

315623

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA EDUCACION

1
2ej

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



UN ANALISIS DE LA RELACION DE APEGO EN EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PEDAGOGIA

PRESENTA:
LUZ MARIA DE LA CONCEPCION CONTRERAS LOZA

MEXICO, D. F. 1990

ASESOR DE TESIS:
LIC. EDUARDO LARA DE SANTIAGO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION	1
* CAPITULO 1	3
1.1. Generalidades sobre la Naturaleza del Mongolismo.....	3
1.2 La Trisomia 21 y el Síndrome de Down	5
* CAPITULO 2	16
La Relación de Apego con el niño normal.....	16
2.1 Conductas de la Madre.....	16
2.2 Conductas del Niño.....	21
* CAPITULO 3.....	29
La Relación de apego en el niño con Síndrome de Down.....	29
3.1 Conductas de la Madre.....	29
3.2 Conductas del Niño.....	35
3.3 La Importancia del Apego en el niño con Síndrome de Down	46
* CAPITULO 4	57
Metodología.....	57
4.1 Muestra.....	60
4.2 Aparatos e Instrumentos.....	61
4.2.2 Cámara de Gesell.....	67
4.3 Procedimiento.....	68
4.4 Prueba Estadística.....	72
* CAPITULO 5.....	73
Resultados.....	73
* CAPITULO 6.....	78
Discusión y Conclusiones.....	78
Anexo 1	87
Anexo 2	89
GLOSARIO DE TERMINOS.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	94

INTRODUCCION .

HACE MAS DE UN SIGLO QUE EL MEDICO INGLÉS JOHN LANGDON DOWN DESCUBRIÓ UNA NUEVA ENTIDAD CLÍNICA, A LA QUE POR SUS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS LLAMO " MONGOLISMO ", TERMINO ANTIGUO QUE HA IDO DESAPARECIENDO, POR CONSIDERARSE INADECUADO Y DESPOTICO PARA LA RAZA ORIENTAL, TANTO POR SU PARECIDO COMO POR SU FALTA DE NEXO CON ELLA.

FUE HASTA 1959 CUANDO LOS DOCTORES LEJUNE, TURPIN Y GOUTIER ESTABLECIERON ESTE DISFORMISMO GENETICO QUEVA SIEMPRE ASOCIADO A UNA DEFICIENCIA MENTAL DE GRADO VARIABLE Y COMO CAUSANTE INMEDIATO A ESTO, SABEMOS QUE ES UN ACCIDENTE CROMOSOMICO NOTORIO EN EL MOMENTO DE NACER, CAUSADO POR LA PRESENCIA DE UN CROMOSOMA EXTRA EN EL PAR NUMERO 21 (TRISOMIA 21).

LOS CROMOSOMAS SON PARTICULAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL NUCLEO DE LAS CELULAS, LAS CUALES CONTIENEN GENES. LOS CROMOSOMAS PARA FINES DE IDENTIFICACION, SE AGRUPAN EN PARES, HAY UN TOTAL DE 46 AL MOMENTO DE LA GESTACION, UNO DE CADA PAR ES APORTADO POR LOS PADRES O SEA 23 DE LA MADRE Y 23 DEL PADRE.

EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO Y POR MEDIO DE UN ESTUDIO CROMOSOMATICO O CAREOTIPO PODEMOS DETERMINAR SI SON CORRECTOS EN NUMERO Y ACOMODO. EN EL CASO DEL SINDROME DE DOWN APARECEN 47 CROMOSOMAS, HE AQUI LA TRISOMIA 21, LA CAUSA ES DESCONOCIDA Y NO EXISTE CURA HASTA EL MOMENTO, ESTA ALTERACION CROMOSOMATICA PUEDE SURGIR TANTO DEL PADRE COMO DE LA MADRE.

MAS
MAS TARDE EN 1961, SE ENCONTRO LA FORMACION DE UNA -

TRASLOCACION (UNA CLASIFICACION DIFERENTE DE SINDROME DE DOWN) OCURRIDA EN UN CROMOSOMA DEL PAR 14 CON UNO DEL PAR 21, PUEDE OCURRIR LA TRASLOCACION TAMBIEN EN LOS PARES 15-21 O 15-22.

EXISTEN OTRAS ANOMALIAS COMO EL MOSAICISMO.

ESTE ACCIDENTE GENETICO NO RESPETA EDADES, PAREJAS - JOVENES (20 a 30 AÑOS), INTERMEDIOS (30 a 40) O EDADES AVANZADAS.

PUEDE PRESENTARSE EN OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA, LAS ESTADISTICAS APROXIMADAMENTE SON DE UN CASO POR CADA 700 NACIMIENTOS, Y EL RIESGO ES VARIABLE.

LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN NO SON ENFERMOS MENTALES, TIENEN UNA DEFICIENCIA, AFECCIONES, SON DE LENTO DESARROLLO FISICO Y PRESENTAN VARIOS TIPOS DE DESORDENES ORGANICOS, POR TODO ESTO REQUIEREN DE UN -- PROGRAMA COMPLETO DE REHABILITACION.

A P E G O :

AFICION O INCLINACION PARTICULAR; CARIÑO, AMOR O PASION.

CARIÑO EN LA FAMILIA, APEGARSE A ALGO O A ALGUIEN, - CON ENTREGA Y AMOR.

C A P I T U L O 1

1.1 GENERALIDADES SOBRE LA NATURALEZA DEL MONGOLISMO.

A PARTIR DE LA PRIMERA DESCRIPCION DEL MONGOLISMO POR LANGDON DOWN, EN EL AÑO DE 1866, TANTO LOS MEDICOS - COMO LOS PADRES DE ESTOS NIÑOS SE HAN HECHO CONSIDERACIONES SOBRE COMO PUEDE APARECER ESTE ESTADO TAN - EXTRAÑO Y AL MISMO TIEMPO NETAMENTE DELIMITADO.

EN EL AÑO 1932, EL OFTALMOLOGO Y GENETICO WAARDENBURG DIO A CONOCER LA SOSPECHA DE QUE LA ALTERACION RESIDIA EN EL REPARTO CROMOSOMICO.

SOLO DESPUES DE MAS DE 30 AÑOS, LOS ADELANTOS TECNICOS PERMITIERON LA DEMOSTRACION DE ESTAS TEORIAS, QUE FUERON EXPUESTAS DE NUEVO Y ACEPTADAS DEFINITIVAMENTE COMO CIERTAS.

SI NOS PREGUNTAMOS CUALES SON LAS CAUSAS Y CUAL FUE EL PRIMER FACTOR RESPONSABLE DE ESTE FATAL DESARROLLO, ESTAMOS HABLANDO DE LA ETIOLOGIA DEL SINDROME - DE DOWN Y ESTA ES, DESGRACIADAMENTE, UNA DE LAS PREGUNTAS QUE PERMANECEN AUN INACLARADAS.

ASI, EN EL AÑO DE 1960, WARKANY RECOPILO 35 TEORIAS E HIPOTESIS, A VECES SEMEJANTES, A VECES TOTALMENTE CONTRARIAS, SOBRE ESTA CRITICA PREGUNTA: CLARO SIG - NO DEL ESCASO CONOCIMIENTO EFECTIVO EXISTENTE.

DESIGNAMOS COMO PATOGENIA AL AMPLIO CAMINO DE DESARROLLO QUE DEBE RECORRERSE A PARTIR DE LA ACCION DE LA PRIMERA CAUSA, HASTA QUE SE CONSIGUE EL ESTADO DE FINITIVO. EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS SE HA AVANZADO MUCHO EN ESTOS CONOCIMIENTOS GRACIAS A LOS AVANCES DE

LA INVESTIGACION CITOGENETICA, PUESTO QUE EN ALGUNAS OCASIONES LOS INFORMES CITOGENETICOS TIENEN UNA IMPORTANCIA ETIOLOGICA, ES DIFICIL MANTENER AMBOS CONCEPTOS SEPARADOS, A PESAR DE LA IMPORTANCIA QUE ELLO -- TIENE (PENROSE Y SMITH, 1966). LA UNION DE ESTOS - CONCEPTOS EN EL SENTIDO DE ETIOPATOGENESIS DEL MON - GOLISMO (ZELLWEGER 1965), CONDUCE SOLO A UNA CON - FUSION DE IDEAS. ESTA UNION DE CONCEPTOS ES COMPREN - SIBLE PERO FALSA DE HECHO Y, POR TANTO, NO ACEPTABLE.

NO SE PUEDE SOSLAYAR ESTE TEMA SIN CITAR QUE, EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS, EL INTERES GENERAL EN EL SECTOR DE LA ETIOLOGIA, HA PASADO A UN SEGUNDO LUGAR SI LO COMPARAMOS CON TIEMPOS ANTERIORES. SE PERCIBE CLARAMENTE QUE LA OCUPACION, QUIZAS DEMASIADO UNILATERAL, -- CON LOS PROBLEMAS CITOGENETICOS Y LAS INTERPRETACIONES, ERRONEAS EN OCASIONES, DE VALORES OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION, HA SIDO EN PARTE RESPONSABLE DE - ESTA ACTUAL. FALTA DE INTERES EN RELACION A LOS PROBLEMAS ETIOLOGICOS. SIN EMBARGO, EXISTEN SUFICIENTES -- ESTIMULOS QUE DEBERIAN INCITAR A LA INVESTIGACION Y COMPROBACION DE FORMA URGENTE E INTENSIVA, DEL MISMO MODO QUE SE HACE EN EL CAMPO DE LA CITOGENETICA.

NO NOS PODEMOS DEFENDER DEL TODO DE LA IMPRESION DE QUE, ACTUALMENTE EN LA INVESTIGACION DEL SINDROME DE DOWN, LA OCUPACION CON LAS CUESTIONES CITOGENETICAS ES CONSIDERADA COMO CIENTIFICA Y POR LO TANTO DIGNA DE INTERES, ESPECIALMENTE SI SE TIENE EN CUENTA QUE AQUI CABE CONTAR CON RESULTADOS CLAROS.

QUISIERAMOS QUE ESTA OBSERVACION FORMULADA DE UNA -- FORMA LIGERAMENTE EXTREMISTA Y PARTIDISTA, NO FUERA TOMADA A MAL, YA QUE SU INTENCION ESTA DIRIGIDA MAS-

A ESTIMULAR LA INVESTIGACION EN UN CAMPO, QUE A DESECHAR LOS ESFUERZOS QUE SE REALIZAN EN EL OTRO.

ESTA DESPROPORCION SE ENCUENTRA PLASMADA EN ESPACIO- Y OBJETIVAMENTE EN TODOS LOS TRATADOS MONOGRAFICOS - MODERNOS DEL SINDROME DE DOWN. ESTO ES ASIMISMO VALE DERO PARA LAS CONSECUENCIAS TERAPEUTICAS.

QUIERE HACER RESALTAR EN LA OBRA OTROS PUNTOS IMPORTANTES CUYA FINALIDAD ESTA DIRIGIDA PRINCIPALMENTE A UNA COMPRESION Y COORDINACION PSICOLOGICA, PSIQUIATRICA Y MEDICOSOCIAL.

EL INTERES DE ESTA INVESTIGACION SE CENTRA MENOS EN LA FORMACION E INTERPRETACION DEL SINDROME DE DOWN, QUE EN LA COMPRESION DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN Y EN LAS POSIBILIDADES DE SU TRATAMIENTO MEDICO, PSICOLOGICO Y PEDAGOGICO TERAPEUTICO, SE ESPERA DE ESTA POSICION UNA MEJORIA EN EL SENTIDO PRONOSTICOSOCIAL- Y UNA AYUDA DEFINITIVA PARA LOS PADRES AFECTADOS POR EL DESTINO, DE MODO QUE PUEDAN ACEPTAR Y MANEJAR MEJOR SU PROBLEMA.

LO QUE SE DEBE INTENTAR ES QUE NO EXISTA INTERFERENCIA ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS PADRES, PARA QUE - EN EL NIÑO NO EXISTA DESEQUILIBRIO.

1.2 LA TRISOMIA 21 Y EL SINDROME DE DOWN.

EL SINDROME DE DOWN ES UNA ALTERACION GENETICA CONOCIDA MEDICAMENTE COMO TRISOMIA 21, QUE IMPLICA LA -- PRESENCIA DE UN CROMOSOMA EXTRA EN EL PAR 21.

ACTUALMENTE, LA BIBLIOGRAFIA AL RESPECTO ES TAN AM -

PLIA QUE SE DIFICULTA CREER QUE FUE APENAS EN 1866 - CUANDO SE HIZO LA PRIMERA DESCRIPCION MEDICA DE ESTE SINDROME, CLASIFICANDOLO COMO ENTIDAD NOSOLOGICA. ESTA DESCRIPCION INCLUYE UNA GRAN CANTIDAD DE RASGOS FISICOS AGRUPADOS DE MANERA QUE PERMITE UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL, ESPECIALMENTE CON EL CRETINISMO QUE ERA MUY COMUN EN ESA EPOCA.

AL MISMO TIEMPO JOHN LANGDON DOWN, AUTOR DE ESTE PRIMERO TRABAJO, INCLUYE UNA EXPLICACION DEL SINDROME COMO UNA REGRESION A UN TIPO RACIAL PRIMITIVO Y, POR SUS SEMEJANZAS EN LA APARIENCIA FISICA CON LA RAZA MONGOLICA, LO LLAMO MONGOLISMO; NOMBRE CON EL QUE AUN ES CONOCIDO EL SINDROME DE DOWN, ESPECIALMENTE A NIVEL POPULAR.

A PARTIR DE ESTA DESCRIPCION OTROS INVESTIGADORES -- FUERON COMPLETANDO EL CUADRO CLINICO CON TODAS LAS ALTERACIONES MEDICAS QUE ESTE PRESENTA.

PRIMERO CONSERVANDO LA TEORIA DE LA REGRESION DEL HOMBRE A UNA RAZA PRIMITIVA Y, MAS ADELANTE, PRESTANDO ATENCION A FACTORES GENETICOS COMO LA EDAD DE LA MADRE; SIN EMBARGO, FUE HASTA 1959 EN FRANCIA QUE LOS DOCTORES LEJEUNE GAUTIER Y TURPIN, DESCUBRIERON LA EXISTENCIA DE UN CROMOSOMA EXTRA.

CONFORME LAS TECNICAS PARA EL ESTUDIO DE LOS CROMOSOMAS HAN IDO AVANZANDO SE HA LLEGADO A DESCUBRIR MAS ACERCA DE LOS CROMOSOMAS EXTRA EN DIVERSOS SINDROME GENETICOS. ASI SABEMOS QUE EN EL CASO DEL SINDROME DE DOWN EL CROMOSOMA QUE ESTA DE MAS PERTENECE AL PAR 21.

APROXIMADAMENTE EL 95 POR CIENTO DE LOS NIÑOS CON -- SINDROME DE DOWN PRESENTAN LA LLAMADA TRISOMIA ESTAN -- DAR, QUE SE DEBE A UNA NO-DISYUNCION DEL PAR 21 DURAN -- TE LA GAMETOGENESIS, YA SEA DEL OVULO O DEL ESPERMA -- TOZOIDE, O BIEN DURANTE LA PRIMERA DIVISION DEL EM -- BRION.

OTRO 3 O 4 POR CIENTO DE LOS CASOS, PRESENTA LO QUE SE CONOCE COMO TRANSLOCACION; EN ESTE CASO, EL CRO -- MOSOMA EXTRA, NO SE ENCUENTRA LIBRE, SINO UNIDO A O -- TRO PAR CROMOSOMICO.

HACER UN DIAGNOSTICO ADECUADO DEL TIPO DE TRISOMIA -- QUE PRESENTA UN NIÑO CON SINDROME DE DOWN RESULTA -- MUY IMPORTANTE YA QUE, AUNQUE EL CUADRO CLINICO ES -- EL MISMO, CUANDO SE TRATA DE UNA TRANSLOCACION ES MU -- CHO MAS FRECUENTE ENCONTRAR QUE UNO DE LOS PADRES ES PORTADOR, ES DECIR, AUNQUE SEA UNA PERSONA COMPLETA -- MENTE NORMAL, ALGUNOS DE SUS CROMOSOMAS SE ENCUEN -- TRAN UNIDOS Y EN EL MOMENTO DE UNA DIVISION CELULAR DURANTE LA FECUNDACION TENDRA MAYOR RIESGO DE PRE -- SENTAR UNA NO-DISYUNCION, QUE PUEDE PROVOCAR ALTERA -- CIONES GENETICAS EN EL NIÑO.

