%
41 - 50 años	1	11%
TOTAL	9	100%

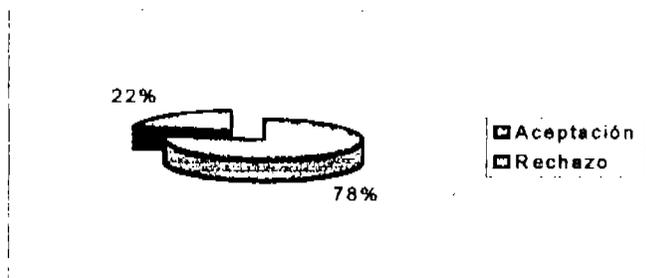


INTERPRETACION

Como se observa en la gráfica en esta ocasión la mayoría son madres al dar a luz a sus hijos tenían más de 30 años, y como se ha mencionado anteriormente ésta puede ser una posible de causa de tener hijos con síndrome down, por otro lado se menciona que son pocas las mujeres que no tiene una edad muy avanzada pero tampoco son jóvenes y se están dando casos en los que son más propensas ellas que una persona de más de 40 años que son las que corren más riesgo.

D) ACTITUD DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Aceptación	7	78%
Rechazo	2	22%
TOTAL	9	100%

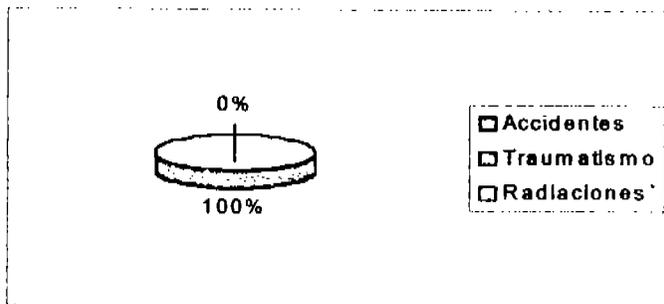


INTERPRETACION

Las madres de familia cuando se enteraron de su embarazo se pusieron muy contentas, mientras que el resto fue de rechazo porque ya tienen mucha familia y no tienen recursos como para mantener otro bebe.

5. PADECIO LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Nauseas	5	36%
Amenaza de aborto	1	7%
Mareos	5	36%
Estrés	1	7%
Gripa	1	7%
Presión	1	7%
TOTAL	14	100%

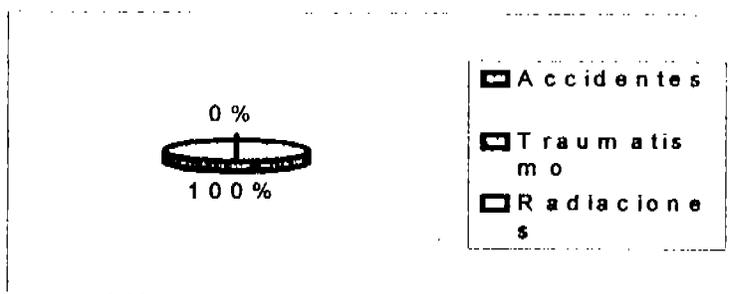


INTERPRETACION

Los problemas que se presentaron con más frecuencia durante el embarazo de la madre fueron náuseas y mareos, otros problemas que se suscitaron en menor medida debido al embarazo y a los problemas de la casa son el estrés, amenaza de aborto, gripe, la presión la padecieron la mayoría de las madres de familia como consecuencia de los demás síntomas que tuvieron.

6. LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO QUÉ TIPO DE PROBLEMAS TUVO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Accidentes	0	0%
Traumatismo	0	0%
Radiaciones	1	100%
TOTAL	1	100%

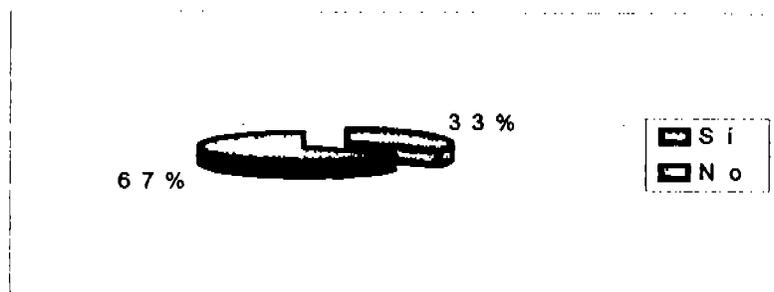


INTERPRETACION

Una sola persona se le hicieron radiaciones durante su embarazo pero ésta con aprobación del médico, el resto no padeció ningún accidente durante él mismo.

7. SE LES ADMINISTRO ALGUN MEDICAMENTO DURANTE EL EMBARAZO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Sí	3	33%
No	6	67%
TOTAL	9	100%

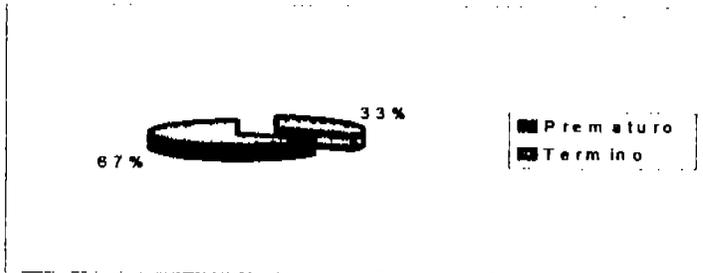


INTERPRETACION

La mayoría de las señoras no requirieron de ningún medicamento durante su embarazo, y a quienes se les administro fue por instrucciones del médico y algunas de ellas sé autorecetarón.

8. COMO FUE EL PARTO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Prematuro	3	33%
Terminó	6	67%
TOTAL	9	100%

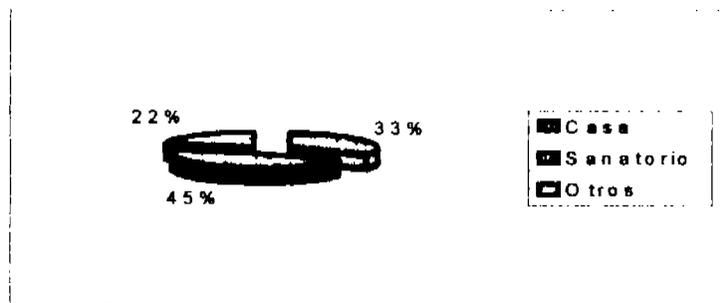


INTERPRETACION

Más de la mitad de las madres de familia dieron a luz a sus bebés a los nueve meses, y solo muy pocas tuvieron un parto prematuro.

9. LUGAR DEL PARTO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Casa	3	34%
Sanatorio	4	44%
Otros	2	22%
TOTAL	9	100%

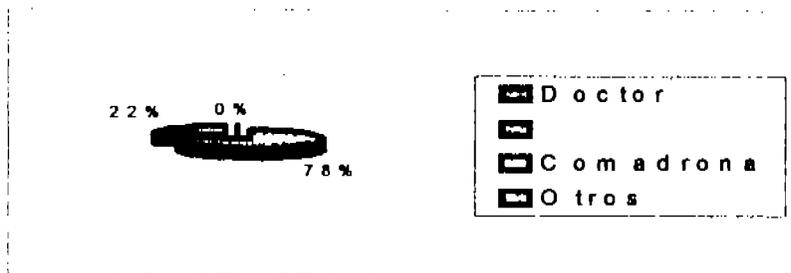


INTERPRETACION

Las madres en más de la mitad del total fueron atendidas en sanatorios y clínicas, otras aún las siguen atendiendo las comadronas o parteras y las que no cuentan con estos recursos dan a luz a sus bebés en la casa sin la atención necesaria.

10. EL PARTO FUE ATENDIDO POR:

	ABSOLUTO	RELATIVO
Doctor	7	78%
Comadrona	2	22%
Otros	0	0%
TOTAL	9	100%

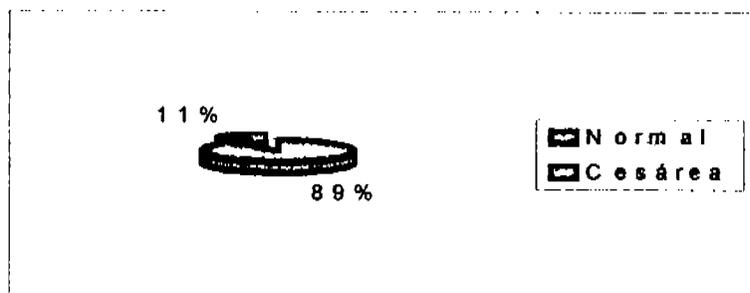


INTERPRETACION

La mayoría de las madres como son atendidas en sanatorios, también son atendidas por un doctor por lo que reciben una mejor atención, mientras que las que no cuentan con recursos tienen que recurrir a las comadronas que cobran menos.

11. TIPO DE PARTO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Normal	8	89%
Cesárea	1	11%
TOTAL	9	100%

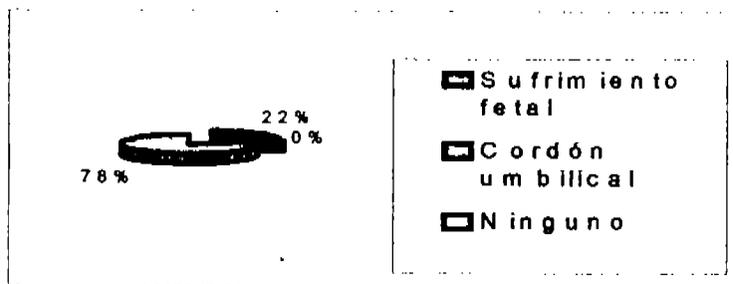


INTERPRETACION

Los partos en su mayoría fueron de forma natural, no necesitando cesárea, por otro lado las que restan sus partos fueron a través de una cesárea.

12. COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Sufrimiento fetal	2	55%
Cordón umbilical	0	0%
Ninguno	7	78%
TOTAL	9	100%

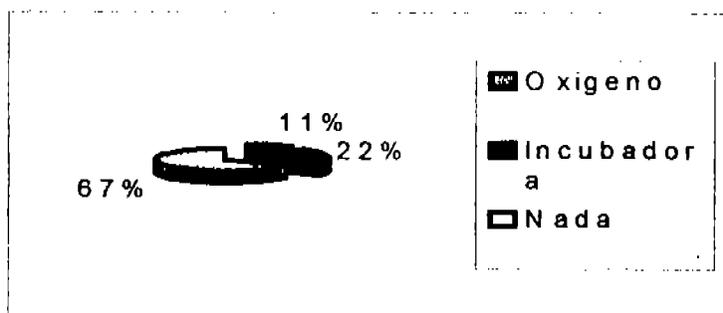


INTERPRETACION

La mayoría de las madres no tuvo ninguna complicación durante su embarazo, y en muy poca proporción tuvieron los niños sufrimiento fetal.

13. REQUIRIO EL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Oxigeno	1	11%
Incubadora	2	22%
Nada	6	67%
TOTAL	9	100%

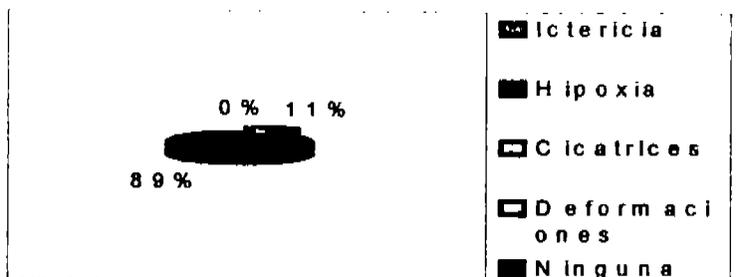


INTERPRETACION

En una gran mayoría los niños a la hora de su nacimiento no necesitaron de ningún medicamento, por otro lado una pequeña parte de ellos requirió de incubadora por haber nacido antes de tiempo y en menor medida necesitaron de oxígeno.

14. EL NIÑO PRESENTO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Ictericia	0	0%
Hipoxia	0	0%
Cicatrices	0	0%
Deformaciones	1	11%
Ninguna	8	89%
TOTAL	9	100%

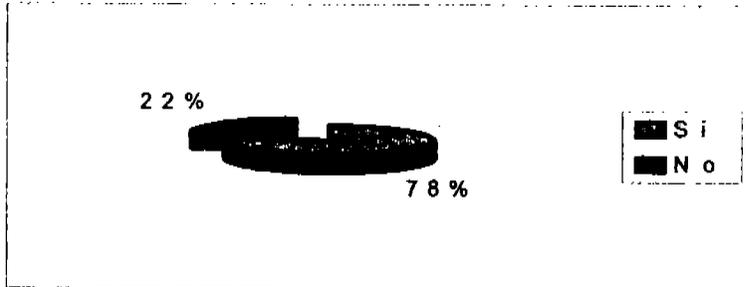


INTERPRETACION

Más de la mitad de los niños durante su nacimiento no presentaron ninguna deformación, una minoría presentaron deformaciones en sus oídos y pies.