EL ULTIMO TIPO DE TRISOMIA 21 ES EL MAS RARO, YA QUE SE PRESENTA UNICAMENTE EN EL UNO POR CIENTO DE LOS -- CASOS Y SE CONOCE COMO MOSAICO. EN ESTE TIPO DE TRI -- SOMIA, LA NO-DISYUNCION SE PRODUCE DESPUES DE QUE EL CIGOTE HA EMPEZADO A REPRODUCIRSE, DE MANERA QUE SE ENCUENTRAN DOS POBLACIONES DE CELULAS, UNA DE ELLAS NORMAL, Y LA OTRA CON TRISOMIA 21, EN PROPORCION VA -- RIABLE. EN ESTE CASO ES IMPORTANTE HACER UNA HISTO -- RIA CLINICA DEL EMBARAZO LO MAS COMPLETA QUE SEA PO --

SIBLE, YA QUE ESTA ALTERACION PUEDE DEBERSE A RADIA-
CIONES O INFECCIONES VIRALES DURANTE LAS PRIMERAS SE-
MANAS DEL EMBARAZO.

AUNQUE SE DESCONOCE QUE ES LO QUE CAUSA LA NO-DISYUN-
CION DE LOS CROMOSOMAS, SI SE HA OBSERVADO QUE LA --
PROBABILIDAD DE DAR A LUZ A UN NIÑO CON SINDROME DE
DOWN AUMENTA CONFORME AVANZA LA EDAD DE LA MADRE, ES
PECIALLYMENTE DESPUES DE LOS 35 AÑOS Y QUE, ALREDEDOR
DE LOS 45 AÑOS, LA FRECUENCIA DE ESTE SINDROME ES --
REALMENTE MUCHO MAYOR (SE CALCULA QUE LA PROBABILI-
DAD DE TENER UN HIJO CON SINDROME DE DOWN A ESA EDAD
ES DE 1 A 45, CONTRA LA DE 1 A 2000 A LOS 20 AÑOS).

LOS GENES DEL CROMOSOMA EXTRA SON RESPONSABLES DE LA
ALTERACION DURANTE EL DESARROLLO EMBRIONARIO DE CIER-
TAS PARTES DEL CUERPO, SIN EMBARGO, AUN NO SE SABE -
EXACTAMENTE COMO SON INDUCIDOS ESTOS CAMBIOS.

ALGUNOS AUTORES HAN SUGERIDO QUE EL CROMOSOMA EXTRA-
PROVOCA LA FORMACION DE UNA CANTIDAD EXTRA DE CIER-
TAS ENZIMAS RESPONSABLES DE LA REGULACION DURANTE EL
DESARROLLO EMBRIONARIO DE CIERTAS PARTES DEL CUERPO,
Y AUNQUE ESTA PARECE SER UNA HIPOTESIS MUY ACEPTADA,
AUN NO SE HA COMPROBADO PLENAMENTE, NI SE HAN AISLA-
DO LAS ENZIMAS SUGERIDAS.

TAMPOCO PUEDE EXPLICARSE POR QUE ALGUNOS NIÑOS PRE -
SENTAN CIERTAS ALTERACIONES Y OTRAS NO; AUN TENIENDO
EL MISMO TIPO DE TRISOMIA 21. LA APARICION DE UN NU-
MERO DE CROMOSOMAS QUE SE APARTE DE LA NORMALIDAD, A
CONSECUENCIA DE UN REPARTO ANORMAL DE LOS MISMOS, ES
CONOCIDA DESDE LARGO TIEMPO, TANTO EN EL REINO ANI -
MAL COMO EN EL VEGETAL.

EN EL HOMBRE SE CONSIDERABA DICHA ANORMALIDAD INCOMPATIBLE CON LA VIDA, SIENDO ESTO AUN VALIDO EN LOS CASOS DE ANEUPLOIDIA CON UN NUMERO DEMASIADO PEQUEÑO DE CROMOSOMAS 45 EN VEZ DE 46, Y SIEMPRE Y CUANDO -- SEAN LOS AUTOSOMAS LOS AFECTADOS POR ESTE REPARTO PATOLOGICO.

LA SUPOSICION DE QUE SOLO UNA PEQUEÑA PARTE DE LOS EMBRIONES CON ALTERACIONES CROMOSOMICAS SON CAPACES DE VIVIR, ES CONFIRMADA POR LAS INVESTIGACIONES EN MATERIAL DE ABORTOS.

ESTAS INVESTIGACIONES SON DE TODOS MODOS DIFICILES DE LLEVAR A CABO (CARR, 1963; HALLY KALLEN 1964; SZULMAN 1965, ETC.).

EN EL AÑO DE 1959 APARECIO LA COMUNICACION REALIZADA POR DIVERSOS GRUPOS INDEPENDIENTES DE INVESTIGADORES DE QUE LA APARICION DEL SINDROME DE DOWN SERIA DEBIDA A UNA TRISOMIA DEL GRUPO G, (FORD Y COLS, 1959; -- JACOBS Y COLS 1959; LEJEUNE Y COLS 1959).

CON ELLO SE CONFIRMO LA TEORIA DE WAARDENBURG (1932) HASTA EL MINIMO DETALLE.

LOS PRIMEROS INVESTIGADORES (FORD Y COLS 1959) ENCONTRARON YA UNA COMBINACION CON UNA TRISOMIA DE LOS -- CROMOSOMAS SEXUALES Y EL CUADRO CLINICO CORRESPONDIENTE (MONGOLISMO + SINDROME DE KLINEFELTER).

DESDE ENTONCES ESTOS INFORMES HAN SIDO RATIFICADOS EN TODO EL MUNDO, COMPLETANDOSE A TRAVES DE COMBINACIONES Y VARIACIONES NUEVAS DE ABERRACIONES CROMOSOMICAS.

ZELLWEGER (1965) HACE LA OBSERVACION DE QUE NO SE PODRIA DECIR CON CERTEZA EN EL SINDROME DE DOWN, SI --

SE TRATA DE UNA TRISOMIA 21 O 22, YA QUE AMBOS CROMOSOMAS G NO SE PUEDEN DIFERENCIAR MORFOLOGICAMENTE.

LA INVESTIGACION DE LOS FACTORES HEREDITARIOS EN EL HOMBRE SE DENOMINA GENETICA HUMANA, QUE ANTES DE LA ERA CITOGENETICA SE OCUPABA TAN SOLO DE LAS ENFERMEDADES HEREDITARIAS PRODUCIDAS POR ALTERACIONES DE GENES O GRUPOS GENETICOS AISLADOS.

LA DEMOSTRACION DE LAS TRISOMIAS ABRIÓ PERSPECTIVAS-TOTALMENTE INEDITAS.

EL EXCESO DE MATERIAL GENETICO CONDUCE A ALTERACIONES-GRAVES DEL EQUILIBRIO GENETICO Y A UNA CONFORMACION GENETICA ALTERADA.

SU DIMENSION PUEDE APRECIARSE POR LOS DATOS NUMERICOS DE STERN (1960).

STERN CALCULA EL NUMERO DE GENES AUTOSOMICOS EN 10-50.000; UN CROMOSOMA PEQUEÑO ACROCENTRICO DEL GRUPO G CONSTITUYE UN 1 - 1, 5 POR 100 DE LA MASA GENETICA TOTAL. ESTO NOS AYUDA A COMPRENDER EL PORQUE ENCON--TRAMOS TAN SOLO EN RARISIMAS OCASIONES, EN SERES VIVOS, TRISOMIAS DE LOS AUTOSOMAS MAS GRANDES, APARTE DE QUE TAMBIEN NOS ACLARA EL PAPEL DE LOS ABORTOS --PRECOCES COMO PROCESO BIOLÓGICO DE LIMPIEZA, EN LOS CASOS CON ABERRACIONES CROMOSOMICAS.

ESTOS CONOCIMIENTOS NOS DEMUESTRAN ASIMISMO EL POR --QUE DE ESTAS PROFUNDAS CONSECUENCIAS, TANTO FISICAS COMO PSIQUICAS Y LA LIMITACION DE NUESTRAS POSIBILIDADES TERAPEUTICAS EN LOS INDIVIDUOS PORTADORES DE --ALTERACIONES CROMOSOMICAS.

PARA COMPRESION GENERAL SOBRE EL ORIGEN Y DESARRO --LLO DE LAS TRISOMIAS, DEBEMOS DECIR ALGUNAS PALABRAS

DE FORMA RESUMIDA SOBRE LOS PROCESOS DE LA MEIOSIS.

EN EL ESTADO DE INMADUREZ, EL OVOCITO Y EL ESPERMATOCITO POSEEN LA DOTACION CROMOSOMICA COMPLETA CONSTITUIDA POR 46 CROMOSOMAS APAREADOS, DENOMINANDOSE A DICHAS CELULAS EN ESTE ESTADO COMO OVOCITO Y ESPERMATOCITO - DIPLOIDES.

A TRAVES DEL PROCESO DE REDUCCION - O DE MADURACION - QUE DISCURRE EN DOS FASES - AQUI HABLAMOS DE MEIOSIS I Y MEIOSIS II - , SE PRODUCE UN OVULO MADURO O CUATRO CELULAS ESPERMATICAS MADURAS RESPECTIVAMENTE. ESTAS CELULAS RESULTANTES POSEEN YA TAN SOLO LA DOTACION CROMOSOMICA HAPLOIDE DE 23 CROMOSOMAS UNICOS. ESTOS PROCESOS TIENEN LUGAR ANTES DE LA FECUNDACION; LA MEIOSIS II A MENUDO JUSTO ANTES O DESPUES DE LA -- OVULACION.

EL EFECTO DE REDUCCION EN LA MEIOSIS ES NECESARIO PARA PRODUCIR LAS CELULAS SEXUALES HAPLOIDES CAPACES -- PARA LA FECUNDACION.

ESTA ES UNA PARTE DE ESTE PROCESO.

OTRA PARTE IGUALMENTE IMPORTANTE ES QUE DURANTE LOS - COMPLICADOS PROCESOS DE LA MEIOSIS, TIENE LUGAR UNA - REORGANIZACION DE LOS GENOMAS PATERNO Y MATERNO Y UNA RECONSTITUCION DE LOS CROMOSOMAS A TRAVES DEL DENOMINADO -- CROSSING - OVER -- RECOMBINACION DE LAS CROMATIDAS.

AMBOS PROCESOS SIRVEN PARA LA RECOMBINACION DEL MATERIAL GENETICO Y, POR LO TANTO, SON DE GRAN IMPORTANCIA BIOLOGICA.

ESTOS CONOCIMIENTOS NOS FACILITAN LA COMPRESION DE - LA APARICION DE LA TRISOMIA 21 EN EL SINDROME DE ---

DOWN.

TODAS LAS EXPERIENCIAS PARECEN INDICAR QUE O BIEN EN LA MEIOSIS I MAS A MENUDO, O EN MEIOSIS II NO SE PRODUCE LA SEPARACION NORMAL DE LOS CROMOSOMAS 21, PORCAUSAS AUN DESCONOCIDAS.

EN ESTOS CASOS SE HABLA DE LA NO - DISYUNCION DEL -- CROMOSOMA 21.

TAL COMO PUEDE APRECIARSE, SE OFRECEN DOS POSIBILIDADES A CONSECUENCIA DE LA FORMACION DE GAMETOS PROCEDENTES DE LA MEIOSIS II: LA MONOSOMIA CON UN NUMEROCROMOSOMICO $n - 1$.

LA MONOSOMIA 21 NO TIENE EN NUESTRO CASO GRAN IMPORTANCIA, PUES HASTA AHORA SE HAN OBSERVADO TAN SOLO - ALGUNOS CASOS AISLADOS NACIDOS CON VIDA.

AQUI NOS INTERESA, SOBRE TODO, LA TRISOMIA 21, PUES ES LA QUE CONDUCE AL SINDROME DE DOWN.

EN PRINCIPIO, LA POSIBILIDAD DE LA NO - DISYUNCION - DEL CROMOSOMA 21 EXISTE AUN DESPUES DE LA FECUNDACION. EN LA PRACTICA, OCURRE, SIN EMBARGO, RARAS VECES, YA QUE LOS PROCESOS DE LA MITOSIS CELULAR SE DESARRO -- LLAN DE UNA FORMA MUY SENCILLA Y POR LO TANTO SON ME NOS SUSCEPTIBLES A LO EXTERNO.

SI LA NO - DISYUNCION TIENE LUGAR EN LAS PRIMERAS MI TOSIS CELULARES, APARECEN LAS MISMAS CONSECUENCIAS, TAL COMO SE DESCRIBIO EN LOS PROCESOS DE LA MADURA - CION.

SI EL FENOMENO DE LA NO - DISYUNCION APARECE MAS ADE LANTE EN EL DESARROLLO DEL HUEVO DESPUES DE LA FECUN DACION EL NUMERO DE CELULAS PATOLOGICAS ESTA PRESEN TE.

LA POSIBILIDAD DE LA NO - DISYUNCION ES MAS PROBABLE, SEGUN OHNO Y COLS 1962. ASI COMO ZELLWEGER 1965, DURANTE EL CURSO DE LA MEIOSIS I QUE DURANTE LA MEIOSIS II.

ESTO SE EXPLICA PORQUE EN LA MEIOSIS I EL OVOCITO Y EL ESPERMATOCITO SE ENCUENTRAN DESDE EL CUARTO MES FETAL DEL INDIVIDUO, HASTA APROXIMADAMENTE EL PRINCIPIO DEL DESARROLLO CICLICO PROPIO DE LA MADUREZ CELULAR DEL OVOCITO Y EL COMIENZO DE LA MADURACION DEL ESPERMATOCITO EN EL TESTICULO RESPECTIVAMENTE - SOMETIDOS DURANTE LARGO TIEMPO A UNA FASE SENSIBLE (KALB, 1957), PUDIENDO SER AFECTADOS CON MAYOR FACILIDAD POR AGENTES NOCIVOS. ZELLWEGER RESALTA QUE LA NO - DISYUNCION DURANTE LA MEIOSIS II ES MUY RARA, YA QUE AQUÍ SE TRATA DE PROCESOS DE REPRODUCCION CELULAR DE DESARROLLO MUCHO MAS SIMPLE, AFIRMACION QUE VIENE CONFIRMADA POR LA EXPERIENCIA.

POR OTRO LADO, SE PUEDE COMPRENDER QUE EL RAPIDO TRANSITO ENTRE LA FINALIZACION DE LA MEIOSIS I Y EL INICIO DE LA MEIOSIS II, OFRECE FACILIDADES PARA LA APARICION DE UNA NO - DISYUNCION, SOBRE TODO CUANDO EN EL TRANSCURSO DE LA MADURACION OVULAR YA APARECEN SIGNOS DE DESGASTE, EN EL SENTIDO DE UNA INVOLUCION.

PARA UNA MEJOR COMPRESION DE LOS PROCESOS DE DIVISION CELULAR EN EL CURSO DE UNA MEIOSIS I Y II CON LA APARICION DE LA NO - DISYUNCION EN FORMA DE UNA TRISOMIA 21, SE VE LA MONOGRAFIA DE ZELLWEGER 1965.

AQUÍ INTERESA SOLO LA FORMACION DE GAMETOS $n+1$ QUE CONDUCE AL SINDROME DE DOWN, YA QUE LOS GAMETOS $n-1$ HAN SIDO OBSERVADOS SOLAMENTE AISLADOS Y SON MUY RA-

ROS EN NACIDOS CON VIDA (BOHM 1968; THORBURN Y JOHN--
SON 1966).

LA EXPLORACION CITOLOGICA SE EXTENDIO PRONTO A LOS DE
MAS ELEMENTOS DE LA FAMILIA DEL SINDROME DE DOWN, PA-
RA PERMITIR UN MEJOR ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DEL SIN-
DROME DE DOWN EN LA FAMILIA, DISPOSICION INDIVIDUAL -
PARA LA APARICION DE LA NO - DISYUNCION Y, POR ULTIMO
DE LAS FORMAS HEREDITARIAS DEL SINDROME DE DOWN.

ESTAS Y OTRAS ALTERACIONES MORFOLOGICAS (CHAPTAL Y --
COLS 1966, SOLTAN Y COLS 1964, WOLF Y COLS 1964), NO
PUEDEN SER CONSIDERADAS ACTUALMENTE COMO PATOGNOMONI-
CAS DEL SINDROME DE DOWN, EXISTIENDO INCLUSO LA DUDA
DE SU IMPORTANCIA PATOLOGICA.

ANTE UNA TRISOMIA 21 YA DEMOSTRADA EN UN SINDROME DE
DOWN, ES DIFICIL DECIR SI EL PROCESO PATOLOGICO HA -
TENIDO LUGAR EN OVOCITO O EN EL ESPERMATOCITO.

CON LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN SE-
PROCURA NO ABORDAR ESTE TEMA, YA QUE SE QUIERE EVI-
TAR LA POSIBLE APARICION DE UN COMPLEJO DE CULPABILI-
DAD DIRIGIDO A UNO DE LOS CONYUGES, QUE PODRIA DIFI-
CULTAR EN GRAN MANERA A SOBRELLEVAR CONJUNTAMENTE ES-
TE PROBLEMA.

ESTO ENTRA EN VIGOR ESPECIALMENTE CUANDO EN UNA GRAN
FAMILIA SE CONSIDERA COMO UNA PERDIDA DE PRESTIGIO,-
LA EXISTENCIA DE UN SUCESO DE ESTE TIPO; EN ESTOS CA-
SOS, UNO DE LOS CONYUGES SE CONSIDERA REHABILITADO -
CUANDO PUEDE HACER RECAER LA CULPA EN EL OTRO CONYU-
GE. ESTE PUNTO DE VISTA JUEGA TAMBIEN UN PAPEL IMPOR-
TANTE CUANDO EL EMBARAZO QUE HA CONDUCIDO AL SINDRO-
ME DE DOWN NO ERA DESEADO O PLANEADO, SINO QUE HA TE

NIDO LUGAR DE FORMA IMPREVISTA, EN CONTRA DEL DESEO--
DE UNO DE LOS CONYUGES, FUERA DEL MATRIMONIO, O ANTES
DE LA MENOPAUSIA CUANDO OTROS HIJOS COMPLETAMENTE SA-
NOS SON YA ADULTOS.

SOBRE ESTE PROBLEMA TAN HUMANO Y POLIFACETICO SE PUE-
DE TRATAR Y HABLAR MUCHO, PORQUE ES EXTENSO.

EN GENERAL SE COINCIDE EN QUE EL OVOCITO ES AFECTADO-
MAS A MENUDO QUE EL ESPERMATOCITO, O DICHO DE OTRO MO-
DO, EN EL CASO DE UNA ANEUPLOIDIA DEL OVULO CON UNA -
DOTACION CROMOSOMICA $n + 1$, PUEDE APARECER MAS FACIL-
MENTE UN SINDROME DE DOWN QUE EN EL CASO DE UNA ANEU-
PLOIDIA DEL ESPERMATOCITO, YA QUE LAS POSIBILIDADES -
DE FECUNDACION SE DAN EXCLUSIVAMENTE EN EL OVULO.

EL OVULO COMO ELEMENTO PASIVO DE FECUNDACION SE EN --
CUENTRA SITUADO FRENTE A MILLONES DE ESPERMATOZOIDES,
NO PUDIENDO EVITAR SER FECUNDADO SI ES ALCANZADO POR
UNO DE ELLOS EN EL MOMENTO PRECISO. EN CASO CONTRARIO
SE COMPRENDE QUE ES DIFICIL QUE PRECISAMENTE EL ESPER-
MATOZOIDE ANEUPLOIDE SEA EL QUE GANE LA CARRERA EN --
POS DEL OVULO Y PENETRE EN EL.

ESTOS ESPERMATOZOIDES POSEEN UNA MARCADA DISMINUCION
DE SU VITALIDAD, TAL COMO FUE DEMOSTRADO POR STEARNS
Y COLS, 1960, EN SUS INVESTIGACIONES CON SINDROME DE
DOWN EN ADULTOS.

DE TODOS MODOS, EN PRINCIPIO Y TEORIA ES POSIBLE, PU-
DIENDOSE APRECIAR EN LAS FORMAS HEREDITARIAS (ZELLWE-
GER, 1965).

C A P I T U L O 2

LA RELACION DE APEGO CON EL NIÑO NORMAL .

LA RELACION DE APEGO, COMO TODA RELACION, IMPLICA UN-INTERCAMBIO CONSTANTE DE CONDUCTAS EN EL QUE CADA UNA ES AL MISMO TIEMPO UN ESTIMULO Y UNA RESPUESTA. ENTONCES SE DAN UNA SERIE DE REACCIONES CIRCULARES, EN LAS QUE RESULTA DIFICIL RECONOCER CUANDO Y POR QUIEN FUERON INICIADAS. SIN EMBARGO, PARA SIMPLIFICAR EL ESTUDIO Y LA INVESTIGACION SOBRE ELLA, SE HA DIVIDIDO CORTANDO LAS INTERACCIONES CIRCULARES EN PEQUEÑOS FRAGMENTOS LINEALES DONDE PUEDEN OBSERVARSE ALGUNAS CONDUCTAS ESPECIFICAS TANTO DE LA MADRE COMO DEL NIÑO.

GRACIAS A ESTA DIVISION SE HAN LLEGADO A CONOCER DIVERSAS CONDUCTAS Y ACTITUDES SIN LAS CUALES NO PODRIA DESARROLLARSE EL APEGO DE MANERA ADECUADA.

2.1 CONDUCTAS DE LA MADRE .

LA FORMACION DE UNA RELACION DE APEGO ENTRE UNA MADRE Y SU HIJO, SE INICIA DESDE EL MOMENTO EN QUE ESTA SE DA CUENTA DE QUE ESTA EMBARAZADA Y, MUCHAS VECES, ANTES, SI EL EMBARAZO FUE PLANEADO. AL FINALIZAR EL PRIMERO TRIMESTRE DEL EMBARAZO, CUANDO LA MADRE HA PODIDO IDENTIFICAR EL FETO EN CRECIMIENTO COMO UNA PARTE INTEGRAL DE SI MISMA, LA MAYORIA DE LAS MUJERES, AUN -- LAS QUE AL PRINCIPIO RECHAZABAN EL EMBARAZO, LLEGAN A ACEPTARLO Y A ESPERAR CON GUSTO EL NACIMIENTO DE --

SU HIJO. ESTA IDENTIFICACION QUE LA MADRE HACE DEL FETO COMO PARTE DE SI MISMA, ES EL PRIMER PASO PARA LA FORMACION DEL APEGO.

EL SEGUNDO, CONSISTE EN UNA PERCEPCION CADA VEZ MAYOR DEL FETO COMO INDIVIDUO SEPARADO DE ELLA MISMA, Y QUE GENERALMENTE COINCIDE CON LA CONCIENCIA DE LOS PRIMEROS MOVIMIENTOS FETALES.

EL SIGUIENTE PASO SE INICIA CON EL NACIMIENTO DEL NIÑO, Y SU ASPECTO MAS IMPORTANTE ES EL MOMENTO EN QUE LA MADRE TOMA A SU HIJO EN SUS BRAZOS POR PRIMERA VEZ.

KLAUS Y FANAROFF (1979) SUGIEREN QUE, AL IGUAL QUE MUCHOS ANIMALES, LAS MADRES HUMANAS TIENEN UNA RUTINA PARA DESPUES DEL NACIMIENTO.

ESTA RUTINA SE LLEVARA A CABO SI SE DA LA OPORTUNIDAD DE UN CONTACTO PROLONGADO CON SU NIÑO DURANTE LOS PRIMEROS DIAS DESPUES DEL PARTO.

DICHA RUTINA CONSISTE EN UNA BUSQUEDA DE CONTACTO VISUAL CON EL NIÑO, QUE SE MANTENDRA DURANTE CASI TODO EL TIEMPO QUE PASEN JUNTOS. LUEGO, LA MADRE EMPEZARA ACARICIAR LAS EXTREMIDADES DEL NIÑO CON LA PUNTA DE SUS DEDOS Y, MAS ADELANTE, HARA LO MISMO POR TODO EL CUERPO DEL BEBE CON LA PALMA DE SU MANO; AL MISMO TIEMPO LE HABLARA EN UN TONO MAS ALTO DE LO NORMAL Y EL BEBE RESPONDERA MOVIENDOSE AL RITMO DEL LENGUAJE QUE LA MADRE VAYA SIGUIENDO.

MAS ADELANTE, DURANTE LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA DEL BEBE, LA MADRE DEBERA AJUSTAR SU IMAGEN MENTAL DEL BEBE, FORMADA A LO LARGO DEL EMBARAZO, CON LA IMAGEN REAL DEL NIÑO; PROCESO QUE SE FACILITA EN LA MEDIDA QUE LA MADRE CONOCE MAS AL NIÑO Y APRENDE A RESPONDER

A SUS CLAVES O SEÑALES.

APRENDE A RECONOCER EL LLANTO DE SU NIÑO Y LO DISTINGUE DEL DE CUALQUIER OTRO BEBE.

DESPUES DE ESTE PROCESO, MEDIANTE EL CUAL LA MADRE EMPIEZA A CONOCER A SU BEBE, EL DESARROLLO DEL APEGO ESTÁ BASADO NO SOLO EN LAS CONDUCTAS DE LA MADRE, SINO TAMBIEN EN LAS DEL NIÑO Y EN LA INTERACCION ENTRE AMBOS. SIN EMBARGO, HAY ACTITUDES Y CONDUCTAS MATERNAS-CUYOS EFECTOS SON DE GRAN IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO DEL APEGO.

BOWLBY (1969) CITA CINCO CONDUCTAS MATERNAS QUE SE-CORRELACIONAN CON LOS PATRONES DE APEGO AL AÑO DE -- EDAD:

- 1) LA FRECUENCIA Y DURACION DEL CONTACTO FISICO ENTRE LA MADRE Y EL NIÑO, ESPECIALMENTE DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA.
- 2) LA HABILIDAD DE LA MADRE PARA TRANQUILIZAR AL BEBE AL CARGARLO.
- 3) LA SENSIBILIDAD DE LA MADRE A LAS SEÑALES DEL BEBE Y SU HABILIDAD DE INTERVENIR DE ACUERDO AL RITMO - DE ESTE.
- 4) LA CAPACIDAD DE OFRECER AL NIÑO UN MEDIO AMBIENTE-REGULADO, DE MANERA QUE ESTE PUEDE DERIVAR UN SENTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE SUS PROPIOS ACTOS O - ACCIONES.

5) EL PLACER QUE AMBOS EXPERIMENTAN AL ESTAR JUNTOS.

OTRA CARACTERISTICA QUE ES MUY IMPORTANTE ES LA CONSTANCIA DE LA MADRE, YA QUE UNA MADRE INCONSTANTE O IMPREDECIBLE CAUSA SERIOS PROBLEMAS NO SOLO A LA RELACION DE AFECTO, SINO A LA ESTRUCTURACION DEL MUNDO -- DEL BEBE.

MAHLER (1968) SEÑALA QUE NO BASTA CON SATISFACER LAS NECESIDADES FISICAS DEL NIÑO SINO QUE, ADEMÁS, ES NECESARIO QUE EL NIÑO NO SEA SOMETIDO A UNA TENSION EXCESIVA, Y QUE LA MADRE SEA CAPAZ DE ENTENDER Y RESPONDER A LAS SEÑALES QUE SU NIÑO PUEDE ENVIAR PARA INDICAR SUS NECESIDADES, ESTADOS DE TENSION Y DE PLACER.

ESTAS RESPUESTAS MATERNAS, SI SE DAN A TIEMPO Y SON ADECUADAS PARA SATISFACER AL NIÑO Y DISMINUIR SU TENSION, CREAN PATRONES ESPECIFICOS DE CONDUCTA QUE HACEN QUE EL NIÑO SE CONVIERTA EN " EL NIÑO DE SU PROPIA MADRE ", Y FACILITAN TANTO LA RELACION DE APEGO -- COMO EL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO.

SPITZ (1965), POR SU PARTE, SUBRAYA EL PAPEL DEL AFECTO DE LA MADRE Y LA CREACION DE UN CLIMA EMOCIONAL DE ACEPTACION, COMO FACTORES DECISIVOS PARA LA RELACION MATERNO INFANTIL Y EL DESARROLLO DEL NIÑO. ASIMISMO, INDICA LA IMPORTANCIA DEL GOZO QUE LA MADRE EXPERIMENTA EN LA RELACION CON SU BEBE, PUESTO QUE ELLO --- CONSTITUYE EL REFORZAMIENTO MAS IMPORTANTE PARA LAS CONDUCTAS DEL NIÑO.

ESTABLECER UNA LISTA DE TODAS LAS CONDUCTAS QUE SE HAN SEÑALADO EN LA LITERATURA COMO IMPORTANTES PARA LA FORMACION DEL APEGO, RESULTARIA INTERMINABLE, SIN EMBARGO, ES NECESARIO SEÑALAR QUE LA MAYORIA DE LOS AUTORES CONSULTADOS COINCIDEN EN QUE LO QUE SERA DETERMINANTE PARA ESTA RELACION, NO SON CIERTAS CONDUCTAS QUE LA MADRE REALICE EN UN DETERMINADO MOMENTO, SINO LA ACTITUD SUBYACENTE DE ACEPTACION, AGRADO E INTERES POR EL NIÑO, QUE MOLDEA Y GUIA LAS CONDUCTAS DE LA MADRE CUANDO ESTA INTERACTUA CON SU NIÑO.

HAY CIERTAS ACCIONES QUE FACILITAN ESTA ACTITUD, POR EJEMPLO EL CONTACTO FISICO CON EL NIÑO, EL CONTACTO VISUAL, LAS RESPUESTAS DE PLACER DEL NIÑO HACIA SU MADRE, EL SENTIRSE CERCANO A LOS AVANCES DEL NIÑO, ETC.

ESTE TIPO DE CONDUCTAS PUEDEN DARSE EN UNA GRAN CANTIDAD DE SITUACIONES; POR ESTO EN MUCHOS TIPOS DE CULTURAS, Y AUN DENTRO DE UNA MISMA CULTURA; MUCHOS TIPOS DE INTERACCIONES ENTRE LAS MADRES Y SUS NIÑOS PUEDAN DAR ORIGEN A UNA RELACION DE APEGO IGUALMENTE FUERTE Y AL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO, PERMITIENDO FUNCIONAR EXITOSAMENTE COMO ADULTO.

UNA MADRE QUE DISFRUTE DE SU NIÑO Y DE SU INTERACCION CON EL, QUE ES LO SUFICIENTEMENTE SENSIBLE COMO PARA RECIBIR E INTERPRETAR LAS SEÑALES QUE SU NIÑO LE ENVIA, QUE SE PREOCUPA POR SU BIENESTAR SIN PONERSE ANSIOSA Y QUE ES CAPAZ DE TOLERAR Y NEUTRALIZAR LA ANGUSTIA DE SU NIÑO, DARA ORIGEN A UNA RELACION DE APEGO ADECUADA, FAVORECERA EL CRECIMIENTO DE SU NIÑO Y FACILITARA QUE ESTE ESTRUCTURE SU MUNDO DE MA

NERA COHERENTE Y AFECTUOSA.

2.2 CONDUCTAS DEL NIÑO .

EL RECIEN NACIDO, A DIFERENCIA DE LO QUE SE PENSO DURANTE MUCHOS AÑOS, NO ES UN SER PASIVO, CUYAS REACCIONES SON TOTALMENTÉ INDIFERENCIADAS.

POR EL CONTRARIO, DESDE EL NACIMIENTO, SUS SISTEMAS - SENSORIALES SE ENCUENTRAN TRABAJANDO Y ES CAPAZ DE -- DAR UNA AMPLIA VARIEDAD DE RESPUESTAS DIFERENTES ANTE DISIINTOS ESTIMULOS, EJERCIENDO UNA INFLUENCIA CONSIDERABLE SOBRE LA CANTIDAD DE ESTIMULACION QUE RECIBE Y PRESTANDO MUCHA MAS ATENCION A ALGUNAS PARTES DE SU MEDIO QUE A OTRAS

ENTRE LOS ESTIMULOS QUE MAS ATENCION PROVOCAN EN EL RECIEN NACIDO, SE ENCUENTRAN LOS QUE PROVIENEN DE -- OTROS SERES HUMANOS; POR EJEMPLO, DESDE MUY POCAS HORAS DESPUES DEL NACIMIENTO, TIENDE A MIRAR MUCHO MAYOR TIEMPO UN PATRON QUE RECUERDE UNA CARA HUMANA QUE CUALQUIER OTRO PATRON VISUAL, TIENDEN A ESCUCHAR UNA VOZ HUMANA, ESPECIALMENTE FEMENINA, CON GRAN ATENCION Y A LLORAR CUANDO ESTA CESA.