15. SE DIO LECHE MATERNA AL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Si	7	78%
No	2	22%
TOTAL	9	100%



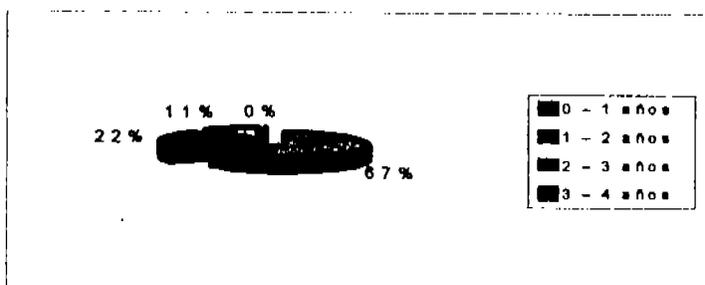
INTERPRETACION

La mayoría de las madres de familia le dieron leche materna a sus bebés mientras que muy pocas no pudieron darle por diferentes razones, (como no tener leche, el niño no aceptaba la leche materna, etc.)

16. A QUE EDAD REALIZO LAS SIGUIENTES ACCIONES.

A) EMPEZO A SENTARSE SOLO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
0 - 1 años	6	67%
1 - 2 años	2	22%
2 - 3 años	1	11%
3 - 4 años	0	0%
TOTAL	9	100%

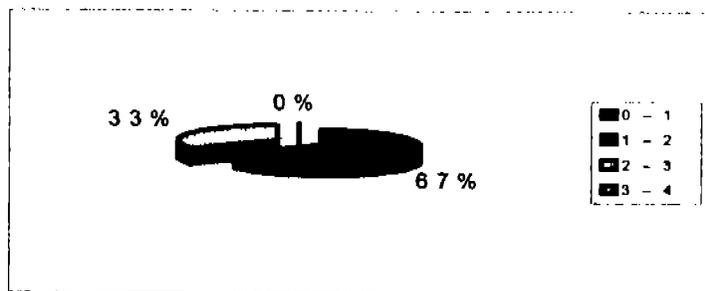


INTERPRETACION

Empezaron hacerlo la mayoría con ayuda de sus padres a sentarse a una edad no muy variada que un niño normal ya que los tienen desde muy temprana edad en la escuela, mientras que otra parte de ellos como no reciben una buena atención por parte de sus padres se tardan más en realizar esta acción ya que no son constantes en sus clases, y los últimos son los que definitivamente no reciben ninguna atención.

B)CAMINÓ SOLO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
0 - 1 año	0	0%
1 - 2 años	6	67%
2 - 3 años	3	33%
3 - 4 años	0	0%
TOTAL	9	100%

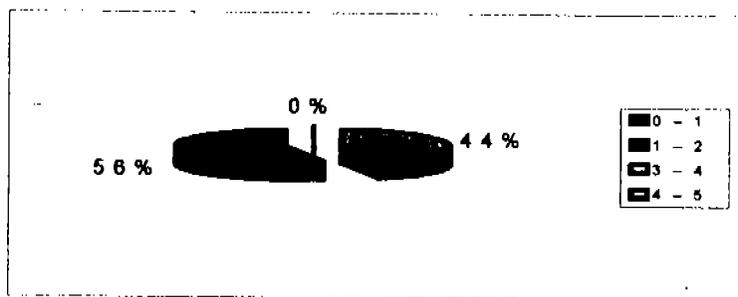


INTERPRETACION

Como podemos observar los niños empiezan a caminar a muy temprana edad, pero estos son los que asisten con regularidad al Centro de Atención Múltiple, los demás son los que van con menos frecuencia y por últimos los que llevan cada vez que se les ocurre.

C)GATEO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
0 - 1 año	4	44%
1 - 2 años	5	56%
3 - 4 años	0	0%
4 - 5 años	0	0%
TOTAL	9	100%

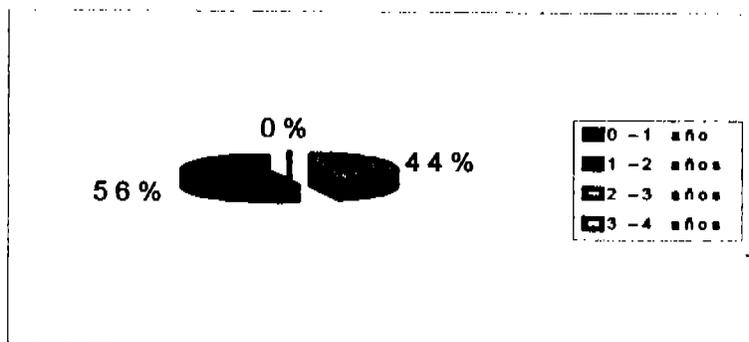


INTERPRETACION

En esta etapa la mayoría de los niños se tardaron en gatear mucho, ya que no logran desarrollar sus movimientos motores al igual que un niño sin problemas, pero estos no difieren mucho, mientras que muy pocos lo han hecho más rápido porque reciben mas apoyo de sus padres.

D) A PARARSE SOLO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
0 -1 año	4	44%
1 -2 años	5	56%
2 -3 años	0	0%
3 -4 años	0	0%
TOTAL	9	100%

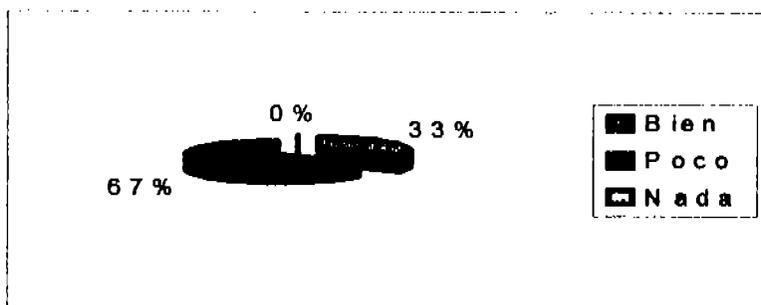


INTERPRETACION

La mayoría de los niños lograron caminar hasta los dos años, pero en menor proporción varios de ellos lograron hacerlo más rápido ya que él llevarlos a la escuela de educación especial les ayudo a mejorar sus movimientos y recibir una mejor atención.

17. COMO HABLA SU NIÑO ACTUALMENTE.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Bien	3	33%
Poco	6	67%
Nada	0	0%
TOTAL	9	100%

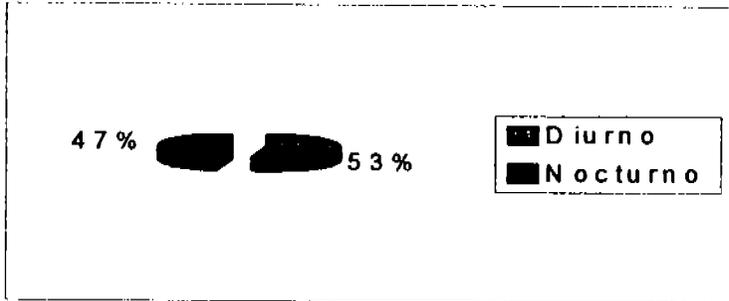


INTERPRETACION

La gran mayoría de los niños habla muy poco, ya que la mayor atención que tienen es dentro de la escuela porque al llegar a su hogar no le dedican el tiempo que requiere, entreteniéndolo en otras actividades que no le quiten mucho tiempo en atenderlo a la familia, y en cuanto a los que se pone más atención dentro de la escuela y de la casa y que dejan convivir más con niños de su barrio, logran hacerlo más rápido.

18. CONTROL DE ESFINTERES.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Diurno	8	53%
Nocturno	7	47%
TOTAL	15	100%

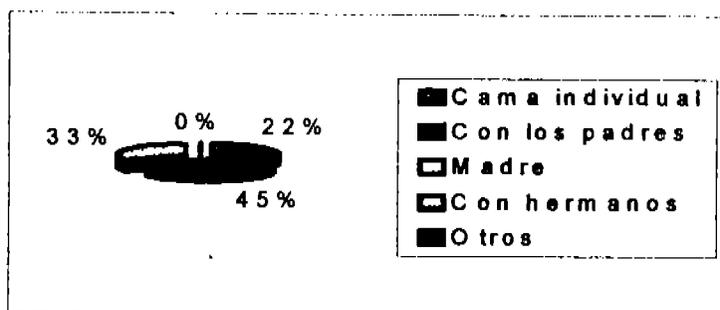


INTERPRETACION

La mayoría de los niños logran controlar mejor sus esfínteres por el día, ya que en las noches se les hace muy difícil algunos porque aún son muy pequeños y los más grandes porque se hacen más dependientes de sus madres.

19. CON QUIEN DUERME EL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Cama individual	2	22%
Con los padres	4	45%
Madre	3	33%
Con hermanos	0	0%
Otros	0	0%
TOTAL	9	100%

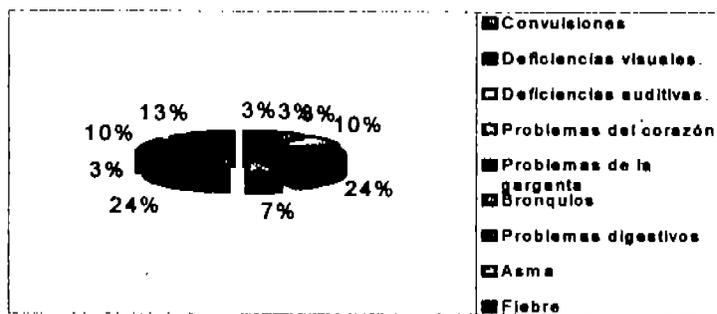


INTERPRETACION

La mayoría de los niños duermen con sus padres, algunos son pequeños y aún requieren dormir con ellos, otros duermen únicamente con su mamá, porque es de quien más dependen y por último los niños más grandes son los que tienen su cama individual

20. PADECIMIENTOS QUE HA SUFRIDO EL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Convulsiones	1	3.3%
Deficiencias visuales.	1	3.3%
Deficiencias auditivas.	1	3.3%
Problemas del corazón	3	10%
Problemas de la garganta	7	23%
Bronquios	2	6.7%
Problemas digestivos	7	23%
Asma	1	3.3%
Fiebre	3	10%
Alergias	4	13%
TOTAL	30	100%

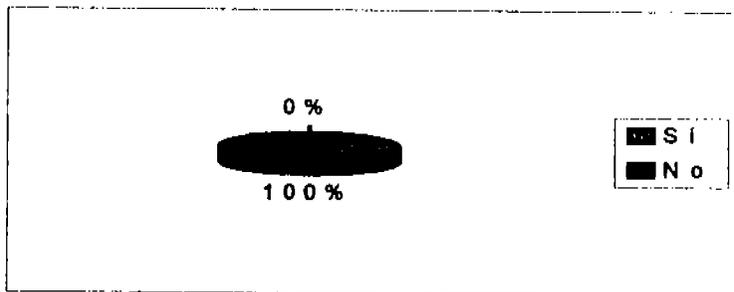


INTERPRETACION

En igual medida los padecimientos más sentidos por los niños son de problemas de la garganta debido al clima tan frío que hace en la población de Paracho, y problemas digestivos esto por lo que no deben excederse en la comida ya que su organismo no resiste. También es notorio que padecen de alergias ya que son muy sensibles de contagiarse, por otro lado algunos de ellos nacen con problemas del corazón los cuales siguen padeciendo hasta la actualidad, y en menor medida se enferman de los bronquios, y en igual proporción sufren de diferentes enfermedades.

21. EL NIÑO TIENE TODAS LAS VACUNAS.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Sí	9	100%
No	0	0%
TOTAL	9	100%

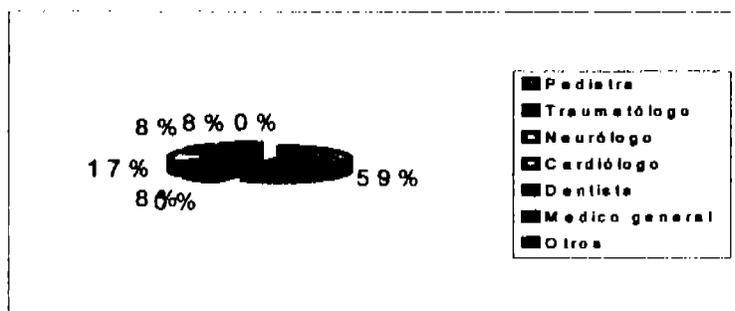


INTERPRETACION

Como podemos observar las madres se preocupan por la salud de sus hijos, y los han llevado a que les pongan todas sus vacunas, para prevenir que se enfermen con tanta frecuencia.