ESTE TIPO DE CONDUCTAS TIENE EL EFECTO DE MAXIMIZAR -- TANTO EL NUMERO COMO LA DURACION DE ESTOS ESTIMULOS, YA QUE PROVOCA EN LA PERSONA QUE LOS EMITE EN SU MAYORIA, - LA MADRE - LA RESPUESTA DADA POR UNA PERMANENCIA MAS PROLONGADA CON EL BEBE, EN LA QUE CONTINUA RA HABLANDOLE, TOCANDOLO, SONRIENDOLE, O SIMPLEMENTE OBSERVANDOLO, CREANDO ASI UNA " ESPIRAL ", UN SISTEMA

DE INTERACCIONES EN QUE CADA UNO REFUERZA CON SUS RES
PUESTAS LAS CONDUCTAS DEL OTRO.

ESTE SISTEMA DE INTERACCIONES, VA LLEVANDO POCO A PO
CO AL ESTABLECIMIENTO DE UN FUERTE LAZO EMOCIONAL -
QUE UNE AL NIÑO CON SU MADRE Y QUE HA SIDO DENOMINA-
DO APEGO. (BOWLBY, 1969).

AUNQUE EL APEGO PROPIAMENTE DICHO IMPLICA QUE EL NI-
ÑO SEA CAPAZ DE DISTINGUIR PERFECTAMENTE A SU MADRE
DE CUALQUIER OTRA PERSONA Y, POR LO TANTO, NO PUEDA
DARSE ANTES DEL SEXTO MES DE VIDA, APROXIMADAMENTE, -
EXISTEN NÚMEROSAS CONDUCTAS QUE SE CONSIDERAN COMO -
PRECURSORAS DEL APEGO, PORQUE TIENEN COMO FIN MANTE-
NER A LA MADRE - AL SUSTITUTO MATERNO O A OTROS ADUL-
TOS - CERCA DEL NIÑO LA MAYOR CANTIDAD DE TIEMPO PO-
SIBLE, FACILITANDO EL ESTABLECIMIENTO DE ESTE LAZO -
EMOCIONAL.

LA MAYORIA DE ESTAS CONDUCTAS EMPIEZAN A MANIFESTAR-
SE DURANTE LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA DEL NIÑO EN FOR
MA DE REFLEJOS, Y VAN VOLVIENDOSE MAS DIRIGIDAS Y --
COMPLEJAS A MEDIDA QUE EL NIÑO MADURA.

LAS MAS IMPORTANTES SON:

- * SUCCION.
- * PRENSION.
- * SONRISA.
- * CONTACTO VISUAL.
- * LLANTO.

* SUCCION .

ESTE REFLEJO SE ENCUENTRA PERFECTAMENTE ESTABLECIDO - AL-MOMENTO DEL NACIMIENTO Y PUEDE SER PROVOCADO POR - ESTIMULACION TACTIL EN UNA AMPLIA ZONA ALREDEDOR DE - LA BOCA; AL PRINCIPIO EL BEBE ORIENTA TAMBIEN SU CUERPO AL SER LEVANTADO EN BRAZOS Y SE COLOCA DE TAL MANERA QUE UNA DE SUS MANOS QUEDA EN EL PECHO DE LA PER - SONA QUE LO TIENE EN BRAZOS.

* PRENSION .

DURANTE LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA, EL BEBE CIERRA SU MANO SOBRE CUALQUIER OBJETO QUE LO TOQUE EN LA PALMA. ESTA RESPUESTA SE VUELVE RAPIDAMENTE MUCHO MAS COM -- PLEJA, INTEGRANDOSE CON LA CAPACIDAD DE SEGUIMIENTO - VISUAL HASTA LLEGAR A SER DIRIGIDA VISUALMENTE, PERMITIENDO AL NIÑO ASIR CUALQUIER OBJETO A SU ALCANCE. ASI EL NIÑO, AL ESTAR EN CONTACTO CON LA MADRE, PUEDE TOCAR Y ASIR CUALQUIER PARTE DE SU CUERPO O DE SUS -- ROPAS, ESPECIALMENTE EL PELO. MAS ADELANTE, EL NIÑO - SERA CAPAZ DE ABRAZAR.

* SONRISA .

DURANTE LAS PRIMERAS SEMANAS DE VIDA PUEDE OBSERVAR - SE EN EL NIÑO UN MOVIMIENTO SIMILAR AL DE LA SONRISA,

SIN EMBARGO, ESTE NO ES PROVOCADO POR NINGUN ESTIMULO EXTERNO, SINO QUE SE DA ESPONTANEAMENTE, A VECES SIN ESTIMULO APARENTE Y, EN GENERAL, CUANDO EL NIÑO ESTA DORMIDO.

ALREDEDOR DE LAS CINCO SEMANAS DE VIDA, LA SONRISA YA APARECE CUANDO EL NIÑO ESTA ALERTA, Y ES PROVOCADA - CON MAYOR FRECUENCIA POR ESTIMULOS PROVENIENTES DE LA GENTE: UNA VOZ, SER TOCADO, MECIDO, ETC.

LA PERCEPCION VÍSUAL DE LA PERSONA VA COBRANDO IMPORTANCIA RAPIDAMENTE COMO MEDIO DE PROVOCAR LA SONRISA, Y ALREDEDOR DE LOS TRES MESES, LA VISTA DE UNA CARA - HUMANA, ESPECIALMENTE SI ESTA EN MOVIMIENTO, ES EL ES TIMULO MAS EFICAZ PARA PROVOCAR UNA SONRISA.

AUNQUE LA SONRISA EN ESTA ETAPA NO ESTA DIRIGIDA ESPECIFICAMENTE A LA MADRE, SINO A LA GENTE EN GENERAL, - PROVOCA UNA GRAN CANTIDAD DE RESPUESTAS EN LA MADRE, QUIEN RESPONDE CON UNA FUERTE SATISFACCION Y DA AL NIÑO NUMEROSOS REFORZAMIENTOS, CON LO QUE AUMENTA, A SU VEZ, LA CONDUCTA DE SONREIR.

* CONTACTO VISUAL .

DURANTE LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA UN BEBE PUEDE VER - UNA CARA Y SEGUIRLA, PERO PARECE NO " ENFOCARLA ", - SIN EMBARGO, ALREDEDOR DE LAS TRES SEMANAS Y MEDIA DE VIDA, CAMBIA RADICALMENTE: EL BEBE PUEDE ENFOCAR LA - MIRADA Y ESTABLECER UN CONTACTO VISUAL PROLONGADO CON LA GENTE.

EL EFECTO SOBRE LA MADRE ES INCONFUNDIBLE, LOS COMEN-
TARIOS COMO: " YA PUEDE VERME A MI ", SON MUY COMUNES,
Y EL AUMENTO EN EL TIEMPO QUE LA MADRE PASA EN COM -
PAÑIA DEL NIÑO CUANDO ESTE SE ENCUENTRA DESPIERTO, -
ES NOTABLE.

A PARTIR DE ESTE CAMBIO, LA CARA HUMANA, Y MAS ADE -
LANTE LA CARA DE SU MADRE, SERAN LOS ESTIMULOS VISUA
LES MAS INTERESANTES PARA EL BEBE, QUE PASARA UNA --
GRAN CANTIDAD DE TIEMPO OBSERVANDOS.

* LLANTO .

LA FUNCION DEL LLANTO ES OPUESTA A LA DE LAS CONDUCT
TAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE, YA QUE NO SE TRATA DE
AUMENTAR LA POSIBILIDAD DE QUE OCURRAN LOS FACTORES
O CONDUCTAS DE LA PERSONA QUE LO PROVOCA, SINO DE QUE
DISMINUYAN.

ALGUNOS AUTORES (BOWLBY, 1969) HAN ENCONTRADO QUE -
EL PATRON DE LLANTO ES ESPECIFICO DE CADA BEBE, POR
LO QUE LA MADRE PUEDE APRENDER A RECONOCERLO Y A RES
PONDER A ESTE DE MANERA DIFERENTE A COMO LO HARIA -
CON EL DE CUALQUIER OTRO BEBE.

CUANDO EL LLANTO NO SE DEBE A LAS CAUSAS OBIAS DE ___
DISPLACER COMO FRIO, HAMBRE, DOLOR, ETC., LOS ESTI -
MULOS QUE MAYOR PROBABILIDAD TIENEN DE HACER QUE ES -
TE CESE, SON LOS QUE PROVIENEN DE LA GENTE PRIMERO, -
Y, MAS ADELANTE, DE LA MADRE: LA VOZ, EL CONTACTO, -
ETC.

ALREDEDOR DEL TERCER O CUARTO MES DE VIDA, LAS CON --
DUCTAS QUE SE INICIARON COMO REFLEJOS SE HAN DESARRO-
LLADO, VOLVIENDOSE MUCHO MAS COMPLEJAS Y DIRIGIDAS, Y
A LA VEZ SE HAN IDO INTEGRANDO ENTRE SI, AUMENTANDO -
CONSIDERABLEMENTE EL REPERTORIO CONDUCTUAL DEL NIÑO.
ASIMISMO, EL TIEMPO QUE ESTE PASA DESPIERTO Y ALERTA
ES MAYOR, DE MANERA QUE LAS OPORTUNIDADES DE INTERAC-
TUAR CON SU MADRE SON CADA VEZ MAS NUMEROSAS.

HASTA ESTE MOMENTO, EL NIÑO CUENTA YA CON UNA GRAN --
CANTIDAD DE HERRAMIENTAS PARA AUMENTAR EL TIEMPO QUE
PASA EN COMPANIA DE OTRA PERSONA, PERO TODAVIA NO LAS
DIRIGE ESPECIFICAMENTE A SU MADRE, SIN EMBARGO, LA --
REPETICION DE EXPERIENCIAS PLACENTERAS PARA EL NIÑO -
LA ALIMENTACION POR EJEMPLO, EN LAS QUE LA MADRE TOMA
PARTE, LA CONSTANCIA DE SU PRESENCIA (MAHLER, 1968 -
SPITZ; 1965) Y EL PRINCIPIO DE UNA DIFERENCIACION -
ENTRE EL YO Y EL NO-YO, QUE DE FORMA RUDIMENTARIA --
PERMITEN AL NIÑO DARSE CUENTA DE QUE LA MADRE ES LA -
FUENTE DE LA GRAN MAYORIA DE LAS SATISFACCIONES QUE -
RECIBE, LLEVAN AL NIÑO A DIRIGIR A ESTA, DE MANERA --
CADA VEZ MAS DIFERENCIADA, LAS CONDUCTAS CUYO FIN ES
MANTENERLA CERCA EL MAYOR TIEMPO POSIBLE.

CONFORME A SUS SISTEMAS SENSORIALES VAN SIENDO MAS -
MADUROS Y APARECE LA CAPACIDAD DE ESTABLECER HUELLAS
MNEMICAS, MAS COMPLEJAS E INTEGRADAS, EL NIÑO EMPIEZA
A DISTINGUIR A SU MADRE DE CUALQUIER OTRA PERSONA Y -
EMPIEZA LA RELACION AFECTIVA QUE YA PUEDE DENOMINARSE
APEGO CON TODA PROPIEDAD (FASE SIMBIOTICA, MAHLER, -
1968; ETAPA DEL ESTABLECIMIENTO DEL OBJETO SPITZ 1965)
Y QUE SE MANTENDRA HASTA ALREDEDOR DE LOS TRES AÑOS,

QUE ES CUANDO EL NIÑO PUEDE SEPARARSE DE SU MADRE -- POR PERIODOS RELATIVAMENTE LARGOS DE TIEMPO Y ACEPTAR SUSTITUTOS MATERNOS SIN ANGUSTIA, EMPEZANDO A -- FUNCIONAR COMO UN SER INDEPENDIENTE. (MAHLER, 1968).

LAS CONDUCTAS CARACTERISTICAS DE ESTA ETAPA SON: LLANTO DIFERENCIAL ANTE LA PARTIDA DE LA MADRE, CESE DEL LLANTO CUANDO ESTA REAPARECE, SONRISA MAS FRECUENTE, RAPIDA Y COMPLETA A LA MADRE, VOCALIZACIONES MAS AMPLIAS Y FRECUENTES A LA MADRE, APROXIMACION DIFERENCIAL A ESTA, ESPECIALMENTE EN CASO DE ESTAR -- ASUSTADO, ETC.

HAY OTRA CARACTERISTICA DE ESTA ETAPA QUE NOS MARCA CON MAYOR CLARIDAD QUE EL APEGO HA SIDO ESTABLECIDO Y ESTA DIRIGIDO ESPECIFICAMENTE HACIA LA MADRE: LA -- ANGUSTIA DE SEPARACION.

ESTA ANGUSTIA DE SEPARACION ES UN MEDIO CLARO, MANIFESTADO POR LLANTO, AGITACION, A VECES CONDUCTAS COMO MECERSE O GOLPEARSE, QUE SE OBSERVA EN LOS NIÑOS CUANDO SE VEN SEPARADOS DE SU MADRE, YA SEA QUE ESTEN SOLOS O CON ALGUIEN EXTRAÑO.

ESTA ANGUSTIA EMPIEZA A MANIFESTARSE ALREDEDOR DEL -- SEPTIMO U OCTAVO MES DE VIDA Y PERMANECE, AUNQUE CADA VEZ MENOS FUERTE, HASTA EL TERCER AÑO DE VIDA.

HASTA EL FINAL DEL PRIMER AÑO, EL DESARROLLO DEL APEGO SIGUE UN CURSO ASCENDENTE, CADA VEZ MAS FUERTE Y MAS CLARO, PERO, CONFORME EL NIÑO CRECE, VA SIENDO CAPAZ DE HACER POR SI MISMO UN NUMERO MAYOR DE ACTIVIDADES Y EMPIEZA A NECESITAR MENOS A SU MADRE, EMPIEZA A SER CAPAZ DE DESPLAZARSE DE UN LUGAR A OTRO, DE MANEJAR MAS HABILMENTE SU CUERPO Y, POR LO TANTO,

DE MANIPULAR OBJETOS CON UN CIERTO FIN, DE RETRASAR -
LA FUNCION DE CIERTAS SATISFACCIONES, DE COMUNICAR -
SUS DESEOS, Y NECESIDADES MAS CLARAMENTE, ETC.
ENTONCES, LA FUNCION DE TODAS LAS CONDUCTAS DE APEGO
VA SIENDO MENOS NECESARIA, Y EL NIÑO VA APRENDIENDO -
A SEPARARSE DE LA MADRE.

ESTA ETAPA DE SEPARACION, QUE SE INICIA CUANDO EL NI NI
NO EMPIEZA A SER CAPAZ DE SEPARARSE FISICAMENTE DE -
LA MADRE, ES TAN IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO EMO -
CIONAL DEL NIÑO COMO LA DEL ESTABLECIMIENTO DEL APE -
GO, YA QUE IMPLICA LA PERCEPCION DE UN YO BIEN DELI -
MITADO POR PARTE DEL NIÑO, INDEPENDIENTE DE LA MADRE.

LA RELACION DE APEGO EN EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

AL IGUAL QUE EN EL CASO DEL NIÑO NORMAL, RESULTA PRACTICO DIVIDIR EL ESTUDIO DE LA RELACION DE APEGO EN EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN EN PEQUEÑOS FRAGMENTOS DE CARACTERISTICAS LINEALES, PARA OBSERVAR LAS ACTITUDES Y CONDUCTAS DE LA MADRE Y DEL NIÑO POR SEPARADO, SIN OLVIDAR QUE ESTA RELACION ES CIRCULAR Y MUTUA, Y QUE LA DIVISION SE HACE UNICAMENTE PARA FACILITAR SU ESTUDIO.

3.1 CONDUCTAS DE LA MADRE :

DENTRO DE LOS EVENTOS MAS DEVASTADORES EMOCIONALMENTE PARA UNA MADRE, SE ENCUENTRA EL DE DAR A LUZ A UN NIÑO CON ALGUN DEFECTO CONGENITO GRAVE, COMO ES EL CASO DEL SINDROME DE DOWN.

EL NACIMIENTO DE UN NIÑO CON ESTE PROBLEMA DERRUMBA DE UN GOLPE LAS EXPECTATIVAS E ILUSIONES FORMADAS -- A LO LARGO DE NUEVE MESES DE EMBARAZO Y CAUSA UN -- SHOCK EMOCIONAL TAN FUERTE, QUE LA MAYORIA DE LAS MUJERES QUE LO VIVEN NECESITAN ALREDEDOR DE UN MES PARA EMPEZAR A SALIR DE EL Y ACTUAR DE MANERA MAS ORGANIZADA, Y UN PERIODO MUCHO MAS LARGO Y VARIABLE DE TIEMPO PARA REAJUSTARSE Y EMPEZAR A ACTUAR REALMENTE

ACEPTANDO Y AFRONTANDO EL PROBLEMA. (MILLER, 1968).