22. OTRAS ATENCIONES QUE HA RECIBIDO EL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Pediatra	7	58
Traumatólogo	0	0
Neurólogo	1	8
Cardiólogo	2	18
Dentista	1	8
Médico general	1	8
Otros	0	0
TOTAL	12	100

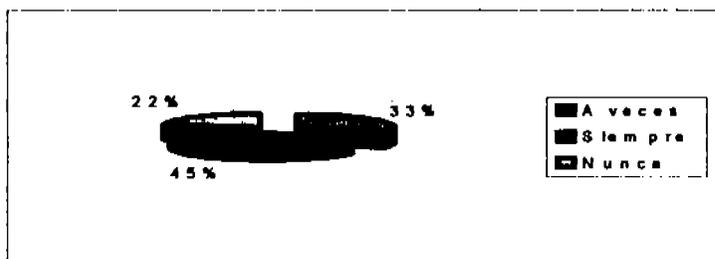


INTERPRETACION

Más de la mitad de los niños han recibido atención de un pediatra, en menor proporción también han asistido con un cardiólogo, al neurólogo, con el médico general y al dentista, ya que requieren de diferentes atenciones.

23. QUE TANTO SE COMUNICAN COMO PAREJA SUS NECESIDADES Y ACUERDOS.

	ABSOLUTO	RELATIVO
A veces	3	33%
Siempre	4	44%
Nunca	2	23%
TOTAL	9	100%

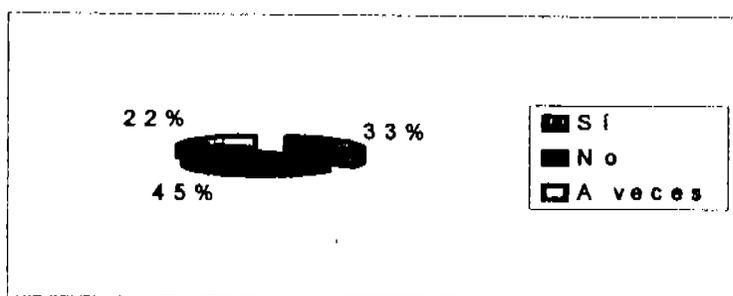


INTERPRETACION

Las esposas mencionan que la mayoría de las veces siempre se comunican todos los problemas que tienen como pareja, pero también es muy notorio que la comunicación es muy difícil en otras parejas por lo que solo a veces se ponen a platicar de lo que esta pasando dentro de su hogar. Y hay también aquellas parejas donde su comunicación es completamente nula.

24. SE HAN PUESTO DE ACUERDO EN COMO ESTABLECER LIMITES Y REGLAS CON LOS NIÑOS.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Sí	3	33%
No	4	44%
A veces	2	23%
TOTAL	9	100%

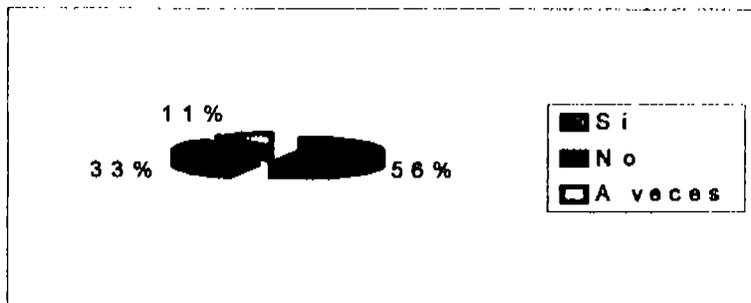


INTERPRETACION

Un buen número de padres de familia no se han puesto de acuerdo en establecerle límites al niño, ya que si su madre dice una cosa el padre dice lo contrario y el niño no sabe a quien obedecer, por lo que se le hace difícil al niño lograr asimilar sus roles, mientras que otra parte de los padres si lo hacen pero solo de vez en cuando.

25. SE APOYAN COMO PAREJA EN LA CRIANZA DEL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Sí	5	56%
No	3	33%
A veces	1	11%
TOTAL	9	100%

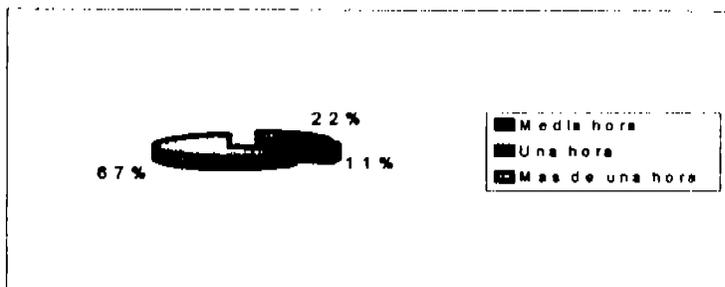


INTERPRETACION

Los padres de familia se apoyan en el cuidado y la crianza de sus hijos, pero también están los padres de familia en donde nada más es la madre la que se encarga del cuidado de estos, porque el padre no le importa lo que le éste pasando a su hijo, y en menor medida solo a veces lo hacen.

26. CUANTO TIEMPO LE DEDICA LA MADRE AL NIÑO DURANTE EL DIA, EN SUS JUEGOS Y TAREAS.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Media hora	2	22%
Una hora	1	11%
Mas de una hora	6	67%
TOTAL	9	100%

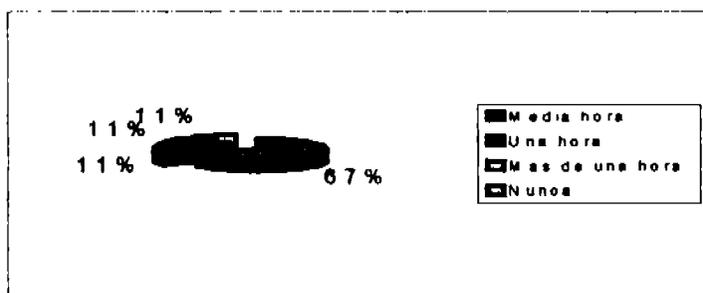


INTERPRETACION

Las madres de familia son las que le dedican más tiempo a sus hijos después de hacer su quehacer por las tardes les ayudan hacer la tarea a sus hijos, y muy pocas solo lo hacen media hora y una hora.

27. CUANTO TIEMPO LE DEDICA EL PADRE AL NIÑO DURANTE EL DIA EN SUS JUEGOS Y TAREAS.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Media hora	6	67%
Una hora	1	11%
Mas de una hora	1	11%
Nunca	1	11%
TOTAL	9	100%

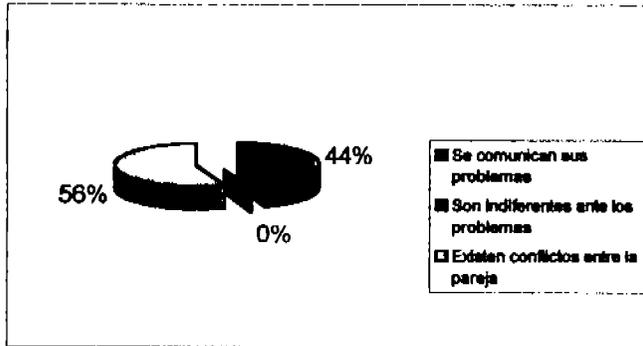


INTERPRETACION

Más de la mitad de los padres de familia solo le dedican muy poco de su tiempo al niño, ya que ellos prefieren estar fuera de la casa para no tener que estar con ellos debido a la falta de aceptación, muy pocos les dedican más de una hora.

28. COMO SE LLEVAN USTEDES COMO PAREJA.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Se comunican sus problemas	4	44%
Son indiferentes ante los problemas	0	0%
Existen conflictos entre la pareja	5	56%
TOTAL	9	100%

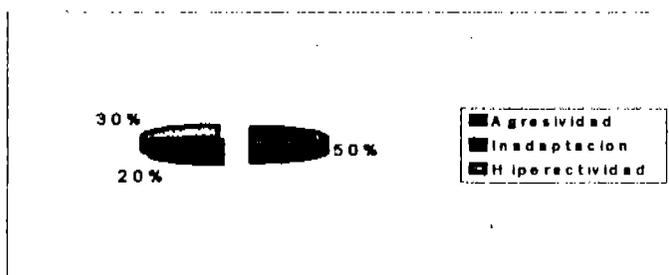


INTERPRETACION

Debido al síndrome down del niño en la mayoría de las parejas existen problemas ya que el esposo no lo acepta, por otro lado la madre se desespera al ver que no cuenta con el apoyo de él, algunos aunque no lo acaban de asimilar tratan de mostrar interés por lo que le pasa al niño.

29. QUE CONDUCTAS HA PRESENTADO EL NIÑO QUE CAUSE CONFLICTOS EN EL AMBIENTE FAMILIAR O SOCIAL.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Agresividad	5	50%
Inadaptación	2	20%
Hiperactividad	3	30%
TOTAL	10	100%

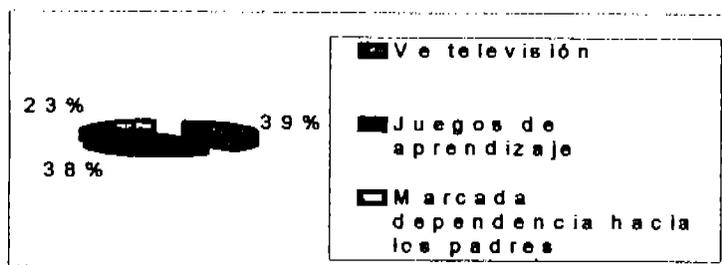


INTERPRETACION

Debido a los problema que tiene como pareja estos repercuten en los niños de diferentes maneras y una de las principales es que el niño se vuelve agresivo, y en menor medida no logra una adaptación en la escuela y su medio social, se vuelven niños hiperactivos que para evitar los problemas de sus padres busca entretenerse todo el día por lo que hace travesuras.

30. A QUE SE DEDICA EL NIÑO EN SU TIEMPO LIBRE.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Ve televisión	5	38%
Juegos de aprendizaje	5	38%
Marcada dependencia hacia los padres	3	24%
TOTAL	13	100%

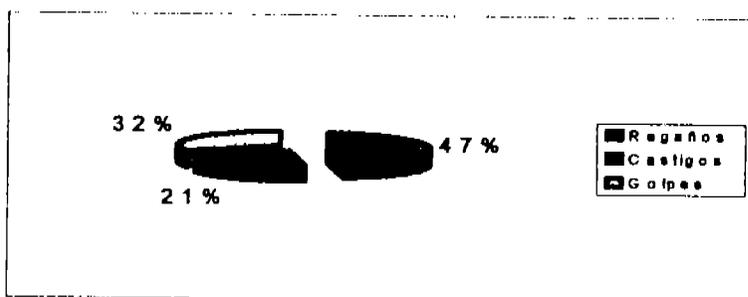


INTERPRETACION

Quando los niños llegan de la escuela en lo que más utilizan su tiempo libre es en ver televisión o en juegos de aprendizaje para ellos (rompecabezas, dibujan, recortan, etc.), solo pocos de ellos tienen una marcada dependencia hacia su madre.

31. DE QUE MANERA SE LE LLAMA LA ATENCION AL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Regaños	9	47%
Castigos	4	21%
Golpes	6	32%
TOTAL	19	100%

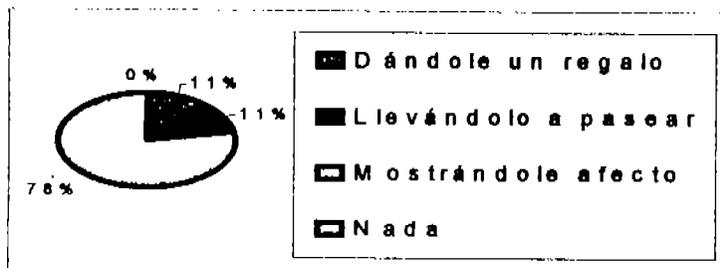


INTERPRETACION

La mayoría de los padres de familia le llaman la atención a sus hijos por medio de regaños ya que en varias ocasiones hacen cosas que les pueden ocasionar un daño físico a su persona, en menor grado existen los padres que no logran reunir la suficiente paciencia y optan por golpear a sus hijos, y muy pocos les ponen castigos.