PUESTO QUE EL SINDROME O TRISOMIA 21 CAUSA EN LOS NIÑOS UN GRAN NUMERO DE ALTERACIONES, MUCHAS DE ELLAS EVIDENTES A SIMPLE VISTA Y DESDE EL NACIMIENTO, LA MAYORIA DE LAS MADRES NO TAN INMEDIATAMENTE QUE "ALGO RARO" PASA CON SU NIÑO. SIN EMBARGO, SOLO HASTA QUE UN MEDICO, ENFERMERA - ALGUIEN A QUIEN LOS PADRES RESPETEN Y EN QUIEN ELLOS CONFIAN - LES DICE QUE SE TRATA DE UN SINDROME DE DOWN, SIENTEN EL VERDADERO IMPACTO EMOCIONAL Y REACCIONAN A EL.

ESTA REACCION PUEDE MANIFESTARSE POR MEDIO DE LLANTO, NEGACION DEL PROBLEMA, FURIA, UNA ESPERANZA INCOMMOVIBLE DE QUE SE TRATA DE ALGUN ERROR O CUALQUIER OTRA FORMA PROPIA DE UN SHOCK EMOCIONAL MUY FUERTE. EN ESTE MOMENTO CUALQUIER EXPLICACION PUEDE RESULTAR INUTIL, PUESTO QUE ES IMPOSIBLE PARA LOS PADRES COMPRENDERLA Y, AUN A VECES, ESCUCHARLA.

SIN EMBARGO, SEGUN UN ESTUDIO REALIZADO POR CUNNINGHAM Y SLAPER EN 1977, SEÑALA QUE LA MAYORIA DE LOS PADRES PREFIEREN QUE SE LES DE LA NOTICIA LO MAS PRONTO POSIBLE Y ESTANDO LOS DOS JUNTOS, PUESTO QUE SURGE UN SENTIMIENTO DE DESESPERACION TAN GRANDE, QUE LA NECESIDAD DE TENER A ALGUIEN A SU LADO SE HACE IMPERIOSA.

UNA VEZ PASADO EL PERIODO DE SHOCK INICIAL SIGUE UN PERIODO DE DEPRESION Y PREOCUPACION CRONICA QUE ABARCA LAPROSOS MUY VARIABLES DE TIEMPO Y DURANTE EL CUAL TANTO LAS MADRES COMO LOS PADRES SE PREOCUPAN ENORMEMENTE POR SU MATRIMONIO, SUS OTROS HIJOS, POR EL FUTURO DEL NIÑO, POR COMO DECIRSELO A LOS DEMAS Y POR

SABER MAS ACERCA DEL SINDROME DE DOWN.

MUCHAS VECES SE NIEGAN A ACERCARSE A TOCAR A SU BEBE. ASIMISMO, DURANTE ESTE TIEMPO, EL 50 POR CIENTO DE -- LAS MADRES, REVELA EN UN ESTUDIO REALIZADO POR MILLER 1977, MAHLER 1968 - HABER TENIDO IDEAS INFANTICIDAS - O UN ENORME DESEO DE QUE EL BEBE MURIERA.

ESTE TIPO DE PENSAMIENTOS CREAN UN GRAN SENTIMIENTO - DE CULPA EN LOS PADRES Y AUMENTA SU DEPRESION Y PREOCUPACION.

SI DURANTE ESTA ETAPA LOS PADRES CUENTAN CON UNA PERSONA QUE CONTESTE SUS PREGUNTAS CON VERACIDAD, QUE -- LES APOYE Y AYUDE EN EL CUIDADO DEL NIÑO, ALGUIEN QUE OIGA SUS PREOCUPACIONES Y LAS ACEPTA, ESTE PERIODO PASARA MAS RAPIDAMENTE Y SE FAVORECERA EL APEGO ENTRE - ELLOS Y EL NIÑO.

EL FINAL DE ESTA ETAPA SE MARCA POR UN SENTIMIENTO DE RELAJACION Y MAYOR CALMA POR PARTE DE LOS PADRES, POR EL HECHO DE LLAMAR AL NIÑO POR SU NOMBRE, DANDOLE UNA IDENTIDAD PROPIA AL IR CONOCIENDO SUS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES, Y DA PASO, POCO A POCO, A LA ULTIMA -- ETAPA LA DE REAJUSTE, EN LA QUE PUEDEN ACEPTAR PLENAMENTE AL NIÑO.

SIN EMBARGO, EN MUCHOS CASOS ESTA ETAPA ES MAS UNA META QUE UNA REALIDAD Y LOS PADRES PERMANECEN EN UN ESTADO DE PREOCUPACION CRONICA O DEPRESION DURANTE LAP-SOS DE TIEMPO MUCHO MAS LARGOS.

POR OTRO LADO, DURANTE LOS PRIMEROS DIAS DESPUES DEL PARTO, LA MADRE DEBE AJUSTAR LA IMAGEN MENTAL DEL BEBE QUE FORMO A LO LARGO DEL EMBARAZO CON LA IMAGEN -- REAL DEL BEBE, PERO EN EL CASO DE UN NIÑO CON SINDRO-

ME DE DOWN, EL PROCESO ES MUCHO MÁS DIFÍCIL E IMPLICA HACER UN DUELO POR EL BEBE ESPERADO Y EMPEZAR A FORMAR LA RELACION DE APEGO CON EL BEBE REAL.

ESTAS DOS TAREAS SON CONFLICTIVAS ENTRE SI Y MUCHAS VECES IMPLICAN UN ESFUERZO DEMASIADO GRANDE PARA UNA MADRE QUE SE ENCUENTRA EN ESTADO DE SHOCK EMOCIONAL.

LLEVARLAS A CABO SATISFACTORIAMENTE IMPLICA UN PROCESO LENTO Y DOLOROSO, EXIGE UN ENORME ESFUERZO Y REQUIERE UN GRAN APOYO POR PARTE DE QUIENES LA RODEAN Y DE LOS ENCARGADOS DE SU SALUD Y LA DEL BEBE.

POR UN LADO, LOS PADRES REQUIEREN MUCHO MAS TIEMPO PARA RECUPERARSE Y ACEPTAR PLENAMENTE AL BEBE; SE ENFRENTAN A SU VEZ CON UNA GRAN CANTIDAD DE PREOCUPACIONES SOBRE EL BIENESTAR Y EL FUTURO DE SU NIÑO Y DE SU ESPOSA, PASAN POR UN PROCESO DE DUELO Y DE SHOCK EMOCIONAL TAN FUERTE COMO LA MADRE, PERO SE VEN OBLIGADOS, EN LA MAYORIA DE LOS CASOS, A TOMAR MEDIDAS PRACTICAS Y A CONTINUAR SUS OCUPACIONES NORMALES ANTES QUE SUS ESPOSAS Y, POR OTRO LADO, AUNQUE LAS PAUTAS SOBRE EL CUIDADO DE LOS NIÑOS TIENDEN A CAMBIAR, ELLOS PASAN GENERALMENTE MUCHO MENOS TIEMPO EN CONTACTO CON EL NIÑO, POR LO QUE LA ACEPTACION DE ESTE Y SU PROBLEMA Y EL CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS PERSONALES DEL MISMO, TARDAN MUCHO MAS EN ESTABILIZARSE QUE EN EL CASO DE LA MADRE.

ASIMISMO, EN EL PERIODO DE DEPRESION, LOS PADRES SUFREN SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD COMO PADRES - A VECES COMO ESPOSOS - Y COMO HOMBRES, Y REQUIEREN TAMBIEN GRAN APOYO EXTERNO.

PUESTO QUE AMBOS PADRES NECESITAN SER APOYADOS, OI - DOS E INFORMADOS CON VERACIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD Y EXPECTATIVAS DE SU HIJO, SE ESPERARIA QUE EN TODOS - LOS HOSPITALES, O AL MENOS EN LA MAYORIA, SE CONTARA CON PERSONAL ENTRENADO PARA OFRECER ESTA CLASE DE SER VICIO A LOS PADRES, SIN EMBARGO , ESTO NO ES ASI.

EN LA MAYORIA DE LOS HOSPITALES SE DA A LOS PADRES - LA NOTICIA DEMASIADO TARDE, PUESTO QUE LOS PROFESIO - NALES EVITAN ESTE " TRABAJO " EL MAYOR TIEMPO POSI - BLE Y, ADEMAS, SE CONSIDERA QUE CON INFORMARLES A LOS PADRES SOBRE EL PROBLEMA DEL BEBE SE HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION PROFESIONAL, POR LO QUE NO SOLO NO SE - OFRECE EL APOYO QUE TANTO NECESITAN SINO QUE TAMPOCO SE LES DA TIEMPO PARA QUE FORMULEN PREGUNTAS Y DUDAS RESPECTO AL SINDROME DE DOWN.

POR OTRO LADO, LA MAYORIA DE LAS MADRES DE UN NIÑO - CON SINDROME DE DOWN PASAN AL MENOS EL PRIMER MES DE VIDA DEL NIÑO EN UN ESTADO DE SHOCK EMOCIONAL QUE - LES IMPIDE ACTUAR DE MANERA REALISTA Y EFECTIVA EN - FAVOR DEL NIÑO Y, DESPUES DE VENCER ESTA ETAPA, PA - SAN POR UN PERIODO VARIABLE DE DEPRESION Y PREOCUPA - CION CRONICA. SOLO SUPERANDO ESTO, PUEDEN OFRECER A SU NIÑO EL CLIMA EMOCIONAL DE ACEPTACION Y AFECTO -- TAN NECESARIO PARA QUE SE ESTABLEZCA UNA BUENA RELA - CION DE APEGO.

SIN EMBARGO, AUN EN ESTA ETAPA ESTAN SOMETIDAS A UNA CONSTANTE TENSION EMOCIONAL, TIENEN MAYOR PROBABILI - DAD DE TENER PROBLEMAS EN SUS MATRIMONIOS Y CON SUS OTROS HIJOS Y REQUIEREN DE UNA CANTIDAD DE ENERGIA - PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE SU NIÑO CON SIN - DROME DE DOWN, POR LO QUE LA RELACION DE APEGO CON -

ESTE SE VE OBSTACULIZADA.

OTRO EFECTO DE ESTA FUERTE TENSION DENTRO DE LA FAMILIA SE HA OBSERVADO EN LOS HERMANOS DE LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN, ESPECIALMENTE EN LAS HERMANAS MAYORES A ESTOS EN LAS QUE SE ENCONTRO UN MAYOR NUMERO DE CONDUCTAS ANTISOCIALES, FRACASOS ESCOLARES Y FUERTES SENTIMIENTOS DE INADECUACION, EN COMPARACION CON LOS CASOS DE FAMILIAS CONTROL Y, SORPRESIVAMENTE, TAMBIEN SE ENCONTRO UN NUMERO MAYOR DE ESTAS CON RESPECTO A LOS HERMANOS MAYORES Y HERMANOS Y HERMANAS MENORES-AL NIÑO CON EL PROBLEMA (GATH, 1974).

UNA VEZ QUE SE HAN SUPERADO LAS ETAPAS INICIALES DE SHOCK Y DEPRESION, LA MAYORIA DE LAS MADRES TOMAN -- UNA ACTITUD MAS POSITIVA Y EMPIEZAN A TRABAJAR CON - SU NIÑO, TRATANDO DE DARLE LA MEJOR ATENCION POSIBLE. SIN EMBARGO, SE REQUIERE DE UN GRAN ESFUERZO PERSONAL Y FAMILIAR PARA SALIR DE LA CRISIS; DE UN ESFUERZO CONTINUO, MUCHO MAYOR DEL QUE EXIGE UN NIÑO NORMAL, PARA LOGRAR DEL NIÑO UN DESARROLLO OPTIMO Y ENFRENTARSE A LAS TENSIONES QUE LA PRESENCIA DEL SINDROME TRAE CONSIGO, POR LO QUE LA MADRE CUENTA CON MENOS TIEMPO Y, MUCHAS VECES, CON MENOS ENERGIA PARA PASAR EN COMPAÑIA DE SU NIÑO E INTERACTUAR CON EL.

3.2 CONDUCTAS DEL NIÑO :

DENTRO DE LAS CONDUCTAS DEL NIÑO, ENCONTRAMOS CARACTERISTICAS Y HABILIDADES BIEN DEFINIDAS DEL MISMO, - QUE SEÑALAN COMO VA SIENDO CADA UNA.

AL HABLAR DE LAS CARACTERISTICAS FISICAS DEL SINDROME DE DOWN, DEBEMOS TOMAR EN CUENTA QUE NO NECESARIAMENTE TODOS LOS NIÑOS PRESENTAN TODAS LAS CARACTERISTICAS MENCIONADAS.

A CONTINUACION SE DESCRIBIRA CADA UNA DE ELLAS.

CARACTERISTICAS FISICAS DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN:

* C A B E Z A :

LA CABEZA ES LIGERAMENTE MAS PEQUENA QUE LA DE UN RECIEN NACIDO NORMAL, LA PARTE POSTERIOR SE ENCUENTRA LIGERAMENTE APLANADA, LAS FONTANELAS SON MAS LARGAS Y TARDAN MAS EN CERRARSE; SE ENCUENTRA LO QUE SE CONOCE COMO FALSA FONTANELA EN LA LINEA MEDIA DEL CRANEO; SU CABELLO ES ESCASO, LACIO Y MUY DELGADO.

* C A R A :

EL HUESO NASAL NO ESTA TOTALMENTE DESARROLLADO, DANDO A LA CARA UNA APARIENCIA PLANA, ADEMÁS, EL PUENTE NASAL ES GENERALMENTE MUY PLANO: LOS OJOS TIENEN FORMA " ORIENTAL ", DEBIDO AL EPICANTO O CISURA PALPEBRAL; PRESENTAN MANCHAS DORADAS O BLANCAS EN EL IRIS,

LLAMADAS MANCHAS DE BURNSFIELD; CON MAYOR FRECUENCIA QUE EN EL RESTO DE LA POBLACION, APARECEN ALTERACIONES VISUALES COMO ESTRABISMO, NISTAGMUS Y MIOPIA; -- LAS OREJAS SON GENERALMENTE PEQUEÑAS Y EN LA PARTE SUPERIOR DEL PABELLON SE ENCUENTRA UN PLIEGUE; EL CANAL AUDITIVO ES MAS ESTRECHO QUE EN EL NIÑO NORMAL, LO QUE FAVORECE LA ACUMULACION DEL LIQUIDO Y LAS INFECCIONES, TAMBIEN ES FRECUENTE ENCONTRAR ALTERACIONES EN LA COCLEA Y EN LOS CANALES SEMICIRCULARES, -- ASI COMO HIPOAÜSIA SUPERFICIAL O MEDIA, LA BOCA ES EN GENERAL MAS PEQUEÑA DE LO NORMAL, EL PALADAR ES MAS ESTRECHO Y LA QUIJADA TIENDE A SER MAS PEQUEÑA -- TAMBIEN, LO QUE OCASIONA EL AMONTONAMIENTO DE LOS DIENTES PERMANENTES; LA LENGUA PRESENTA FISURAS Y EN ALGUNOS CASOS HIPERTROFIA PAPILAR.

* C U E L L O :

EL CUELLO ES GENERALMENTE CORTO Y ANCHO, A VECES --- APARECEN PLIEGUES EN LA PIEL A LOS LADOS DEL CUELLO QUE DESAPARECEN CUANDO EL NIÑO CRECE.

* P E C H O :

GENERALMENTE SE PRESENTA APLANAMIENTO DEL ESTERNON - Y EN LOS CASOS DE DEFECTOS CARDIACOS CONGENITOS PUE-

DE APARECER MAS ANCHO UN LADO QUE EL OTRO.

ESTOS DEFECTOS SE ENCUENTRAN CERCA DEL 40 POR CIENTO DE LOS CASOS, LOS MAS COMUNES SON: COMUNICACION IN - TRAVENTRICULAR, PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO Y TETRALOGIA DE FALLOT.

CON LOS AVANCES DE LA MEDICINA ACTUAL LA MAYORIA DE ESTOS DEFECTOS PUEDEN SER CONTROLADOS O CORREGIDOS - MEDIANTE CIRUGIA, Y SOLO DEL 10 AL 20 POR CIENTO DE LOS CASOS SON DEMASIADO GRAVES Y OCASIONAN LA MUERTE, USUALMENTE DENTRO DEL PRIMER AÑO DE VIDA.

* A B D O M E N :

GENERALMENTE EL ABDOMEN DE ESTOS NIÑOS NO PRESENTA - CARACTERISTICAS ESPECIALES, AUNQUE EN ALGUNOS CASOS SE DA UN BLOQUEO INTESTINAL QUE SE CORRIGE MEDIANTE - CIRUGIA DURANTE LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA.

TAMBIEN, DEBIDO AL POBRE TONO MUSCULAR SE ENCUENTRA - A MENUDO UNA HERNIA UMBILICAL, SIN EMBARGO, ESTA NO ES GRAVE Y NO REQUIERE DE TRATAMIENTO NI CIRUGIA, -- CIERRA ESPONTANEAMENTE CUANDO EL NIÑO CRECE.

* G E N I T A L E S :

AL NACER NO PRESENTAN NINGUNA CARACTERISTICA ESPE -- CIAL, SIN EMBARGO, SE SABE QUE EN EL HOMBRE NO LLEGA

NUNCA A ALCANZAR SU DESARROLLO PLENO Y EN LA MUJER -
EL DESARROLLO SE DA DE FORMA MAS LENTA.

* E X T R E M I D A D E S :

EN GENERAL NO APARECEN DIFERENCIAS NOTABLES, EXCEPTO LAS MANOS, QUE TIENDEN A SER MAS PEQUEÑAS, CON DEDOS MAS CORTOS Y A VECES PRESENTAN UNA CURVATURA HACIA -
ADENTRO DEL DEDO MENIQUE.

LAS HUELLAS DIGITALES SON TAMBIEN DIFERENTES, Y AL -
REDEDOR DEL 50 POR CIENTO DE LOS CASOS APARECE LA --
LLAMADA LINEA SIMIESCA QUE CONSISTE EN UNA LINEA MAS PROFUNDA QUE LAS DEMAS Y QUE ATRAVIESA LA PALMA DE -
LA MANO.

* M U S C U L O S :

AUNQUE EN GRADO VARIABLE, CASI EL 100 POR CIENTO DE
LOS NIÑOS PRESENTAN UNA HIPOTONIA GENERALIZADA Y --
TENDONES DEMASIADO LAXOS, LO QUE HACE QUE LAS ARTI-
CULACIONES SEAN HIPERFLEXIBLES Y AUMENTA LA PROBABI-
LIDAD DE DISLOCACIONES.

POR OTRO LADO ESTA HIPOTONIA DIFICULTA LA COORDINA--
CION MUSCULAR GRUESA Y FINA.

* E X P E C T A T I V A S D E D E S A R R O L L O :

EN GENERAL, EL DESARROLLO ES MAS LENTO; ESTO ES EVIDENTE TAMBIEN EN EL CRECIMIENTO Y EL AUMENTO DE PESO DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.

LA ESTATURA PROMEDIO ES ALREDEDOR DE 6 CENTIMETROS - MENOR QUE LA DEL PROMEDIO EN EL NIÑO NORMAL.

EN CUANTO AL PESO, MUCHOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN TIENDEN A SER OBESOS AL ACERCARSE A LA ADOLESCENCIA, ESTO DEBIDO TANTO A MALOS HABITOS ALIMENTICIOS COMO A SUS DIFICULTADES PARA LA COORDINACION MOTORA Y AL BAJO TONO MUSCULAR.

* E X P E C T A T I V A S D E V I D A :

CON LOS AVANCES DE LA MEDICINA MODERNA ES DIFICIL HABLAR DE UN PROMEDIO DE VIDA PARA ESTOS NIÑOS, YA QUE LA MAYORIA DE LAS ENFERMEDADES QUE CAUSABAN SU MUERTE A EDADES TEMPRANAS PUEDE SER CONTROLADA.

SIN EMBARGO, UN ALTO PORCENTAJE DE LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN, TIENEN UN PROMEDIO DE VIDA INFERIOR - AL NORMAL (ALREDEDOR DE 40 AÑOS).

* O T R A S C A R A C T E R I S T I C A S :

EXISTE EN MUCHOS CASOS UNA DIFERENCIA EN EL SISTEMA-
INMUNOLOGICO DE ESTOS NIÑOS, LO QUE PROVOCA QUE LA -
FRECUENCIA DE INFECCIONES DE CUALQUIER TIPO SEA HAS-
TA 50 VECES SUPERIOR A LO NORMAL, Y QUE LAS INFECCIO-
NES QUE GENERALMENTE NO SON GRAVES COMO LOS CATARROS,
SE COMPLIQUEN CON MAYOR FACILIDAD PRODUCIENDO ENFER-
MEDADES MUCHO MAS PELIGROSAS.

EL AREA MAS SENSIBLE A LAS INFECCIONES ES LA DE LAS-
VIAS RESPIRATORIAS.

* H A B I L I D A D E S I N T E L E C T U A L E S :

GENERALMENTE ESTAS HABILIDADES HAN SIDO SUBESTIMADAS
EN EL PASADO, YA QUE SOLO UN MUY PEQUEÑO PORCENTAJE
DE NIÑOS PRESENTA UN RETRASO MENTAL SEVERO O PROFUN-
DO, LA MAYORIA DE ELLOS SE ENCUENTRA ENTRE UN RETRA-
SO MEDIO Y SUPERFICIAL, POR OTRA PARTE LA CREENCIA -
MUY POPULAR DE QUE SE DESARROLLE INTELECTUALMENTE DU-
RANTE CIERTO TIEMPO Y LUEGO EMPIECE A DECLINAR SUS
HABILIDADES ES INCORRECTA, YA QUE CON UNA ESTIMULA-
CION ADECUADA EL DESARROLLO PUEDE MANTENERSE DURANTE
TODA SU VIDA.

EXISTEN ADEMÁS, ALTERACIONES MENOS APARENTES, MENOS
CONOCIDAS, PERO CUYA INFLUENCIA EN EL DESARROLLO IN-
TELECTUAL DEL NIÑO ES ENORME.

LAS MAS IMPORTANTES DE ESTAS ALTERACIONES SON LAS SIGUIENTES:

- LA PRESENCIA DE HIPOTONIA GENERALIZADA QUE SE DA EN TODOS LOS CASOS, AUNQUE EN GRADOS VARIABLES.
- LA DEFICIENCIA EN EL SISTEMA INMUNOLOGICO, QUE AUMENTA LA FRECUENCIA DE INFECCIONES.
- LA PRESENCIA DE UN CANAL AUDITIVO MAS ESTRECHO DE LO NORMAL, QUE LLEVA A DIVERSOS GRADOS DE HIPOACUSIA EN UN GRAN PORCENTAJE DE LOS CASOS.
- ALREDEDOR DEL 30 O 40 POR CIENTO DE LOS CASOS DE SINDROME DE DOWN SE ACOMPAÑA DE CARDIOPATIAS, LA MAYORIA DE LAS CUALES REQUIERE CIRUJIA Y CUIDADOS ESPECIALES.
- ANORMALIDADES OFTALMOLOGICAS COMO MIOPIA, AMETROPIA, ESTRABISMO Y NISTAGMUS EN UN NUMERO SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR QUE EN LA POBLACION NORMAL.
- UNA DISMINUCION EN LA CANTIDAD DE ACETILCOLINA DISPONIBLE EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

ES DECIR, ADEMAS DE LA CAPACIDAD DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN PARA EL MANEJO Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION QUE SE ENCUENTRA DISMINUIDA POR EL RETRASO MENTAL, EXISTEN SERIAS LIMITACIONES EN LA CANTIDAD DE INFORMACION QUE RECIBE DEBIDO A LAS ALTERACIONES MENCIONADAS.

DE ESTA MANERA SU DESARROLLO, EN CUALQUIERA DE LAS AREAS, SERA NO SOLAMENTE MAS LENTO SINO TAMBIEN MENOS COMPLETO QUE EN EL CASO DEL NIÑO NORMAL.

LA GRAN MAYORIA DE LOS ESTUDIOS Y REVISIONES BIBLIOGRAFICAS CONSULTADAS, SE HAN ENFOCADO EN EL RETRASO Y LAS ALTERACIONES EN EL DESARROLLO FISICO, INTELECTUAL, MOTOR, DEL LENGUAJE, Y LAS FORMAS DE ESTIMULACION, PARA LOGRAR EL MAXIMO RENDIMIENTO POSIBLE DE CADA NIÑO. SIN EMBARGO, EN EL AREA AFECTIVA, LOS ESTUDIOS SON MUCHO MENOS SISTEMATICOS; SOLO SE CONOCEN DIFERENCIAS Y ALTERACIONES EN ALGUNOS ASPECTOS DEL AREA AFECTIVA, PERO NO SE TIENE UN CUERPO SOLIDO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL DESARROLLO AFECTIVO EN EL CASO DEL SINDROME DE DOWN.

EN REALIDAD, LA MAYORIA DE LOS DESCUBRIMIENTOS EN ESTA AREA SE DEBE A LA RELACION QUE GUARDAN CON LAS MANIFESTACIONES COGNOSCITIVAS Y HAN SIDO EXPLICADOS -- DESDE EL PUNTO DE VISTA EDUCATIVO LLEGANDOSE A CONOCER DIFERENCIAS IMPORTANTES EN LAS CONDUCTAS PRECURSORAS DEL APEGO:

+ S U C C I O N :

EL REFLEJO DE SUCCION SE ENCUENTRA GENERALMENTE DISMINUIDO LO QUE DIFICULTA O IMPIDE LA ALIMENTACION AL SENO MATERNO DURANTE LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA Y HACE DE LA ALIMENTACION UN PROCESO TRABAJOSO Y DIFICIL, DISMINUYENDO EL PLACER QUE CAUSA TANTO A LA MADRE COMO AL NIÑO.

POR OTRO LADO, DEBIDO A LA HIPOTONIA GENERALIZADA, - AL NIÑO CON SINDROME DE DOWN SE LE DIFICULTA LA ORIENTACION DE SU CABEZA Y CUERPO AL SER LEVANTADO EN BRAZOS, POR LO QUE NO PUEDE OFRECER A LA MADRE ESTE REFORZAMIENTO.

EXISTE ADEMÁS OTRA COMPLICACION RELACIONADA CON LA ALIMENTACION: ALGUNOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN AUMENTAN SU PESO Y ESTATURA MUY LENTAMENTE DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE VIDA (PUESCHEL, 1976), POR LO QUE MUCHAS VECES LAS MADRES QUEDAN CON LA PREOCUPACION DE SABER SI LO QUE LES DAN DE COMER A LOS NIÑOS ES SUFICIENTE O NO, AGREGANDO UN FACTOR DE ANSIEDAD AL PROCESO DE LA ALIMENTACION.

+ S O N R I S A :

LA APARICION DE LA SONRISA EN LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN SE DA SIGNIFICATIVAMENTE MAS TARDE QUE EN LOS NIÑOS NORMALES, INICIANDOSE ALREDEDOR DE LAS 7 U 8 SEMANAS DE VIDA. (BERGER Y CUNNINGHAM 1981, PUESCHEL -- 1980).

APARENTEMENTE, UNA VEZ QUE EL NIÑO EMPIEZA A SONREIR, ESTA CONDUCTA SE MANTIENE IGUAL COMO EN EL CASO DEL NIÑO NORMAL. SIN EMBARGO, TANTO REPORTES DE LAS MADRES, COMO OBSERVACIONES CUIDADOSAS REALIZADAS EN SITUACIONES EXPERIMENTALES, DEMUESTRAN, POR UNA PARTE, QUE LA CANTIDAD DE SONRISAS ES SIGNIFICATIVAMENTE MENOR EN ESTOS NIÑOS (STONE Y CHESNEY 1978; BERGER Y CUNNINGHAM, 1981) Y, POR LA OTRA, QUE A LAS MADRES, COMO GRUPO, LES CUESTA MAS TRABAJO PROVOCAR UNA SONRISA EN EL NIÑO, QUE A LAS MADRES DE LOS NIÑOS NORMALES.

+ C O N T A C T O V I S U A L :

ADEMAS DE UN RETRASO EN LA APARICION DEL CONTACTO VISUAL, SE HAN OBSERVADO OTRAS DIFERENCIAS EN ESTAS -- CONDUCTAS EN LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN, ESPECIALMENTE CON RESPECTO A LA DURACION DE LAS MIRADAS, QUE TIENDEN A SER MUCHO MAS CORTAS QUE LAS DE LOS NIÑOS - NORMALES EN LOS PRIMEROS MESES DE VIDA.

MAS ADELANTE, CUANDO LOS NIÑOS LOGRAN MANTENER LA MIRADA DURANTE MAS TIEMPO, SURGE OTRA DIFERENCIA, EN LUGAR DE MOSTRAR UN AUMENTO EN LA PREFERENCIA DE ESTIMULOS MOVILES, SE MANTIENE LA PREFERENCIA A ESTIMULOS FIJOS DURANTE MUCHO MAS TIEMPO DIFICULTANDO LA ADQUISICION DEL ESQUEMA FACIAL Y LA AMPLIACION DE SU CAMPO VISUAL.

+ L L A N T O :

AUNQUE EXISTEN MUY POCOS ESTUDIOS REALIZADOS ACERCA-- DEL LLANTO SE SABE QUE EN LOS NIÑOS CON SINDROME DE-- DOWN TIENDEN A LLORAR CON MENOR FRECUENCIA E INTENSIDAD QUE LOS NIÑOS NORMALES (STONE Y CHESNEY 1978), PRESENTANDO ASI MENORES PROBABILIDADES DE ATRAER LA-- ATENCION DE ALGUN ADULTO.

ADEMAS DE LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS, SORCE Y EMDE - 1981, PUBLICARON LOS RESULTADOS DE UN ESTUDIO SOBRE - LAS EXPRESIONES EMOCIONALES QUE LOS NIÑOS NORMALES Y SINDROME DE DOWN, EN DONDE SEÑALABAN QUE LA INTENSIDAD

DE LAS EXPRESIONES EMOCIONALES EN LOS NIÑOS CON DICHO SINDROME ERA MENOR QUE EN LOS NIÑOS NORMALES, ESPECIALMENTE LAS EXPRESIONES DE GOZO, MIENTRAS QUE LAS EXPRESIONES EMOCIONALES QUE INDICABAN UN INTERES MODERADO HACIA PERSONAS U OBJETOS ERAN MUCHO MAYORES. DE ESTA MANERA, LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN SON MENOS APTOS PARA ÍMITAR, MEDIANTE SEÑALES PREVERBALES, (COMO LA EXPRESION FACIAL Y EL USO DE SU CUERPO), A LOS ADULTOS A INTERACTUAR CON ELLOS, Y LA RESPUESTA QUE DAN A LAS INTERACCIONES INICIADAS POR LOS ADULTOS, AL SER MENOS INTENSAS, SON MENOS REFORZANTES, POR LO QUE NECESITAN DE UNA ADAPTACION POR PARTE DE LOS ADULTOS QUE LES RODEAN ESPECIALMENTE SU MADRE A ESTA EXPRESION EMOCIONAL MENOS INTENSA.

EL ESTUDIO DE ESTAS ALTERACIONES EN LAS CONDUCTAS PRECURSORAS DEL APEGO, SUGIERE QUE EL APEGO PROPIAMENTE DICHO, SE VEA TAMBIEN ALTERADO.

SIN EMBARGO, LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS EN ESTE CAMPO, MUESTRAN RESULTADOS QUE DIFIEREN ENTRE SI; ALGUNAS, COMO LAS DE DUBOSE Y VADASY 1981, SUGIEREN QUE EL APEGO SE VE RETRASADO, PERO QUE SE ESTABLECE DE LA MISMA MANERA Y CON LAS MISMAS CARACTERISTICAS QUE EN EL NIÑO NORMAL, MIENTRAS QUE OTRAS, SI REPORTAN DIFERENCIAS MAS ALLA DEL TIEMPO DE APARICION. (SERAFICA Y CICCHETTI, 1976).

POR OTRO LADO, ALGUNAS DE LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS PUEDEN SER ATRIBUIDAS A QUE SE HAN COMPARADO GRUPOS DE LA MISMA EDAD CRONOLOGICA Y NO DE LA MISMA EDAD MENTAL; SIN EMBARGO, AUN SE CONOCE MUY POCO DE LAS DIFERENCIAS EN LAS MANIFESTACIONES DEL APEGO ENTRE LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN Y LOS NIÑOS NORMALES.

3. 3 LA IMPORTANCIA DEL APEGO EN EL NIÑO CON S. DE DOWN :

EL SINDROME DE DOWN, CONOCIDO POPULARMENTE CON EL NOMBRE DE MONGOLISMO, ES UNO DE LOS SINDROMES GENETICOS MAS ESTUDIADOS, PROBABLEMENTE DEBIDO A SU ALTA INCIDENCIA APROXIMADAMENTE UNO POR CADA SEISCIENTOS NACIMIENTOS.