32. COMO MOTIVAN LOS PADRES UNA CONDUCTA POSITIVA EN EL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Dándole un regalo	1	11%
Llevándolo a pasear	1	11%
Mostrándole afecto	7	78%
Nada	0	0%
TOTAL	9	100%

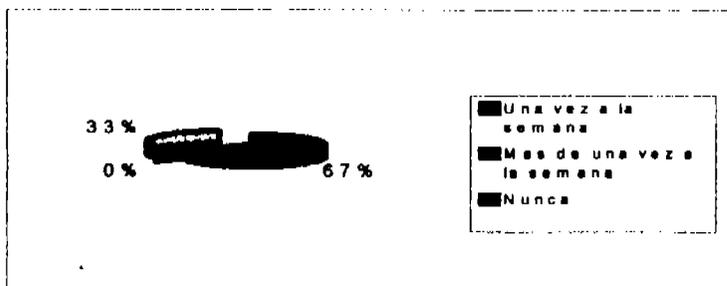


INTERPRETACION

Los padres de familia para premiar el esfuerzo de su hijo la mayoría les muestra con cariño ese logro, y en un segundo momento les hacen un pequeño regalo o los sacan a pasear aunque estos paseos son regularmente en la plaza principal de Paracho y el día domingo.

33. CONQUE FRECUENCIA LLEVA AL NIÑO A LUGARES RECREATIVOS.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Una vez a la semana	6	67%
Mas de una vez a la semana	0	33%
Nunca	3	0%
TOTAL	9	100%

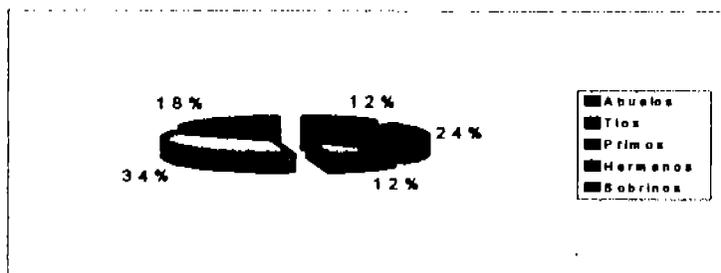


INTERPRETACION

Los padres de familia en su mayoría no sacan más de una vez a sus hijos por semana a pasear, muy pocas veces sacan fuera de Paracho, una minoría de padres salen a pasear con sus hijos.

34. CON QUE OTROS FAMILIARES CONVIVE EL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Abuelos	2	12%
Tíos	4	23%
Primos	2	12%
Hermanos	6	35%
Sobrinos	3	18%
TOTAL	17	100%

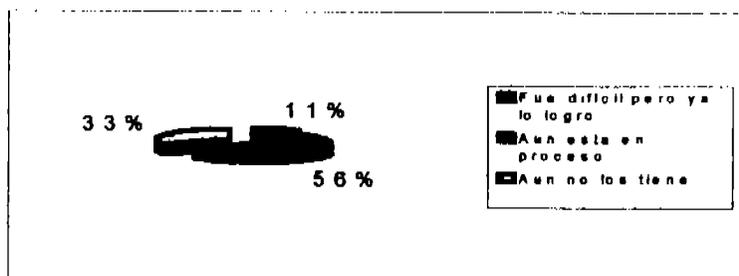


INTERPRETACION

Un porcentaje muy significativo que nos arroja la gráfica, es que las personas con quien más convive el niño aparte de sus padres es con sus hermanos que son los más cercanos a él, en menor medida con su tíos que es al lugar que más los llevan sus padres, algunos de ellos con sus sobrinos, ya que varias de las madres de los niños con síndrome down son personas mayores y ya tienen hijos (as) casados, y de igual manera algunos buscan la presencia de sus abuelos o algún primo.

36. COMO SE DIO LA ADQUISICION DE HABITOS DE LA ESCUELA.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Fue difcil pero ya lo logro	1	11%
Aun esta en proceso	5	56%
Aun no los tiene	3	33%
TOTAL	9	100%

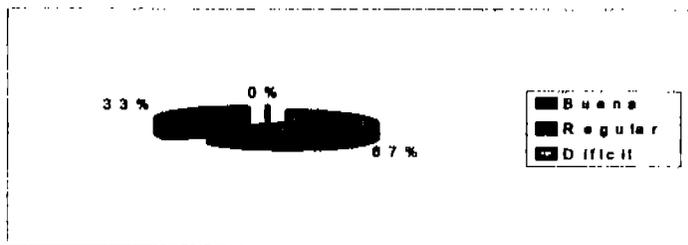


INTERPRETACION

Más de la mitad de los niños aún están en proceso de adquisición de hábitos dentro de la escuela, ya que no son muy dados a poner la atención necesaria, y los niños que no los tienen son aquellos que faltan constantemente a la escuela por lo cual su proceso de adquisición será más tardado, más pequeños que apenas empiezan a conocer, así mismo los niños que asisten regularmente a la escuela son los que ya han logrado adquirir los hábitos que los ayudaran en su vida futura.

36. COMO FUE SU ADAPTACION A LA ESCUELA.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Buena	6	62%
Regular	3	33%
Difícil	0	0%
TOTAL	9	100%

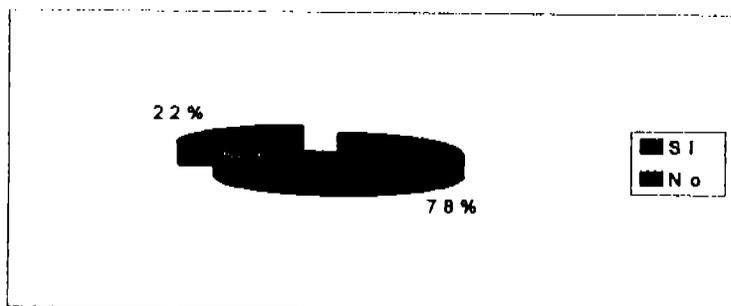


INTERPRETACION

La adaptación a la escuela en la mayoría de los niños fue buena ya que al no estar su madre presente en la escuela ellos logran más convivencia con sus compañeros, solo los que tienen más dependencia hacia su madre les cuesta un poco de trabajo.

37. EL NIÑO CUMPLE CON SUS TAREAS ESCOLARES.

	ABSOLUTO	RELATIVO
SI	7	78%
No	2	22%
TOTAL	9	100%

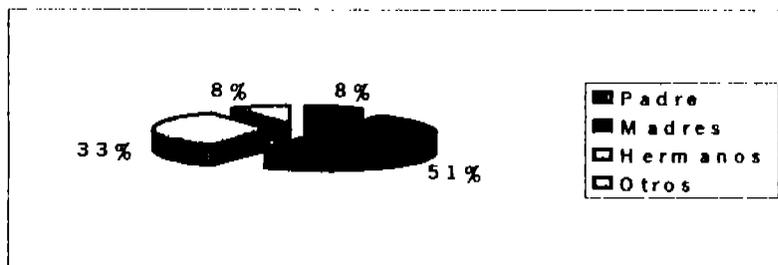


INTERPRETACION

Más de la mitad de los niños si cumplen con sus tareas, estas siempre con el apoyo de su madre y sus hermanos, en menor número son los niños que no les gusta hacerlas y que no tienen quien los ayude.

38. QUIEN LE AYUDA HACER LAS TAREAS AL NIÑO.

	ABSOLUTO	RELATIVO
Padre	1	8%
Madres	6	50%
Hermanos	4	34%
Otros	1	8%
TOTAL	12	100%



INTERPRETACION

En la mayoría de los casos quien le ayuda hacer las tareas a sus hijos son las madres de familia, y un poco menos les ayudan los hermanos que son quienes también les tienen más paciencia, mientras que el padre o cualquier otra persona lo hacen en muy pocas ocasiones.

6.5. ANALISIS DE RESULTADOS.

El tema ha tratar fue: "EL RECHAZO DE LOS PADRES DE FAMILIA HACIA SUS HIJOS CON SINDROME DOWN, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCION MULTIPLE (CAM) DE EDUCACION ESPECIAL DE LA COMUNIDAD DE PARACHO, MICH. EN EL AÑO 2002". Con esta investigación se conoció de manera más amplia el trato que brindan los padres de familia hacia sus hijos, y detectar si ellos ocasionan conflictos entre la pareja o la familia en general, además del grado de aceptación que tienen para con ellos, así mismo saber en el ámbito afectivo que actitud toman, y los maestros que actitud tienen hacia los niños y los avances logrados en los mismos.

Al hacer el análisis con la información recopilada, ésta arrojó información contradictoria a la que mencionaron los padres de familia, muchas de las madres de familia se mostraron nerviosas ante algunas preguntas dirigidas en torno a la conducta de sus esposos para con sus hijos, tratando de justificar su actitud, todo ello se dio a raíz de la visita domiciliaria realizada para la aplicación del cuestionario, contestándolo en su mayoría las madres de familia y a los pocos padres de familia que ese encontraron en la casa y se les pregunto lo hicieron de mala manera. Como se puede observar en la gráfica 2, del cuestionario dirigido a los maestros, es la madre quien se encarga de llevar diariamente al niño a la institución, mientras que en la pregunta 10 del mismo cuestionario, menciona que es nula la participación del padre, ya que quien asiste siempre a las actividades es la madre de familia.

Por lo que los objetivos e hipótesis planteadas al inicio, no están muy alejados de la realidad los cuales se mencionaran a continuación:

El objetivo general: Identificar el rechazo de los padres de familia hacia los niños con síndrome down, todo ello con el fin de realizar una propuesta que ayude a sensibilizar a los padres sobre la situación que están viviendo sus hijos, ya que

el rechazo hacia los niños se da principalmente por el padre de familia, lo cual se reflejó en el cuestionario dirigido a los padres de familia pregunta 27 menciona cuanto tiempo le dedica el padre al niño y no era más de media hora para ello se abrió un parámetro que indicaba lo antes mencionado hasta más de una hora, tampoco los llevan a la escuela o los sacan a pasear etc, ellas tienen que llevar a sus hijos a la escuela a escondidas de su esposo porque ellos se enojan. Esta información se obtuvo en una entrevista de manera informal que se dio en el momento de la aplicación del cuestionario ya estructurado. Como se menciona en el capítulo 3, del Síndrome de Down. Que desde el momento en que el médico comunica a los padres de familia la diagnosis de su futuro hijo, se inicia hacia estos niños, y en muchos de los casos el padre nunca logrará superarlo, empezando a presentarse conflictos entre la pareja ya que viven culpándose el uno al otro, por haber nacido su hijo con Síndrome Down.

Tampoco los sacan a pasear, ni los felicitan cuando realizan una actividad, porque los niños necesitan mucho estímulo para que logren un mejor desarrollo, ellos se justifican que si quieren a sus hijos pero tienen que trabajar por eso no tienen tiempo de estar con ellos, lo que pasa en este municipio es que aún existe el machismo, por lo tanto los padres no aceptan que tienen un niño con características y necesidades diferentes a los demás pero que los necesitan más que ninguna otra persona. La pregunta 28 del cuestionario dirigido a los padres nos muestra que más de la mitad de las familias estudiadas tienen conflictos entre ellos, porque mencionan las madres que su esposo no acepta al niño con síndrome down, por lo que el esposo le retira su apoyo en actividades como él llevarlo a la escuela, participar en los eventos que se realizan dentro de la misma, etc.

Por que la mejor atención y educación que reciben estos niños es en su núcleo familiar ya que son los responsables de guiar por el buen camino a estos pequeños, entre más rápido acepten los padres a sus hijos, lograrán ser realmente

una familia, lo cual ayudara de manera incondicional a ese niño para que se desarrolle mejor.

De acuerdo al cuestionario aplicado a los padres de familia en la pregunta no. 24, un número considerable de las familias estudiadas tienen problemas ya que nunca están de acuerdo en poner límites y asignar roles definidos al niño.

Se debe entender también que cada persona es única y por lo tanto se nos trata de manera diferente a los demás, y en estos casos con quien tiene más comunicación con estos niños es su madre, siendo la que más se preocupa por lo que le pasa, mientras que el padre no logra aceptar que tiene un hijo con problemas, pero si el quiere puede ayudarlo a que mejore su vida empezando a cuidar y cuidar de él, ya que a estos les preocupa mucho lo que va a ha decir o burlarse la gente de él por tener un niño así. Ya que se como nos dice Cohn, en concepto de familia, que esta es la unidad afectiva de padres e hijos, lo cual viene a reafirmar el que los padres deben empezar a cambiar su manera de actuar y actitud hacia sus hijos. También se dice en el capítulo 4, de la familia que existen funciones básicas como es la Socializadora, la cual nos dice que lo más importante en la familia es lograr que sus hijos sean personas más independiente, para que con ello logren enfrentar mejor la vida que les espera, y como se menciona en la mayoría de las preguntas las madres se vuelven sobreprotectora del niño no dejándolo que se desarrolle plenamente.

Con los demás objetivos se pudo rescatar la información que se requería, como la situación económica de los padres ya que nos dimos cuenta que la cuestión económica si limita mucho que el niño no reciba la atención necesaria, en el vestir, alimentación, recreación, etc. Porque un 80% de las familias estudiadas son de muy bajos recursos económicos esto se detecto cuando se hizo la aplicación del cuestionario en la cual se acudió hasta su domicilio. Así mismo el rechazo de los padres hacia sus hijos es porque en primer lugar desconocen lo que es el síndrome ya que nadie se ha dado a la tarea de asesorarlos para que ellos

aprendan a tratarlos y brindarles la atención que ellos requieren, además tampoco buscan en lugares adecuados acordes a la problemática que están padeciendo, lo mencionan las esposas durante la aplicación del instrumento, pero lo hacen en forma de plática.