SE TIENE AMPLIA INFORMACION SOBRE LOS ASPECTOS GENETICOS, FISICOS, MEDICOS Y EDUCATIVOS DE LAS PERSONAS -- QUE LO PRESENTAN; EN LOS ULTIMOS VEINTE AÑOS SE HAN HECHO GRANDES AVANCES AL RESPECTO, LLEGANDO A DEMOSTRARSE QUE EL RETRASO MENTAL QUE LO ACOMPAÑA NO ES -- TAN PROFUNDO COMO SE CREIA Y QUE, CON UNA ADECUADA ES TIMULACION, SON CAPACES DE APRENDER UN GRAN NUMERO DE ACTIVIDADES QUE LES PERMITEN UN ALTO GRADO DE INDEPENDENCIA EN MUCHAS AREAS DE SU VIDA.

SIN EMBARGO, EL ASPECTO AFECTIVO DEL DESARROLLO DEL NIÑO NO HA RECIBIDO LA MISMA IMPORTANCIA, Y TODAVIA QUEDAN MUCHAS IDEAS ESTEREOTIPADAS ACERCA DEL NIÑO -- CON SINDROME DE DOWN, CASI APATICO, PLACIDO, SIEMPRE SONRIENTE Y TIMIDO, DESCRITO DESDE LAS PRIMERAS OBSERVACIONES DE JOHN LANGDON DOWN EN 1866, A PESAR DE QUE LOS ESTUDIOS REALIZADOS MAS RECIENTEMENTE TIENDEN A DESMENTIR ESTE ESTEREOTIPO Y EL HECHO DE QUE EXISTA UN PERFIL EMOCIONAL O DE TEMPERAMENTO QUE SEA CARACTERISTICO DEL SINDROME DE DOWN, PUESTO QUE AUN EN NIÑOS MUY PEQUEÑOS EXISTEN MARCADAS DIFERENCIAS EN LA FORMA Y EL GRADO DE ADAPTABILIDAD QUE MUESTRAN.

ES IMPORTANTE ENTONCES ESTUDIAR MAS A FONDO EL DESARROLLO AFECTIVO DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN, Y PARA

ELLO ESTE ESTUDIO CONSIDERA NECESARIO EL CONOCIMIENTO DE LA PRIMERA RELACION AFECTIVA EN LA VIDA DEL NIÑO: LA RELACION CON SU MADRE.

DESDE LA APARICION DE LAS PRIMERAS PUBLICACIONES -- PSICOLOGICAS, LA RELACION MADRE - HIJO HA SIDO OBJETO DE UN GRAN INTERES Y DE NUMEROSAS INVESTIGACIONES Y, A PESAR DE LOS DIFERENTES PUNTOS DE VISTA DESDE - LOS QUE HA SIDO ESTUDIADA, PARECE HABER UN ACUERDO - EN LA IMPORTANCIA QUE TIENE PARA EL DESARROLLO Y BIENESTAR DEL NIÑO TANTO FISICA COMO EMOCIONAL Y COGNOSITIVAMENTE.

VARIOS AUTORES. ENTRE ELLOS MAHLER, SPITZ Y BOWLBY, - HAN HECHO DE ELLA EL TEMA PRINCIPAL DE SUS INVESTIGACIONES, ENCONTRANDO QUE PARA QUE ESTA RELACION SE DESARROLLE ADECUADAMENTE NO SOLO ES NECESARIO QUE LA - MADRE SATISFAGA LAS NECESIDADES DEL NIÑO, SINO TAMBIEN QUE SEA LO SUFICIENTEMENTE SENSIBLE PARA RESPONDER A LAS " SEÑALES " DE SU NIÑO Y QUE SEA CAPAZ DE TRANSMITIRLE SU AFECTO Y ACEPTACION, EN SU RELACION CON EL, Y QUE SEA CONSTANTE. (SPITZ, 1965).

POR SU PARTE, EL NIÑO POSEE DESDE EL NACIMIENTO UN - NUMERO CONSIDERABLE DE CONDUCTAS CUYO EFECTO ES DE - UNA NATURALEZA TAN REFORZANTE PARA LA MADRE, QUE ESTA NO SOLO TIENDE A REPETIR LA CONDUCTA ESPECIFICA - QUE PROVOCO LA RESPUESTA EN EL NIÑO, SINO TAMBIEN A AUMENTAR EL TIEMPO QUE PASA EN COMPAÑIA DE SU NIÑO - Y LA INTENSIDAD AFECTIVA DE SUS INTERACCIONES CON EL.

ESTA RELACION CONOCIDA EN GENERAL CON EL NOMBRE DE - APEGO Y QUE HA SIDO DEFINIDA POR BOWLBY (1969) CO-

MO " EL FUERTE LAZO EMOCIONAL QUE UNE AL NIÑO CON SU MADRE " SE DEBERIA, SEGUN ESTE AUTOR, A LA ACTIVACION DE UN NUMERO DE SISTEMAS CONDUCTUALES QUE TIENEN COMO RESULTADO LA PROXIMIDAD A LA MADRE, CON UNA FUNCION BIOLOGICA ESPECIFICA Y DE GRAN IMPORTANCIA.

LA RELACION DE APEGO PROPIAMENTE DICHA REQUIERE, POR UNA PARTE, QUE EL NIÑO SEA CAPAZ DE DISTINGUIR A SU MADRE DE OTRAS PERSONAS Y QUE SU COMPORTAMIENTO HACIA ELLA SEA EN FORMA TAL QUE MANTENGA SU PROXIMIDAD LA-MAYOR CANTIDAD POSIBLE DE TIEMPO, Y, POR OTRA PARTE, REQUIERE QUE LA MADRE SEA CAPAZ DE ENTENDER, ACEPTAR Y RESPONDER CON SU PRESENCIA FISICA Y AFECTO A ESTAS CONDUCTAS EMITIDAS POR EL NIÑO.

ES DECIR, ESTA RELACION ES MUTUA, YA QUE OBLIGA A UN INTERCAMBIO CONSTANTE DE CONDUCTAS ENTRE LA MADRE Y EL NIÑO, DE FORMA TAL QUE AMBOS LA VIVAN COMO PLACEN TERA.

LA RELACION DE APEGO MUESTRA UN PROCESO DINAMICO, EN CONSTANTE CAMBIO, Y HA SIDO DIVIDIDA PARA SU ESTUDIO EN VARIAS ETAPAS.

DIFERENTES AUTORES LA HAN DIVIDIDO DE DIVERSAS MANERAS, SIN EMBARGO, EN FORMA GENERAL PUEDE DECIRSE QUE SE HAN OBSERVADO TRES ETAPAS:

- 1.- FORMACION DEL APEGO.
- 2.- APEGO PROPIAMENTE DICHO.
- 3.- SEPARACION.

DURANTE LA PRIMERA ETAPA, QUE ABARCA DESDE EL NACIMIENTO A LOS 5 - 6 MESES, EL BEBE ES AUN INCAPAZ DE

DIFERENCIAR CLARAMENTE A SU MADRE DE LAS DEMAS PERSONAS, POR LO TANTO, SUS CONDUCTAS VAN DIRIGIDAS A LA GENTE EN GENERAL, SIN EMBARGO, ES LA MADRE LA QUE MAS PROBABILIDADES TIENE DE RECIBIRLAS, PUESTO QUE ELLA ES EN GENERAL QUIEN MAS TIEMPO PASA CON EL BEBE, Y - ESTAS CONDUCTAS VAN A TENER SOBRE ELLA UN FUERTE IMPACTO.

TALES CONDUCTAS SON, POR EJEMPLO:

- EL SEGUIMIENTO VISUAL.
- EL CONTACTO OJO - OJO.
- LA SONRISA.
- EL ACOMODARSE A LOS BRAZOS.
- EL SER LEVANTADO.
- EL CESE DEL LLANTO ANTE LA PRESENCIA DE LA MADRE, ETC.

EN CONTRASTE CON EL BEBE, QUE AUN NO LOGRA DISTINGUIR ESPECIFICAMENTE A LA MADRE, ESTA NO SOLO ES CAPAZ DE DISTINGUIRLO FISICAMENTE, SINO TAMBIEN DE RECONOCER SU LLANTO DEL DE OTROS NIÑOS, SUS PRIMEROS BALBUCEOS Y, EN GENERAL, SUS SEÑALES POR LIGERAS QUE ESTAS SEAN.

PARA ELLA, EL APEGO EMPIEZA A FORMARSE DURANTE EL EMBARAZO Y SE INICIA DESDE EL PRIMER CONTACTO CON EL NIÑO.

ESTA ETAPA EN LA FORMACION DEL APEGO ES TAN IMPORTANTE PARA LA MADRE, QUE SI SE LA SEPARA DE SU HIJO EN LOS PRIMEROS MESES, LAS PROBABILIDADES DE DESARROLLAR UN APEGO CON EL DISMINUYEN NOTABLEMENTE.

EN ESTA PRIMERA ETAPA LA MADRE FORMA EL " CLIMA EMO-

CIONAL DE ACEPTACION Y AFECTO " QUE PERMITIRA AL NIÑO ASOCIARLA CON LAS SITUACIONES DE SATISFACCION Y PLACER E INICIAR DE ESTA MANERA NO SOLO LA FORMACION DEL APEGO, SINO TAMBIEN LA FORMACION DE HUELLAS MNEMICAS CON SIGNIFICADO, QUE LLEVARAN AL NIÑO POCO A POCO A UNA ESTRUCTURACION COHERENTE DE SU MUNDO.

LA ACTIVIDAD DE LA MADRE ANTE SU BEBE RECIEN NACIDO, Y DURANTE SUS PRIMEROS MESES DE VIDA, SERA LA QUE -- PERMITA QUE LAS RESPUESTAS DE ELLA SEAN REFORZANTES Y AGRADABLES AL NIÑO Y TAMBIEN LA QUE PERMITA A LA MADRE ACEPTAR Y DISFRUTAR LAS CONDUCTAS DE SU NIÑO DE MANERA QUE TAMBIEN RESULTEN REFORZANTES PARA ELLA.

CUANDO ESTA ACTITUD ES DE ACEPTACION Y AFECTO, EL -- CLIMA EMOCIONAL DE LA RELACION ES EN GENERAL POSITIVO Y PERMITE A AMBOS MIEMBROS DISFRUTAR LA RELACION Y VIVIRLA COMO PLACENTERA.

EN LA SEGUNDA ETAPA, DE APEGO PROPIAMENTE DICHO, O FASE SIMBIOTICA, LAS CONDUCTAS DEL NIÑO SE DIRIGEN YA ESPECIFICAMENTE A LA MADRE, DISTINGUIENDOLA CON CLARIDAD DE CUALQUIER OTRA PERSONA Y BUSCANDO SU --- PROXIMIDAD EL MAYOR TIEMPO POSIBLE.

EN ESTA ETAPA, EL NIÑO FUNCIONA " COMO SI EL Y SU MADRE FUERAN UN SISTEMA OMNIPOTENTE, UNA UNIDAD DUAL DENTRO DE LIMITES COMUNES ".

ALGUNAS DE LAS CONDUCTAS TIPICAS DE ESTA ETAPA SON: LLANTO CUANDO LA MADRE SALE DE SU CAMPO VISUAL, SONRISA ESPECIFICA A LA MADRE, VOCALIZACIONES DE INTERACCION CON LA MADRE, ACERCAMIENTO Y SEGUIMIENTO ESPECIFICOS A LA MADRE, RESPUESTAS DE SALUDO, ABRAZOS Y --

EXPLORACION DE LA MADRE, ETC.

EN ESTA ETAPA APARECE LA " ANGSTIA A EXTRAÑOS " ES-
DECIR, EL BEBE NO SOLO SE REHUSA A IRSE CON PERSONAS
NO FAMILIARES, SINO QUE DA SIGNOS CLAROS DE TEMOR AN-
TE ELLAS, ESPECIALMENTE SI LA MADRE NO ESTA PRESENTE.

PARA LA MADRE ESTA ES UNA ETAPA MUCHO MAS REFORZANTE
EN SU RELACION CON EL NIÑO, PUESTO QUE LAS RESPUESTAS-
DE ESTE SON DIRIGIDAS ESPECIALMENTE A ELLA, PERO AL-
MISMO TIEMPO RESULTA MAS DIFICIL, PUESTO QUE EL NIÑO
SE VUELVE MUCHO MAS DEMANDANTE. REQUIRIENDO SU PRE -
SENCIA SIEMPRE QUE ESTE DESPIERTO Y MOSTRANDOSE AN -
GUSTIADO ANTE LAS SEPARACIONES, ESPECIALMENTE SI SE
LE DEJA CON DESCONOCIDOS.

SIN EMBARGO, GENERALMENTE EN ESTA ETAPA EL BEBE TIE-
NE UNA O VARIAS FIGURAS SECUNDARIAS DE APEGO, ANTE -
LAS CUALES MANIFIESTA CONDUCTAS SIMILARES A LAS QUE
EL BRINDA A LA MADRE.

AUNQUE, CUANDO HAY QUE ESCOGER, ESCOGE DECIDIDAMENTE
A LA MADRE, ESPECIALMENTE EN SITUACIONES DE TENSION.

LA ULTIMA ETAPA, O DE SEPARACION, SE INICIA CON LA -
APARICION DE LA MARCHA INDEPENDIENTE DEL NIÑO, PERO
SE PROLONGA DURANTE UN PERIODO MAS LARGO HASTA QUE EL
NIÑO YA NO NECESITA DE LA PRESENCIA DE LA MADRE PARA
FUNCIONAR, Y SE DISTINGUE EN QUE EL NIÑO ES CAPAZ DE
ACEPTAR SUSTITUTOS O SIMBOLOS MATERNOS SIN ANGSTIA.

EN ESTE PERIODO EL NIÑO MUESTRA CONDUCTAS DE INDEPEN-
DENCIA COMO SON LA EXPLORACION, LA MARCHA LIBRE; AC-
TIVIDADES MOTORAS TALES COMO CORRER, TREPAR, BRINCAR,
ETC., PERO TAMBIEN MUESTRA UNA GRAN NECESIDAD DE LA

PRESENCIA DE LA MADRE, Y REGRESA CONSTANTEMENTE A --
ELLA UTILIZANDOLA COMO " BASE " PARA INICIAR SU EX -
PLORACION.

LA MADRE EN ESTA ETAPA DEBE SER CAPAZ DE SATISFACER-
DOS NECESIDADES CONTRADICTORIAS DEL NIÑO: LA INDEPEN
DENCIA, PERMITIENDOLE MOVERSE LIBREMENTE Y SEPARARSE
FISICAMENTE DE ELLA, Y LA DEPENDENCIA, APOYANDOLO Y
ACEPTANDO SUS INTENTOS DE ACERCARSE A ELLA CUANDO LO
NECESITE.

EN GENERAL, PODEMOS DECIR QUE LA MADRE REQUIERE DE -
LA CAPACIDAD DE ADAPTARSE AL CRECIMIENTO DE SU NIÑO,
SATISFACIENDO NECESIDADES DIFERENTES EN CADA ETAPA -
Y MANTENIENDO CONSTANTE EL CLIMA EMOCIONAL DE AFECTO
Y ACEPTACION, PARA CON ELLO PERMITIR Y PROMOVER EL -
DESARROLLO FISICO, INTELECTUAL Y EMOCIONAL DE SU HI-
JO.

CUANDO ESTA RELACION NO SE ESTABLECE, O CUANDO SE ES
TABLECE DE MANERA INCOMPLETA, LOS EFECTOS SON NOTO -
RIOS EN AMBOS MIEMBROS; SIN EMBARGO, EN EL NIÑO LAS-
CONSECUENCIAS PUEDEN SER MAS GRAVES.

LAS DESVIACIONES EN ESTA RELACION DE APEGO PUEDEN --
PRODUCIR EN EL NIÑO, DEPENDIENDO DE SU INTENSIDAD Y
DE LA ETAPA EN QUE SE DEN, DESDE UN " COLICO DEL -
TERCER MES ", HASTA UNA PSICOSIS FUNCIONAL, PASANDO
POR UNA AMPLIA GAMA DE PSICOPATOLOGIAS QUE INCLUYEN-
LA SOBRE - DEPENDENCIA Y TODOS LOS DERIVADOS DE LA -
ANSIEDAD.