También nos podemos dar cuenta que la comunicación dentro la familia se da más de madre e hijo con síndrome down, porque es la que esta más pendiente, plática, juega con él hace la tarea y lo enseña a comunicarse con el resto de la familia, porque la madre es quién le dedica más tiempo al niño, más de una hora diaria dedica especialmente al (67%), mientras que el padre el tiempo que dedica la niño es de media hora o menos (67%), en cuanto ayudarlo en sus tareas la madre lo hace más (50%), los hermanos ayudan también (34%), y los padres lo hacen en un (8%).

Es muy variada la manera en que tratan al niño con síndrome down los integrantes de la familia, la madre es quien tiene esa actitud de atender más a su hijo y en ocasiones es demasiado protectora, sus hermanos en ocasiones ayudan a cuidar a su hermano e incluso hacer sus tareas, pero ellos también se sienten abandonados por su madre viendo que el mayor tiempo la pasa con el niño con síndrome down, por lo que empiezan a sentir rechazo hacia él, ya que sienten que les esta robando toda la atención de su madre, mientras que el padre cuando ya no soporta esta situación lo que comúnmente hacen es abandonar el hogar y dejarle toda la responsabilidad a la esposa.

Como se menciona en el capítulo 3 del síndrome down, la fundación catalana, en su libro Aspectos médicos y Psicopedagógicos, el cual nos menciona que desde el inicio empieza el rechazo de los padres ya que no logran superarlo, y viven culpándose el uno al otro, culpando la madre al pequeño de todos los problemas generados en la pareja, terminándose el matrimonio ya que el padre opta por desaparecer dejándole toda la responsabilidad a su esposa. Ya que como el primer contacto lo tienen con su madre, y la manera de esta es de falta de

aceptación negándose a darle de comer, no cambiándole de ropa cuando el niño hace sus necesidades, no atendiéndolo además de la manera como es debido, es por ello que se deduce que el rechazo también lo siente de igual manera el padre y la madre pero que al transcurrir el tiempo la madre sabe que es la persona que más va a necesitar el niño, por lo que empieza a cambiar su actitud hacia él, pero quien no logra hacerlo es el padre, ya que no se interesa mucho en lo que le pase al niño, esto lo mencionaban las madres de familia en pláticas informales y la expresión hacia sus esposos era de Se concluye también que la actitud de la familia lo está limitando porque no lo dejan que se desenvuelva como se requiere que lo haga, además de que todo esto provoca que el niño se vuelva más dependiente de la familia y el estar todo el día en su hogar provoca conflictos en la familia.

En cuanto a los objetivos específicos como: Conocer las características de los niños con síndrome down; su estructura familiar; Conocer las acciones que se emprenden por parte de la institución cuando se detecta el rechazo por parte de los padres de familia, los resultados que se obtuvieron a través de las entrevistas aplicadas a los maestros del Centro de Atención Múltiple de Paracho y a los cuestionarios aplicados a los padres de familia, se detecta que los maestros no muestran mucho interés en verificar porque los niños dejan de asistir a la escuela, que les ha pasado, y como es el trato que reciben los niños por parte de sus padres porque no se realizan las visitas domiciliarias, además dentro de la institución no se tiene un programa o proyecto con el cual se le informe y de a conocer a los padres de familia, sobre lo que es el síndrome down, que lo provoca y que se debe hacer para que puedan brindarle una atención más completa en todos los aspectos a sus hijos. Ya que las madres aunque quieran atenderlos tienen que hacer el quehacer de su hogar, atender al niño, etc., por lo que no les queda tiempo para informarse acerca de lo que es síndrome down, y poder ayudar y apoyar a sus hijos de manera más correcta.

Se puede deducir que al llevar a los niños al Centro de Atención Múltiple de Paracho, éste podrá tener mejoras en su desarrollo intelectual y motriz, ya que cuenta con personal capacitado que puede brindarle una atención completa al niño.

CONCLUSIONES

La familia es el núcleo principal para el niño con síndrome down, por lo que se comprueba que la actitud que tienen hacia él, no es la adecuada, y las madres de familia tratan de cubrir y justificar a sus esposos, por que ellos no les brindan un poco de cariño, atención y comprensión a sus niños, lo que provoca que el niño no tenga un desarrollo intelectual, emocional y físico, además de la tardía integración y socialización del niño con niños de su edad, haciéndolos niños muy inseguros y en ocasiones agresivos, donde la madre se vuelve sobreprotectora, lo que ocasiona conflictos entre la pareja porque la madre se dedica todo el tiempo al cuidado de su hijo dejando de lado al resto de la familia.

El rechazo que reciben los niños con síndrome down, es principalmente por los padres, ya que no aceptan el tener un hijo con necesidades especiales, buscando estar el menor tiempo posible en la casa, y menos dedicarle un poco de tiempo al niño que necesita tanto de amor y cariño de su padre, él cual termina por abandonar la casa.

La sociedad es cruel con estos niños, ya que les hablan por reírse de ellos, lo que hace que los niños reaccionen con agresividad, porque ellos saben cuando se están burlando de ellos o cuando alguien realmente les habla con la verdad. Por lo que buscan acercarse con quienes les brindan un poco de ternura, comprensión y que los aceptan tal como son. Al sentir los niños que son rechazados, buscan la manera de manifestarse y lo hacen en la escuela optando por no trabajar, mantenerse aislado, agresivo con sus compañeros y maestros, mientras que en sus hogares no obedecen a sus padres, tampoco respetan límites ni reglas.

Es importante que el Centro de Atención Múltiple de Paracho, atienda de una manera individual a cada niño y su familia, para brindarles una mejor atención, logrando con ello la integración al grupo escolar en el que se encuentran, logrando con ello un mejor desarrollo de sus capacidades.

Se aprecia también que es dentro de la institución donde los niños reciben una atención más completa, y donde los niños podrán lograr más desarrollo psicomotriz y pueden empezar aprender más rápido todo lo que se les enseña dentro de su salón de clases, dentro del CAM, la atención que reciben es muy buena, percibiéndose un ambiente de tranquilidad y un buen trato de todo el personal que se dedica al cuidado y atención de estos niños. Además de que empiezan a encontrar nuevos amigos los cuales les ayudaran para que mejoren su vida, y donde se sienten también queridos y apreciados por todos sus compañeros lo que a veces no logran sentir en su casa.

Dentro del hogar el niño ocasiona problemas entre los padres, originándose la violencia intrafamiliar, carencia de recursos económicos, estrés. Por otro lado el niño es agresivo, se muestra muy dependiente, muestra indisciplina, etc., pero todo esto se debe al síndrome down que padece.

Por último se concluye que a pesar del buen servicio que brinda el Centro Atención Múltiple, tiene que atender a los demás niños que tienen otros problemas (deficiencia mental, autismo, y jóvenes con síndrome down), no puede atenderlos únicamente a ellos, por lo que optan por formar grupos de acuerdo a sus avances.

Por otro lado se necesita que la institución esté más pendiente de por que dejan de asistir los niños a la institución, e invitar a los padres a que asistan con más frecuencia al centro y que se preocupen más por los niños, en especial se involucre a los padre, ofreciéndoles diferentes platicas que sean en beneficio de la institución, los padres de familia y en especial del niño.

Por lo que se considera que la participación de la familia es fundamental en la educación y desarrollo del niño, motivo por el cual en Centro de Atención Múltiple de Paracho, debe dar constantes conferencias y platicas a los padres de familia para que obtengan el mayor conocimiento posible de las características y forma de ser del niño con Síndrome Down, ya que ese conocimiento pleno hará que sus actitudes hacia sus niños sean las necesarias para obtener optimos resultados en la conducción de su hijo.

PROPUESTA

PROPUESTA

Para poder dar una alternativa de atención a la problemática que se está presentando en el Centro de Atención Múltiple se requiere de un programa integral de trabajo educativo de maestros y padres de familia para lo cual se presentaran los siguientes proyectos:

“ TALLER PARA PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO DE ATENCION MULTIPLE DE PARACHO”

NATURALEZA DEL PROYECTO:

El siguiente proyectó está dirigido a los Padres de Familia del Centro de Atención Múltiple de Paracho, donde se les darán diferentes platicas y por medio de ellas se mejore la atención y cuidados que puedan brindar a los niños con capacidades diferentes y en especial a los niños con Síndrome Down.

JUSTIFICACION.

La falta de información a la sociedad acerca de lo que es el Síndrome Down, y en especial a los padres de familia que tienen un hijo con esta deficiencia se pudo determinar por medio de la investigación, a través de entrevistas informales a los padres de familia, que existe desconocimiento sobre lo que es el síndrome down, por consiguiente los padres no saben el trato que deben brindar al niño, porque ellos requieren de una atención especial, ya que en un primer momento es inevitable el rechazo y frustración que sufren los padres al enterarse que tiene un niño que requiere de cuidados especiales, con el paso de los días la primera en asimilarlo es la madre, que es la que se hace cargo de manera inmediata del niño (a), aunque de igual manera ellas tampoco saben que hacer, como tratarlos, que cuidados brindarle, etc. Es por ello que al enterarse que existe una institución que

atiende a sus hijos muchas de ellas no dudan en llevarlos aunque sus esposos no estén de acuerdo y esto provoque conflicto entre ellos, sobre todo por las características socioculturales de la comunidad, pero lo hacen con la finalidad de poder ayudarlos y que se les proporcione dicha información, pero al llegar a esta no se les brinda la información que ellos requieren ya que se limitan más a brindarles atención a los menores.

Es por ello que se requiere de este taller, y de manera personal invitar principalmente a los padres de familia de hijos con síndrome down, para que reciban la información que ellos necesitan saber, todo a ello a través de diferentes temas a tratar para poder brindarle al niño, y ellos como pareja empezarse a sentir parte de esa persona que los necesita de manera incondicional, para lograr una mejor calidad de vida en los niños y sus padres.

Por lo que se espera una respuesta positiva de ambos padres, porque la mayoría de las veces quien acude siempre es la madre de familia, mientras que el padre ni por enterado se da y las cosas siguen funcionando igual presentándose la misma problemática y dejando al niño en las mismas condiciones.

FINALIDAD DEL PROYECTO.

Con este proyecto se pretende capacitar, orientar y motivar a los padres de familia acerca de todo lo que deben saber, del Síndrome de Down.

Para que al finalizar el proyecto, los padres de familia brinden un trato digno a sus hijos, al igual que ayudarlos en sus estudios, para mejorar la relación con sus hijos, familia, y la sociedad.

OBJETIVO GENERAL:

Generar cambios favorables en la actitud de los padres de familia hacia sus hijos con Síndrome de Down, encaminados a solucionar la problemática que ocasionan los niños en sus hogares.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Detectar factores negativos en los padres de familia que influyan en la manera de tratar a sus hijos con síndrome down, para evitar que se sigan presentando.
2. Modificar la actitud que toman los padres de familia hacia sus hijos con síndrome down.
3. Compartir responsabilidades los padres de familia dentro de la familia para brindar una mejor calidad de vida a sus hijos.

METAS:

Que el 80% de los padres de familia acudan, y participen de manera activa y concluyan el taller, para que todo lo aprendido les ayude de manera positiva a mejorar el trato hacia sus hijos y las relaciones de padres a hijos, de igual manera de conyugue a conyugue.

TIEMPO:

El proyecto se pretende llevar a la practica durante el próximo ciclo escolar, impartiendo un día por semana, durante dos horas. Para poder llevar a cabo una evaluación con los padres de familia de hijos con síndrome down, y valorar si se obtuvieron resultados positivos en la actitud de los padres de familia hacia sus hijos o los contratiempos que se originaron.

Así mismo se pretende que este programa después de su primera aplicación, lo consideren en su plan de trabajo anual de actividades dentro del Centro de Atención Múltiple Paracho, con la finalidad de que se siga llevando a la practica con todas las personas que lo requieran.

PRODUCTO:

Al finalizar el producto, el logro obtenido será que los padres de familia obtengan el mayor conocimiento posible de las características y forma de ser del niño con Síndrome de Down, ya que este conocimiento pleno hará que sus actitudes sean las necesarias para obtener óptimos resultados en la conducción de su hijo.

ESPACIO GEOGRAFICO:

El programa se llevará acabo en el Centro de Atención Múltiple Paracho (CAM), el cual está dirigido a padres de familia de hijos con síndrome down, porque ayudara a conocer y comprender la situación que está viviendo su hijo, así mismo el trato que les deben brindar, para lograr un desarrollo en todos los ámbitos, logrando que en un futuro sean personas independientes y con una mejor calidad de vida.

CARTAS DESCRIPTIVAS

FECHA	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	REC. HUMANOS	REC. MATERIALES	TIEMPO	
20 de agosto	1. COMO SE ORIGINA EL SÍNDROME DOWN.	Analizar con los padres de familia que origina el síndrome down.	a) Visitas domiciliarias para invitar a los padres de familia para que asistan al taller.	Trabajador Social.	Invitación	20 minutos	
			b) Bienvenida a los padres de familia a la primera sesión a cargo de la Directora del C.A.M.	Directora del Centro de Atención Múltiple.			
			c) Inicio del tema.	Psicóloga. Padres de Familia.	Pintarrón de acetatos.		1 hora
			d) Evaluación del tema. Se hará a través de preguntas y respuestas.	Psicóloga Trabajadora social. Padres de Familia.	Cuestionario		10 minutos
27 de agosto			a) Recordatorio del tema expuesto la sesión anterior.	Trabajo Social. Padres de Familia. Psicóloga.	Hojas blancas Pintarrón Marcador	10 minutos	
			b) Continuación del tema.	Psicóloga Padres de Familia. Trabajo social		1 hora	
			c) Evaluación a través de una dinámica entre padres de familia.	Padres de Familia. Trabajo Social.		20 minutos	

03 de septiem bre.	2. QUÉ ENFERMEDADES PADECEN LOS NIÑOS CON SÍNDROME DOWN.	Que los padres de familia conciben y detectan cuando sus hijos no se sientan bien para que acudan inmediatamente a un médico.	a) Inicio de la exposición del nuevo tema. b) Evaluación de la sesión, preguntas al médico sobre dudas que tengan.	Médico. Padres de Familia. Médico. Padres de Familia.	Proyector de acetatos.	de 1 hora 20 minutos
10 de septiem bre.			a) Recordatorio de la sesión anterior. Por medio de preguntas al azar. b) Continuación con la explicación del tema.	Trabajador Social. Médico Padres de Familia.	Hojas de colores. Marcadores. Proyector de acetatos.	de 20 minutos 1 hora

17 de septiem bre	3. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.	Distinguir las características físicas y psicológicas de los niños Down y los niños normales.	<p>a) Inicio del tema.</p> <p>b) Dinámica de evaluación a través de mesas de trabajo.</p>	<p>Directora del C.A.M. Padres de Familia.</p> <p>Directora del C.A.M. Padres de Familia. Trabajo social</p>	<p>Película.</p> <p>Marcadores. Hojas de Rotafolio.</p>	<p>1 hora</p> <p>30 minutos</p>
24 de septiem bre.			<p>a) Continuación del tema.</p> <p>b) Evaluación del tema impartido.</p>	<p>Directora del C.A.M. Padres de familia.</p> <p>Directora del C.A.M. Padres de Familia.</p>	<p>Proyector de acetatos. Acetatos.</p>	<p>1 hora</p> <p>15 minutos</p>
01 de octubre			<p>a) Exposición y termino del tema.</p> <p>b) Reunión con personal del C.A.M. para valorar los avances logrados del taller hasta este momento. Evaluación Inicial.</p>	<p>Directora del C.A.M. Padres de Familia.</p> <p>Personal del C.A.M. Trabajo social</p>	<p>Proyector de acetatos. Acetatos.</p> <p>Libreta de notas. Lapiceros</p>	<p>1 hora</p> <p>30 minutos</p>

08 de octubre	4. PERSONALIDAD DEL CARÁCTER DEL NIÑO CON SÍNDROME DOWN.	Analizar con los padres de familia la actitud que tomas los niños con síndrome down.	a) Exposición del tema. b) Evaluación del tema.	Psicóloga Padres de familia. Trabajo social Padres de familia.	Dispositivos Computadora Pantalla. Cuestionario.	1 hora 20 minutos
15 de octubre			a) Continuación del tema. b) Exposición de equipos de trabajo de padres de familia acerca del tema tratado.	Psicóloga Padres de familia. Padres de familia.	Pintaron Plumones Hojas de rotafoto. Marcadores.	30 minutos 40 minutos

22 de octubre	6. LA FAMILIA Y EL NIÑO CON SÍNDROME DOWN.	Valorar con los padres de familia, la integración de una familia que ayude a mejorar el desarrollo del niño en todos los aspectos.	<p>a) Visitas domiciliarias a los padres de familia para invitarlos a que continúen asistiendo al taller.</p> <p>b) Introducción al tema.</p> <p>c) Evaluación. Se dará a través del análisis de la película.</p>	<p>Trabajador social.</p> <p>Directora del C.A.M.</p> <p>Padres de familia.</p> <p>Padres de familia.</p> <p>Directora del C.A.M.</p> <p>Trabajo social</p>	<p>Diario de campo.</p> <p>Lapicero.</p> <p>Invitaciones.</p> <p>Película.</p> <p>Vídeo cassette.</p> <p>Televisión.</p>	<p>de</p> <p>1 hora y 30 minutos</p> <p>20 minutos</p>
20 de octubre			<p>a) Recordatorio del tema anterior.</p> <p>b) Exposición del tema.</p>	<p>Padres de familia.</p> <p>Trabajo social</p> <p>Directora del C.A.M.</p> <p>Padres de familia.</p>	<p>Hojas de colores.</p> <p>Marcadores.</p> <p>Hojas de rotafolio.</p> <p>Plumones.</p>	<p>de</p> <p>20 minutos</p> <p>de</p> <p>40 minutos</p>
05 de noviembre.			<p>a) Representaciones por parte de los padres de familia acerca del tema tratado.</p> <p>b) Análisis de lo expuesto y conocer los logros obtenidos.</p>	<p>Padres de familia.</p> <p>Trabajo social</p> <p>Padres de familia.</p> <p>Directora del C.A.M.</p> <p>Trabajo social</p>	<p>Hojas de rotafolio.</p> <p>Plumones.</p>	<p>de</p> <p>1 hora</p> <p>de</p> <p>30 minutos</p>

12 de noviembre.	6. EL NIÑO CON SÍNDROME DOWN SU MEDIO SOCIAL Y EDUCATIVO.	Mejorar las relaciones de los niños con personas externas a su familia.	<p>a) Gestionar ante el DIF municipal, apoyo de transporte para un paseo con todos las personas que integran el C.A.M. Y Padres y alumnos de la misma.</p> <p>b) Inicio del tema se hablara sobre su medio social.</p> <p>c) Tema medio educativo.</p>	<p>Trabajadora social.</p> <p>Psicóloga</p> <p>Padres de familia.</p> <p>Directora del C.A.M.</p> <p>Padres de familia.</p>	<p>Solicitud.</p> <p>Cartulinas</p> <p>Marcador</p> <p>Proyector de acetatos.</p> <p>Acetatos.</p>	<p></p> <p>30 minutos</p> <p>de 30 minutos</p>
19 de noviembre.			<p>a) Paseo a un centro recreativo fuera del municipio, con niños y padres del C.A.M. Al igual qué todo el personal que labora en el mismo.</p> <p>b) Evaluación a los padres de familia por medio de preguntas acerca de que les pareció el paseo.</p> <p>c) Reunión del equipo de trabajo para evaluar el trabajo realizado.</p>	<p>Padres de familia.</p> <p>Personal del C.A.M.</p> <p>Alumnos del C.A.M.</p> <p>Trabajo social.</p> <p>Trabajo social</p> <p>Personal del C.A.M.</p> <p>Trabajo social</p>	<p>Autobús.</p> <p>Libreta</p> <p>Lapicero</p>	<p>Todo el día</p> <p>30 minutos</p> <p>30 minutos</p>

<p>26 noviem bre</p>	<p>7. IMPORTANCIA DE LLEVAR AL NIÑO A UNA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL.</p>	<p>Comparar los logros y avances que tienen sus hijos al asistir a una escuela de educación especial y aquellos que no acuden a una.</p>	<p>a) Visita domiciliaria a los padres de familia, a una visita guiada en el Centro de Atención Múltiple. b) Exposición del tema. c) Evaluación del mismo.</p>	<p>Trabajo social. Padres de familia. Directora del C.A.M. Directora del C.A.M. Padres de familia. Trabajo social</p>	<p>Invitaciones Libreta Lapicero Memora Fotografías Realistol Hojas de colores</p>	
<p>03 de diciemb re.</p>			<p>a) Visita guiada en las instalaciones del C.A.M. b) Mesa de trabajo con los padres de familia para que analicen lo que vieron durante el recorrido en el C.A.M.</p>	<p>Directora del C.A.M. Padres de familia. Trabajo social Padres de familia. Directora del C.A.M.</p>	<p>Hojas de rotafolio. Marcadores.</p>	

10 diciemb re.	8. INSTITUCIONES QUE BRINDAN ATENCIÓN A PADRES E HIJOS CON SÍNDROME DOWN.	Informar a los padres de familia a donde pueden acudir a que les den atención a sus hijos.	a) Detectar instituciones que puedan brindar atención a las familias y a sus hijos con síndrome down. b) Realizar un directorio telefónico para los padres de familia. c) Invitar a instituciones que puedan compartir su forma de trabajo a los padres de familia. d) Exposición del tema. e) Entrega del directorio de instituciones a los padres de familia.	Trabajo social Trabajo social Personas que vayan de las instituciones. Trabajo social	Hojas blancas Engargolado Material que ellos requieran.	1 hora 20 minutos
17 de diciemb re.	EVALUACIÓN	Determinar el grado de aceptación que tuvo el taller y los logros obtenidos en el mismo.	a) Recordatorio general de los temas tratados. A través de Preguntas y respuestas. b) Exposición de los padres de familia acerca de que les pareció el taller y los logros obtenidos del mismo.	Todo el equipo de trabajo del C.A.M. Padres de familia. Padres de familia.	Hojas de rotafolio. Marcadores. Hojas de rotafolio. Marcadores.	1 hora 1 hora.

MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR:

El método a utilizar en este proyecto será el participativo, porque se trabajara con los padres de familia de niños con síndrome down.

TECNICAS:

- Observación
- Visitas domiciliarias Exposición
- Reuniones
- Evaluaciones

INSTRUMENTOS:

- Diario de campo
- Cuestionarios
- Libreta de notas
- Informes.

DETERMINACION DE LOS RECURSOS NECESARIOS:

Para lograr la ejecución del proyecto " Taller para Padres de Familia", se requiere de una serie de recursos tales como:

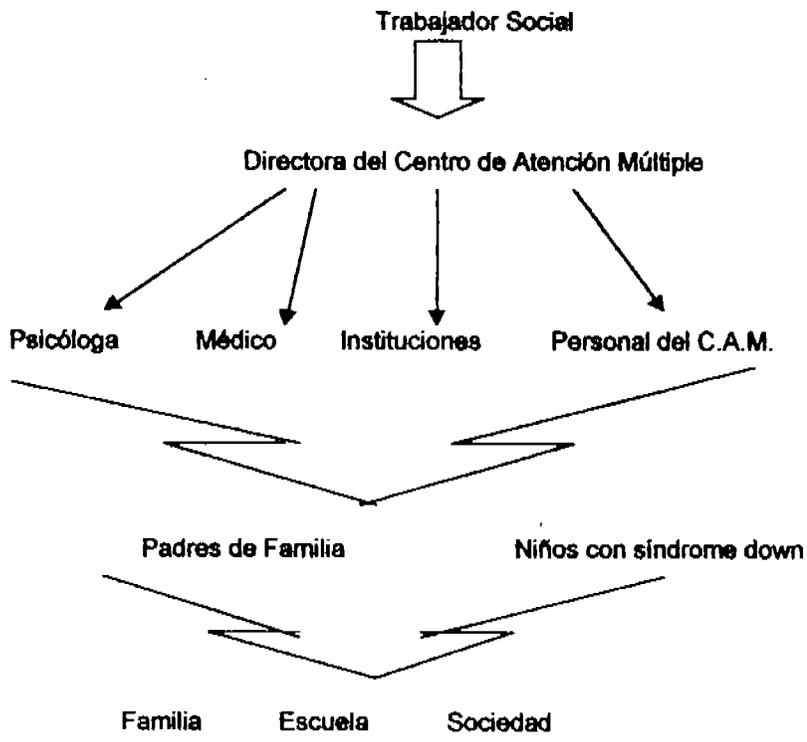
Recursos Humanos:

- Psicólogo, el cual impartirá algunos temas a los padres de familia.
- Directora del C.A.M., quien además de apoyar en las actividades que se realicen también participara en la impartición de algunos temas.
- Médico, que dará los temas referentes a lo médico.
- Padres de familia a quienes se les impartirán los temas.
- Niños con Síndrome down, con quienes se trabajará en algunas ocasiones.
- Trabajador social, quien se encargará de la organización y desarrollo del taller.
- Profesores del C.A.M. quienes participaran en algunas actividades.

Recursos Materiales:

- Proyector de acetatos.
- Computadora
- Mampara
- Sillas
- Mesas
- Pantalla
- Hojas de Rotafolio
- Marcadores
- Hojas de colores
- Cinta mastín
- Películas

ADMINISTRACION DEL PROYECTO



INDICADORES DE EVALUACION DEL PROYECTO:

De acuerdo al proyecto impartido, los indicadores a evaluar son:

- Asistencia de ambos padres a las sesiones impartidas durante el taller.
- Participación de todos y cada uno de los padres de familia.
- Participación del personal del Centro de Atención Múltiple, durante el desarrollo del taller.
- Aprendizaje obtenido por parte de los padres de familia durante el taller.
- Visitas domiciliarias a los padres de familia, para verificar si se esta llevando a la practica lo aprendido.

FACTORES EXTERNOS CONDICIONANTES O PRE-REQUISITOS PARA EL LOGRO DE LOS EFECTOS E IMPACTO DEL PROYECTO.

Para poder lograr el impacto esperado en los padres de familia, se hará una difusión más amplia del taller, primero con los padres de familia de los demás niños del C.A.M que tienen otros problemas y posteriormente fuera de la institución para que las personas que tienen niños con problemas y aun no acuden a esta institución a que sus hijos reciban la atención que requieren lo hagan y tengan más información de lo que es el síndrome down.

Y se logre con esto abarcar más a la población para mejorar las relaciones de pareja y en especial de la atención, aceptación y cuidados que tendrán los padres de familia para con sus hijos, para hacerlos más independientes y en un futuro sean personas independientes y preparadas que logren ocupar un puesto laboral y sean aceptados por la sociedad.

PROYECTO II.

" Capacitación Integral al Personal del Centro de Atención Múltiple de Paracho, Michoacán, para mejorar la calidad de atención hacia los Niños con Síndrome Down, además de lograr la senollización de los padres de familia"

NATURALEZA DEL PROYECTO:

El presente proyecto esta dirigido al personal del Centro de Atención Múltiple de Paracho, por medio del cual se dará una capacitación integral para la atención y cuidados que debe darse a los niños con síndrome down.

JUSTIFICACION:

La escuela al igual que la familia tiene una gran responsabilidad de proporcionar las habilidades y herramientas necesarias para la vida futura de los niños con síndrome down, y estos lleguen a ser ciudadanos autónomos y utulies a la comunidad, aunque en ocasiones esto resulta difícil por la carencia de un proceso escolar adecuado.

Por lo que los niños con síndrome down, deben recibir una estimulación temprana, lo cual ayudara al desarrollo de habilidades que de no ser así, seria muy difícil lograrlo. Para todo ello es necesario que el personal del Centro de Atención Múltiple de Paracho, que trabaja directamente con estos niños, realmente cuenten con la preparación que ellos requieren, ya que en ocasiones son atendidos por profesores que no tienen conocimiento del trato y la atención que deben brindar a estos niños. Por lo que se requiere que el personal del C.A.M., estén actualizados en los avances que se van dando en lo que es la Educación Especial, para estar acordes a las necesidades de la institución y a las necesidades que van requiriendo los alumnos.

La medicina en la actualidad se ve imposibilitada a brindarle una atención eficaz a sus limitaciones, por que estos niños requieren de otras atenciones, y aunque en un principio no los querían atender por que eran deficientes mentales profundos, pero con el tiempo los han ido aceptando y abriendo instituciones acordes a las necesidades que ellos tienen, esperando que en un futuro no muy lejano puedan ser aceptados en escuelas regulares y puedan convivir con niños que no tienen problemas, para que con ello se sientan más aceptados y motivados a llevar una vida normal, esto con la ayuda, comprensión y dedicación de los profesores que los atienden.

Por que en la escuela se utilizan métodos y procedimientos especiales para lograr el máximo desarrollo del niño down, en lo que respecta al lenguaje, psicomotricidad afectiva y social, por lo que se requiere dentro de la institución una organización adecuada, donde se cuente con personal capacitado en una área en específico para lograr el desarrollo integral del niño.

FINALIDAD DEL PROYECTO:

El siguiente proyecto tiene la finalidad de brindar una capacitación integral al personal que labora en el Centro de Atención Múltiple de Paracho, para que la atención que den a los niños con síndrome down, sea más eficiente logrando con ello el desarrollo de capacidades y habilidades del mismo.

OBJETIVO GENERAL:

Lograr sensibilizar al personal que labora en el centro de Atención Múltiple, en cuanto a la atención que se brinda a los alumnos con síndrome down, todo ello para mejorar la calidad educativa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Individualizar el aprendizaje al tomar en cuenta aptitudes y posibilidades de los alumnos.
2. Flexibilizar individualmente, el tiempo de capacitación siguiendo el ritmo de aprendizaje del alumno.
3. Vincular, a través de la práctica afectiva, lo social con lo educativo, enfrentando al alumno a situaciones de experiencia vital para su vida futura.
4. Proporcionar que el alumno obtenga los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para su desenvolvimiento en la sociedad.

METAS:

Qué al finalizar el taller, el aprendizaje y sensibilización que se haya dado en el personal que labora en el Centro de Atención Múltiple, sea en un 80%, para poder entender y comprender la atención que deben recibir los alumnos con síndrome down.

TIEMPO:

El proyecto se pretende poner en marcha en el mes de agosto de este año, impartiendo los días viernes, durante el tiempo que se requiera en cada sesión que se les imparta. Así mismo hacer una evaluación con los padres de familia, alumnos y principalmente con el personal del Centro de Atención Múltiple para ver los logros obtenidos así mismo valorar los contratiempos que se presentaron en el transcurso del taller.

PRODUCTO:

Al finalizar el proyecto el logro obtenido será que el personal del C.A.M., vea la diferencia de la atención que se brindaba al inicio del taller a los niños con síndrome down, y la que se ha venido dando a través de la asistencia al taller, donde los cambios se den principalmente en los alumnos para que logren una integración completa en su vida familiar, social y educativa, además de la formación dentro de la escuela de un equipo interdisciplinario para atender de manera más eficaz las necesidades de sus alumnos, logrando con ello una relación más estrecha de maestro-alumno.

ESPACIO GEOGRAFICO:

El proyecto se llevará a cabo en el Centro de Atención Múltiple de Paracho (C.A.M.), el cual está dirigido a personal que labora en el mismo, el cual les ayudara a brindar una atención integral a sus alumnos para que se vea reflejado en su vida futura, formando personas más independientes y seguras de enfrentar a la sociedad en que vivimos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHAS	AGOSTO					SEP.				OCTUBRE				NOV.				DIC.									
	02	05	12	19	26	02	09	16	23	30	07	14	21	28	04	11	18	25	02	09	16	23					
ACTIVIDADES																											
Presentación del proyecto a la directora del Centro de Atención Múltiple.	X																										
Presentación del proyecto al personal que labora en el Centro de Atención Múltiple.	X																										
Inicio de los temas: 1. Relaciones Humanas.		X	X	X																							
2. Importancia de contar con un equipo interdisciplinario.					X	X																					
3. Delimitación de funciones al personal del Centro de Atención Múltiple de Paracho.						X	X																				
4. Atención individualizada a los alumnos con síndrome down.									X	X	X																
5. Separación de los alumnos por edad y por el tipo de necesidad especial que requieren.													X	X													
6. Detección de problemas que afectan el desarrollo del niño con síndrome down.															X	X											
7. Seguimiento de caso de los niños con síndrome down.																X	X	X									
8. Implementación de nuevas actividades educativas en el Centro de Atención Múltiple de Paracho.																						X	X				
9. Evaluación final.																											X

CARTAS DESCRIPTIVAS

FECHA	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	REC. HUMANOS	REC. MATERIALES	TIEMPO
06 de agosto	1. RELACIONES HUMANAS.	Mejorar las relaciones entre el personal del Centro de Atención Múltiple para poder dar un trato mejor a sus alumnos.	a) Inicio del taller con la presentación del expositor.	Trabajo Social Directora del C.A.M. Psicólogo Personal del C.A.M.	Proyector de acetatos.	20 minutos
			b) Inicio del tema.	Psicólogo Personal del C.A.M.		1 hora
			c) Evaluación del tema. Se hará a través de preguntas y respuestas.	Psicólogo. Personal del C.A.M. Trabajo social.		30 minutos
12 agosto			a) Recordatorio del tema expuesto en la sesión anterior.	Trabajo Social. Personal del C.A.M. Psicólogo.	Película	20 minutos
			b) Continuación del tema.	Psicólogo. Personal del C.A.M.		1 hora
			c) Evaluación a través de una dinámica entre personal del C.A.M.	Trabajo Social. Personal del C.A.M.		40 minutos
27 de agosto			a) Continuación del tema.	Psicólogo Personal del C.A.M.		

26 de agosto	2.IMPORTANCIA DE CONTAR CON UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.	Cumplir de manera integral y eficaz el proceso de desarrollo de los niños con síndrome down.	a) Inicio de la exposición del nuevo tema. b) Evaluación de la sesión, por medio de mesas de trabajo.	Lic. en Trabajo Social. Personal del C.A.M. Lic. en Trabajo Social Trabajo social Personal del C.A.M.	Diapositivas	1 hora 40 minutos
02 de septiembre.			a) Recordatorio de la sesión anterior. Por medio de preguntas al azar. b) Continuación con la explicación del tema. A través de equipos de trabajo.	Trabajo Social. Personal del C.A.M. Lic. en Trabajo Social. Personal del C.A.M. Trabajo social	Hojas de colores. Marcadores. Hojas de Rotafolio. Marcadores	30 minutos 1 hora y 30 minutos

09 de septiem bre	3. DELIMITACION DE FUNCIONES AL PERSONAL DEL CENTRO DE ATENCION MULTIPLE DE PARACHO.	Definir funciones acorde a su perfil del personal del Centro de Atención Múltiple para obtener mejores resultados en el desarrollo del niño con síndrome down.	a) Inicio del tema.	Lic. en Trabajo Social. Personal del C.A.M.	Pintarron. Marcadores.	2 horas
23 de septiem bre.			a) Continuación del tema. b) Evaluación del tema tratado, a través de casos prácticos.	Lic. en Trabajo Social. Personal del C.A.M. Lic. en Trabajo Social. Personal del C.A.M. Trabajo Social	Proyector de acetatos. Acetatos. Hojas de rotafolio. Marcadores.	1 hora 1 hora

30 de septiem bre	4. ATENCION INDIVIDUALI- ZADA DE LOS ALUMINOS CON SINDROME DOWN.	Analizar el desarrollo que se da en los niños cuando reciben una atención individual y cuando lo reciben en grupo.	a) Exposición del tema. Porque es mejor una atención individualizada. b) Evaluación del tema. A través de preguntas o dudas que se hayan presentado durante la sesión.	Psicóloga Personal del C.A.M. Trabajo social Personal del C.A.M. Psicóloga	Dispositivas del Computadora Pantalla. Questionario.	1 hora 30 minutos
07 de octubre			a) Continuación del tema. b) Exposición del tema presentado por personal del C.A.M.	Psicóloga Personal del C.A.M. Personal del C.A.M.	Pintaron Plumones Hojas de rotafolio. Marcadores.	1 hora 40 minutos
14 de octubre			a) Poner en practica lo aprendido, trabajando con los niños del Centro de Atención Múltiple de Paracho.	Psicóloga Personal del C.A.M. Alumnos de la Institución.	Hojas blancas Colores Marcadores	2 horas

21 de octubre	5. ¿POR QUE ES NECESARIO QUE SE SEPARE A LOS NIÑOS POR EDADES Y DE ACUERDO A SU PROBLEMA QUE PRESENTAN?	Proponer la separación de nuevos grupos de acuerdo a lo que requiere cada alumno.	a) Inicio del tema. b) Evaluación del tema. A través de una mesa redonda por todos los participantes en el taller.	Psicóloga. Personal del C.A.M. Psicóloga Trabajo social.	Proyector de acetatos.	1 hora 1 hora
28 de octubre			a) Continuación del tema. A través de un documental realizado en otra institución de educación especial que esta llevando acabo este proceso. b) Debate del documental entre el personal que labora en el C.A.M.	Psicóloga Personal del C.A.M. Trabajo social. Personal del C.A.M. Psicóloga. Trabajo Social.	Película. Video casetera. Televisión Pintaron Marcadores	1 hora 1 hora

04 de noviem bre.	6. DETECCIÓN DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES, SOCIALES Y ESCOLARES QUE AFECTAN AL NIÑO CON SÍNDROME DOWN.	Distinguir cuando están presentand o los niños problemas fuertes que afectan su desarrollo, lo cual provoca deserrolón escolar y poder prevenir estos problemas.	a) Inicio del tema se hablara sobre problemas Escolares. b) Revisión de questionario para detectar posibles problemas.	Psicóloga Personal que labora en el C.A.M. Trabajo Social. Personal del C.A.M. Padres de familia.	Rotafolio. Hojas de Rotafolio. Proyector de acetatos. Acetatos.	1 hora de 30 minutos
11 de noviem bre.			a) Continuación del tema. Problemas Familiares y Sociales. b) Análisis de la película. Por el Personal del C.A.M.	Psicóloga Personal del C.A.M.	Película Vídeo- casetera. Televisión.	1 hora y 30 minutos

18 de noviembre	7.SEGUIMIENTO DE CASO DE LOS NIÑOS CON SINDROME DOWN.	Valorar el proceso de desarrollo que se va dando en el niño durante su proceso escolar..	a) Inicio del tema. b) Evaluación del tema.	Lic. en Trabajo social. Personal del C.A.M. Lic. en Trabajo social. Trabajo social.	Proyector de acetato.	1 hora 30 minutos
25 de Noviembre			a) Continuación del tema.	Lic. en Trabajo Social. Personal del C.A.M.	Pintaron. Marcadores.	1 hora
			b) Mesas de trabajo. Por el personal del C.A.M.	Lic. en Trabajo Social. Personal del C.A.M. Trabajo social.	Hojas de rotafolio. Marcadores.	1 hora
02 de diciembre			a) Terminó del tema tratado. Llenado de diferentes instrumentos para lograr un buen seguimiento. b) Evaluación del tema. A través de aclaración de dudas.	Lic. en Trabajo Social. Personal del C.A.M. Trabajo Social. Personal del C.A.M. Lic. en Trabajo Social.	Cuestionarios Lapiceros.	1 hora

09 de diciembre.	B. IMPLEMENTACION DE TALLERES EN EL CENTRO DE ATENCION MULTIPLE.	Mejorar el desarrollo y habilidades del niño a través de sus diferentes talleres.	a) Dar a conocer al personal del C.A.M., los diferentes talleres que se pueden implementar.	Lic. en Trabajo Social. Personal que labora en el C.A.M.	Proyector de acetato.	2 horas
18 de diciembre.			a) Continuación del tema. b) Evaluación del tema. Equipos de trabajo del personal del C.A.M. Para valorar el contar con nuevos talleres.	Lic. en Trabajo Social. Personal que labora en el C.A.M. Lic. en Trabajo Social. Personal que labora en el C.A.M. Trabajo Social.	Proyector de acetatos. Hojas de rotafolio. Marcadores. Cinta Mastin.	1 hora
23 de diciembre.	EVALUACIÓN FINAL DEL TALLER IMPARTIDO.	Determinar el grado de aceptación que tuvo el taller y los beneficios que se obtuvieron para la institución.	a) Recordatorio general de los temas tratados. A través de Preguntas y respuestas. b) Acuerdos que se lograron a través del taller los cuales beneficiaran a la Escuela de Educación Especial.	Todo el equipo de trabajo del C.A.M. Trabajo Social.	Hojas de rotafolio. Marcadores. Hojas de rotafolio. Marcadores.	1 hora 1 hora.

MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR

El método a utilizar será el participativo, ya que todo el taller se pretende que sea más práctico que teórico y sé de la participación del personal del Centro de Atención Múltiple que lo va ha recibir.

TECNICAS:

- Observación
- Reuniones
- Exposiciones
- Evaluaciones

INSTRUMENTOS.

- Diario de Campo
- Cuaderno
- Cuestionarios
- Informes

DETERMINACION DE LOS RECURSOS NECESARIOS

Para llevar a cabo el proyecto "Una Educación de Calidad a los alumnos con Síndrome Down, depende de la Sensibilización y Capacitación del Personal del Centro de Atención Múltiple de Paracho, Michoacán", se requerirá de diferentes recursos como los que a continuación se mencionan:

HUMANOS:

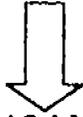
- Personal del Centro de atención múltiple que son quien tendrán la capacitación.
- Trabajo Social, quien se encargara de buscar y gestionar quien serán las personas que darán la capacitación. Además de la organización del taller cada viernes que se den las sesiones.
- Expositores, encargados de capacitar al personal que labora en el C.A.M.

MATERIALES:

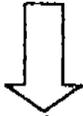
- Un salón
- Sillas
- Mesas
- Videocasetera
- Televisión
- Proyector de Acetatos
- Pintarrón
- Plumones
- Libretas
- Lapiceros
- Hojas de Rotafolio
- Marcadores
- Cinta mastín
- Películas

ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO.

Trabajo Social



Directora del C.A.M. de Paracho.



Expositores

Profesores del C.A.M.

Psicóloga

Conserje

Alumnos del C.A.M. Paracho.

Escuela

Familia

sociedad

INDICADORES DE EVALUACION DEL PROYECTO:

De acuerdo al proyecto los indicadores a evaluar son:

1. Mejoras en la actitud, aptitud y desarrollo de los niños con síndrome down.
2. Asistencia del personal del Centro de Atención Múltiple al taller que se les esta impartiendo.
3. Valorar si el personal que labora en el C.A.M., cumple con el perfil requerido para ocupar un puesto en el mismo.
4. Asistencia del personal a la institucion.
5. Trato que dan a los alumnos.
6. La comunicación y relación con los padres de familia.
7. Actitud del personal del C.A.M., al término del taller.

FACTORES EXTERNOS CONDICIONANTES O PRE-REQUISITOS PARA EL LOGRO DE LOS EFECTOS E IMPACTO DEL PROYECTO.

Para poder lograr el impacto esperado en el personal del Centro de Atención Múltiple de Paracho, en un primer momento que se trabaje nada más con los alumnos que tienen síndrome down, basándose en los resultados obtenidos se extienda en todo el centro, para que se vean resultados favorables dentro de la institución y estos se reflejen fuera de la misma en los cambios que se den en los alumnos que asisten a la misma.

Ya que de haber un cambio este se proyectara de manera inmediata, porque se estará trabajando de manera integral, escuela, familia y alumnos que necesitan de una atención mejorada para que se vean resultados positivos en su desarrollo dentro y fuera de la institución.

Por qué de momento no se vea un cambio en toda la institución ya que nada más se trabajara con una parte de esta, pero dependiendo de la disponibilidad que se tenga con el personal del C.A.M., se espera se siga llevando mínimo cada año, y se abarque a toda la población de estudiantes.

ANEXOS

- f) Buena atención ()
- g) Busca contacto con otras personas ()
- h) No tiene comunicación con sus compañeros. ()

7. -¿CÓMO SE COMPORTA EL NIÑO DENTRO DE LA ESCUELA?

- a) Normal ()
- b) Pasivo ()
- c) Agresivo ()

8. -¿ACTITUD DEL NIÑO HACIA LA PERSONA QUE LO LLEVA?

- a) Rechazo ()
- b) Indiferencia ()
- c) Dependencia ()
- d) Afectivo ()

9. - DESARROLLO DE CAPACIDADES MOTRICES.

- a) Corre ()
- b) Brinca ()
- c) Adecuado uso del lápiz ()
- d) Utilización de espacios ()
- e) Uso del cuerpo ()

10. -¿ CÓMO ES LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES DENTRO DE LA ESCUELA?

- a) Buena ()
- b) Regular ()
- c) Mala ()

11. -¿ACTITUD DE LOS PADRES HACIA LOS NIÑOS?

- a) Baja tolerancia por parte del p.f. ()
- b) Independencia ()
- c) Interés hacia el niño ()

12. -¿PARTICIPA EL PADRE DE FAMILIA EN EVENTOS SOCIO-CULTURALES QUE SE REALIZAN DENTRO DE LA INSTITUCIÓN.

- a) Si ()
- b) No ()

13. -¿ SE PREOCUPAN LOS PADRES DE FAMILIA POR LOS AVANCES QUE SE VA ALCANZANDO EL NIÑO DENTRO DE LA ESCUELA?

- a) Si ()
 - b) No ()
- Como lo demuestra _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

CUESTIONARIO PARA PADRES DE FAMILIA.

FECHA _____
SEXO _____
NOMBRE _____
EDAD _____
FECHA DE NACIMIENTO _____
TELEFONO _____
DOMICILIO _____

ORGANIZACIÓN FAMILIAR.

1. ESTRUCTURA DE PAREJA.

- | | |
|----------------------|------------------------|
| a) Casado () | e) Unión libre () |
| b) Divorciados () | f) Viudo (a) () |
| c) Separados () | g) Ambos separados () |
| d) Madre soltera () | |

2.- CON QUIEN VIVE EL NIÑO. _____

3.- ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| a) Deficiencia mental () | d) Alcoholismo () |
| b) Trastornos mentales () | e) Sífilis () |
| c) Síndrome Down () | |

ANTECEDENTES PERSONALES.

4.- EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO.

- a) No. embarazo de la madre _____ abortos _____
b) Causa de los abortos _____
c) Embarazo deseado sí () no () Gesta No. _____
d) Edad de la madre al embarazarse _____
e) Actitud de la madre ante el embarazo _____

5.-PADECIÓ LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO.

- a) Náuseas () d) Streas ()
b) Amenaza de aborto () e) Gripe ()
c) Mareos ()

6.- SUFRIÓ LA MADRE:

- a) Accidentes () b) Traumatismo () c) Radiaciones ()

7.-¿ SE LE ADMINISTRO ALGÚN MEDICAMENTO DURANTE EL EMBARAZO?

- a) sí () b) no () ¿cuál? _____

8.- PARTO.

- a) Prematuro () b) Terminó ()

9.- LUGAR DEL PARTO.

- a) casa () b) sanatorio () c) otro ()
¿cuál? _____

10.- ATENDIDO POR:

- a) Doctor () b) Comadrona () c) Otros () ¿cuál? _____

11.- TIPO DE PARTO.

- a) Normal () b) Cesárea ()

12.-COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO.

- a) Sufrimiento fetal () b) () Cordón umbilical ()
otro _____

13.-REQUIRIÓ:

- a) Oxígeno () b) Incubadora ()
Tiempo _____

14. a) Peso _____ b) Talla _____

15.- PRESENTO:

- a) Ictericia () c) Cicatrices ()
b) Hipoxia () d) Deformaciones ()

16.- SE DIO LECHE MATERNA AL NIÑO?

- a) Sí () b) No _____
porque _____

MOTRICIDAD Y LENGUAJE.

17.- A QUE EDAD REALIZO LAS SIGUIENTES ACCIONES?

- a) Sentarse _____ c) Gatear _____
b) Caminar solo _____ d) Pararse _____

18.- ¿ COMO HABLA SU NIÑO ACTUALMENTE?

- a) Bien () b) Poco () c) Nada ()

19.- CONTROL DE ESFÍNTERES:

- a) Diurno () b) Nocturno ()

31.-¿ A QUE SE DEDICA SU NIÑO EN SU TIEMPO LIBRE?

- a) Ve televisión ()
- b) Juegos de aprendizaje ()
- c) Marcada dependencia hacia los padres ()

32.-¿ DE QUE MANERA LE LLAMA LA ATENCIÓN?

- a) Regaños ()
- b) Castigos ()
- c) Golpes ()

33.-¿ CÓMO MOTIVA USTED UNA CONDUCTA POSITIVA EN EL NIÑO?

- a) Dándole un regalo ()
- b) Levándolo a pasear ()
- c) Mostrándole afecto ()
- d) Nada ()

34.-¿ CON QUE FRECUENCIA LLEVA AL NIÑO A LUGARES RECREATIVOS?

- a) Una vez a la semana ()
- b) Mas de una vez a la semana ()
- c) Nunca ()

35.-¿ CON QUE OTROS FAMILIARES CONVIVE EL NIÑO?

- a) Abuelos ()
- b) Tíos ()
- c) Primos ()
- d) Otros () ¿ cuales? _____

36.-¿ CÓMO SE DIO LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS BÁSICOS?

- a) Fue difícil pero ya lo logro. ()
- b) Aun esta en proceso. ()
- c) Aun no los tiene. ()

AMBIENTE ESCOLAR.

37.-¿ CÓMO FUE SU ADAPTACIÓN A LA ESCUELA?

- a) Bueno ()
- b) Regular ()
- c) Difícil ()

38.-¿ EL NIÑO CUMPLE CON SUS TAREAS ESCOLARES?

- a) Si ()
- b) No ()
- Porque _____

39.-¿ QUIÉN LE AYUDA HACER LAS TAREAS AL NIÑO?

- a) Padre ()
- b) Madre ()
- c) Hermanos ()
- d) Otros ()

PARACHO, MICH. A _____ DE _____ DE _____

ANEXO 3

OPERACIONALIZACION DE LAS HIPÓTESIS