ENTRE LOS FACTORES QUE MAS PUEDEN AFECTAR LA RELA --
CION DE APEGO DESDE SUS INICIOS, SE ENCUENTRAN LOS -

DEFECTOS CONGENITOS EN EL NIÑO, PUESTO QUE DERRUMBAN DE GOLPE TODAS LAS EXPECTATIVAS FORMADAS POR LA MADRE A LO LARGO DEL EMBARAZO.

ENTRE MAS GRAVE SEA LA NATURALEZA DEL DEFECTO DEL NIÑO, MAS DIFICIL SERA PARA LA MADRE INICIAR Y DISFRUTAR LAS INTERACCIONES CON EL, PUESTO QUE SE ENCONTRARA EN UN PERIODO DE CRISIS Y GRAN TENSION EMOCIONAL.

UNO DE LOS DEFECTOS CONGENITOS GRAVES Y OBVIOS DESDE EL NACIMIENTO O MUY POCOS DIAS DESPUES DE ESTE ES EL SINDROME DE DOWN, O TRISOMIA 21.

PUESTO QUE ESTE SE HAYA ASOCIADO AL RETRASO MENTAL Y A UNA SERIE DE RASGOS FISICOS CARACTERISTICOS, EL --SIMPLE HECHO DE DAR A LOS PADRES EL DIAGNOSTICO LES PROVOCA, ESPECIALMENTE A LA MADRE, UN ESTADO DE --SHOCK, MANIFESTADO POR MEDIO DE CONDUCTAS TALES COMO LLANTO INCONTROLABLE, INTENTOS DE NEGAR EL PROBLEMA, DESORGANIZACION, ETC.

ESTA ETAPA DE SHOCK SIGUE INMEDIATAMENTE AL CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO Y PUEDE DURAR, PARA LA MAYORIA DE LAS MADRES, ALREDEDOR DE UN MES; DURANTE ESTE PERIODO LAS MADRES SON INCAPACES DE AFRONTAR EL PROBLEMA EN FORMA REALISTA, Y SOLO PUEDEN ASIMILAR UNA PEQUEÑA PARTE DE LA INFORMACION QUE SE LES BRINDA, A MENUDO RESPONDEN NEGANDO QUE EL NIÑO TENGA UN PROBLEMA.

DESPUES DE ESTA ETAPA SIGUE UN PERIODO DE AJUSTE, EN EL CUAL LA MADRE ENTRA EN UN ESTADO DE DEPRESION O PREOCUPACION CRONICA, NEGANDO Y ACEPTANDO EL PROBLEMA ALTERNATIVA Y PARCIALMENTE; EN ESTA ETAPA SE TIENDE A BUSCAR A ALGUIEN COMO CULPABLE DEL PROBLEMA, -

SE DUDA MUCHO ANTES DE ACEPTAR CUALQUIER SUGESTION, Y AUN SE ESPERA QUE ALGUN ESTUDIO O ANALISIS DES -- MIENTA EL DIAGNOSTICO.

ESTE PERIODO TIENE UNA DURACION VARIABLE QUE DEPENDE DE CADA PERSONA, PERO POR LO GENERAL DURA MUCHO MAS -- TIEMPO QUE EL PERIODO DE SHOCK.

EN LA TERCERA ETAPA, O ETAPA DE REINTEGRACION (MI - LLER, 1969), SE ACEPTA EL PROBLEMA, SE LE RECONOCE EN FORMA REALISTA AL EMPEZAR LA BUSQUEDA DE SOLUCIO -- NES EFECTIVAS, SE ASIGNA UN LUGAR AL NIÑO DENTRO DE LA FAMILIA, Y LA VIDA DE AMBOS PADRES SIGUE SU CURSO NORMAL NUEVAMENTE.

SIN EMBARGO, EN MUCHOS CASOS, ESTE ESTADO ES MAS UNA META QUE UNA REALIDAD, Y MUCHAS MADRES CONTINUAN DU -- RANTE MUCHO TIEMPO SIN ACABAR DE ACEPTAR TOTALMENTE -- EL PROBLEMA, CON GRANDES SENTIMIENTOS DE RECHAZO AL -- NIÑO Y UNA GRAN CULPABILIDAD.

ESTE TIPO DE REACCIONES OBVIAMENTE DIFICULTAN LA RE -- LACION DE APEGO CON EL NIÑO, OBSTACULIZANDO LA RELAC -- ION DE UN CLIMA EMOCIONAL DE AFECTO Y ACEPTACION -- TAN NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DEL NIÑO.

POR SU PARTE, EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN NACE CON GRANDES DESVENTAJAS RESPECTO AL NIÑO NORMAL, Y LA MA -- YORIA DE LAS CONDUCTAS DIRIGIDAS HACIA LA GENTE, PRE -- CURSORAS DEL APEGO, NO SE DAN O SE DAN CON MENOR -- INTENSIDAD.

EN PRIMER LUGAR, NACE HIPOTONICO, DE MANERA QUE SUS MOVIMIENTOS PARA ACOMODARSE A LOS BRAZOS, PARA VOL -- TEAR SU CABEZA, SUCCIONAR, SONREIR Y ASIR OBJETOS, -

SE DIFICULTAN ENORMEMENTE, Y SOLO EMPEZARAN A REALIZARSE MUCHO MAS TARDE; ADEMAS, SON NIÑOS QUE LLORAN MENOS, QUE NO RESPONDEN FACILMENTE AL CONTACTO, CUYAS RESPUESTAS EMOCIONALES EN GENERAL SON DE MUCHO MENOR INTENSIDAD (CICHETTI Y SROUFE, 1976) Y QUE, POR OTRO LADO, SE HALLAN MAS PROPENSOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LAS VIAS RESPIRATORIAS Y A MALFORMACIONES CARDIACAS. (PUESHEL, 1977).

ASI POR AMBOS LADOS, LA RELACION SE ENCUENTRA OBSTACULIZADA, Y SE NECESITA UN GRAN ESFUERZO POR PARTE DE LA MADRE PARA INICIARLA Y PROVOCAR EN EL NIÑO RESPUESTAS QUE NORMALMENTE SE DAN EN FORMA ESPONTANEA.

SE HAN REALIZADO VARIAS INVESTIGACIONES SOBRE EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA DE APEGO EN EL CASO DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN, Y SUS RESULTADOS PARECEN SER CONTRADICTORIOS.

ALGUNOS INVESTIGADORES, COMO SERAFICA Y CICHETTI -- (1976), SUGIEREN QUE EL APEGO SE DESARROLLA DE LA MISMA MANERA QUE EN EL CASO DEL NIÑO NORMAL, SOLO QUE A UN RITMO MAS LENTO; OTROS, COMO STONE Y CHESNEY (1978), SUGIEREN QUE, ADEMAS DE LA DIFERENCIA EN EL RITMO DE DESARROLLO DEL APEGO, EXISTEN DIFERENCIAS CUALITATIVAS.

ALGUNAS DE LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS EN LA CONDUCTA DE APEGO DE LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN, HAN SIDO ATRIBUIDAS A LAS DIFERENCIAS EN LA PERCEPCION DE LA SITUACION EN LA QUE EL NIÑO ES SEPARADO DE SU MADRE POR UN PERIODO BREVE DE TIEMPO, IMPLICANDO CON ELLO QUE LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN TARDAN MAS TIEMPO EN PERCIBIR LA AUSENCIA DE LA MADRE, O BIEN,

QUE ESTA AUSENCIA LES RESULTA MENOS AMENAZANTE (SERAFICA Y CICHETTI, 1976).

PUESTO QUE ESTOS ESTUDIOS HAN SIDO REALIZADOS EQUIPARANDO LOS GRUPOS EN EDAD CRONOLOGICA, MAS QUE EN EDAD MENTAL, LAS POSIBILIDADES DE QUE LOS NIÑOS DE CADA GRUPO DEN UNA INTERPRETACION DIFERENTE A LA SITUACION EXPERIMENTAL SON BASTANTE ALTAS, YA QUE LA DIFERENCIA EN EL DESARROLLO COGNOSCITIVO ENTRE UN NIÑO NORMAL Y UNO CON SINDROME DE DOWN ES GRANDE.

SI SE LLEVARA A CABO UN ESTUDIO SIMILAR A LOS QUE SE HAN REALIZADO, PERO COMPARANDO GRUPOS CON EDADES MENTALES SIMILARES, DISMINUIRIAN LAS POSIBILIDADES DE UNA INTERPRETACION DIFERENTE DE LA SITUACION EXPERIMENTAL, BASADA EN UNA DIFERENCIA EN EL NIVEL COGNOSCITIVO EN QUE SE ENCUENTRAN AMBOS GRUPOS.

M E T O D O L O G I A ,

HIPOTESIS:

HO = NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS CONDUCTAS DE APEGO QUE PRESENTAN LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN Y LOS NIÑOS NORMALES.

H1 = EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS -- CONDUCTAS DE APEGO QUE PRESENTAN LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN Y LOS NIÑOS NORMALES.

VARIABLES:

DEPENDIENTES; LLANTO, SONRISA, APROXIMACION FISICA, CONTACTO FISICO, VOCALIZACIONES.

- CONCEPTOS:

LLANTO: EFUSION DE LAGRIMAS ACOMPAÑADAS DE ORDINARIO DE LAMENTOS Y SOLLOZOS,

EL LLANTO ES LA INICIAL MANIFESTACION DE LA VIDA DEL NIÑO. DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE

SU EXISTENCIA NO TIENE OTRO LENGUAJE, ES LO FUNDAMENTAL. SU LLANTO ES A VECES TRANQUILO, A VECES VIOLENTO. EL LLORAR ES UNA NECESIDAD QUE PRECISA COMPENDER PARA ACALLARLO EFICAZ Y AMOROSAMENTE.

ES SINTOMA DE HAMBRE, SUEÑO, DOLOR. CON TODO, SUELEDARSE PERTINENCIA EN EL LLANTO, COMO SINTOMA DE TERQUEDAD. EN TAL CASO, CUANDO HAY BARRUNTOS DE ELLO ES PREFERIBLE NO CEDER. SE DA EL PELIGRO DE QUE EL NIÑO QUIERE PONER CON SU LLANTO A LOS MAYORES AL SERVICIO DE SU CAPRICHOS.

SONRISA: REIRSE UN POCO O LEVEMENTE. REIR LIGERAMENTE, MOSTRAR AFECTO, HACER CARICIAS, MIMAR, ACARICIAR, SALUDAR CON CARINO CON EL GESTO, HACER FINEZA, HASTA COQUETEAR.

APROXIMACION FISICA: PROXIMIDAD, ESTIMACION. DICESE DE LO QUE NO OFRECE UNA EXACTITUD RIGUROSA PARA UN ACERCAMIENTO O UN CONTACTO FISICO.

CONTACTO FISICO: ESTADO DE DOS CUERPOS QUE SE TOCAN. PARTE POR DONDE SE TOCAN Y FRECUENCIA DE LOS MISMOS. MEDIO DE COMUNICACION PARA CONTRAER UNA PERSONA -- SANA ENFERMEDADES EPIDEMICAS Y CONTAGIOSAS.

VOCALIZACIONES: EMISION DE VOCALES.

EJERCICIO PREPARATORIO DE CANTO EN EL QUE VALIENDOSE DE CUALQUIERA DE LAS VOCALES SE EJECUTAN ESCALAS, - ARPEGIOS, ETC.

VARIABLE INDEPENDIENTE; LA PRESENCIA Y/O AUSENCIA DE LA MADRE.

VARIABLE DE APAREAMIENTO; EL GRADO O NIVEL DE DESARROLLO MENTAL QUE ALCANZARON LOS SUJETOS EVALUADOS O MEDIDOS A TRAVES DE LA ESCALA DE DESARROLLO DE BAYLEY.

VARIABLES EXTRAÑAS; SE CONTROLARON MANTENIENDO LAS CONDICIONES MEDIO - AMBIENTALES PARA AMBOS GRUPOS EXACTAMENTE IGUAL, DE MANERA QUE SE ASUME QUE DICHAS VARIABLES AFECTARON POR IGUAL A TODOS LOS SUJETOS. (32).

DISEÑO EXPERIMENTAL; DISEÑO DE DOS GRUPOS APAREADOS.

4.1 MUESTRA :

PARTICIPARON 20 SUJETOS; 10 EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y 10 EN EL GRUPO CONTROL.

EL GRUPO EXPERIMENTAL: ESTUVO CONSTITUIDO POR 10 NIÑOS CON SINDROME DE DOWN O TRISOMIA 21 - DIAGNOSTICA DOS GENETICAMENTE - COMO TRISOMIA 21 DE TIPO ESTAN - DAR O TRANSLOCACION, QUE ESTUVIERON DENTRO DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACION POR LO MENOS TRES MESES ANTES DE TODA LA OBSERVACION; 6 DE ELLOS FUERON HOMBRES Y - 4 MUJERES.

TODOS HAN VIVIDO CON SUS FAMILIAS DESDE EL NACIMIENTO Y PERTENECEN A UNA CLASE SOCIAL MEDIA - ALTA. SU EDAD CRONOLOGICA VARIO ENTRE 12 y 30 MESES CON -- UNA MEDIA DE 22.1 MESES.

SU PUNTUACION EN LAS ESCALAS DE DESARROLLO INFANTIL - DE BAYLEY FUE: EN LA ESCALA MENTAL DE 101 a 127, CON UNA MEDIA DE 106.6, Y EN LA MOTORA DE 34 A 52, CON - UNA MEDIA DE 44.8.

EL GRUPO CONTROL: ESTUVO CONSTITUIDO POR 10 NIÑOS CUYO DESARROLLO FUE CONSIDERADO COMO NORMAL TANTO POR - SUS MADRES COMO POR EL PEDIATRA QUE LOS ATIENDE RE - GULARMENTE.

TODOS HAN VIVIDO CON SU FAMILIA DESDE EL NACIMIENTO - Y PERTENECEN A UNA CLASE SOCIAL MEDIA.

SU EDAD CRONOLÓGICA FLUCTUO ENTRE 10 Y 19 MESES, CON UNA MEDIA DE 13.3 MESES, SUS PUNTUACIONES EN LAS ESCALAS DE DESARROLLO INFANTIL DE BAYLEY FUERON: EN LA ESCALA MENTAL DE 91 A 119, CON UNA MEDIA DE 106, Y - EN LA ESCALA MOTORA DE 37 A 56, CON UNA MEDIA DE --- 46.4.

4.2 APARATOS E INSTRUMENTOS :

4.2.1 " ESCALAS DE DESARROLLO INFANTIL DE BAYLEY ".

PARA APAREAR A LOS SUJETOS EN LOS DOS GRUPOS SE UTILIZARON LAS ESCALAS DE DESARROLLO INFANTIL DE BAYLEY ESTAS ESCALAS SE DIVIDEN EN TRES:

- 1.- LA ESCALA MENTAL.
- 2.- LA ESCALA MOTORA.
- 3.- EL RECORD DE CONDUCTAS.

1.- LA ESCALA MENTAL: CONSTA DE 164 REACTIVOS APLICADOS EN ORDEN PROGRESIVO DE DIFICULTAD Y DISEÑADOS PARA MEDIR LAS HABILIDADES DE LOS NIÑOS EN AREAS COMO: HABILIDAD PARA RESPONDER A DISCRIMINACIONES SENSOPERCEPTUALES, ADQUISICION DE LA CONSTANCIA DE OBJETO, MEMORIA, RESOLUCION DE -

PROBLEMAS Y GENERALIZACION DEL APRENDIZAJE.

LOS REACTIVOS DE LA ESCALA MENTAL SE ENCUENTRAN AGRUPADOS EN 38 " CODIGOS SITUACIONALES ", SEGUN EL MATERIAL QUE REQUIEREN Y EL TIPO DE RESPUESTAS QUE SE ESPERA ANTE DICHO MATERIAL, POR EJEMPLO, EL CODIGO PARA LA RESPUESTA DE SEGUIMIENTO VISUAL AL ARO ROJO ES DIFERENTE AL DE LA RESPUESTA CUANDO EL MISMO ARO ROJO ES LLEVADO A LA BOCA.

ESTOS 38 GRUPOS DE REACTIVOS PODRIAN DIVIDIRSE A SUVEZ EN 6 SUBGRUPOS - AUNQUE LA AUTORA UTILIZA UNICAMENTE LA DIVISION EN CODIGOS -, TOMANDO EN CUENTA EL TIPO DE HABILIDAD QUE REQUIEREN PARA SU CORRECTA EJECUCION.

a) LENGUAJE.

ABARCA DESDE LAS PRIMERAS RESPUESTAS A LOS SONIDOS - HASTA LA CAPACIDAD DE APRENDER LOS NOMBRES DE LOS OBJETOS Y DE SIMBOLIZAR IDEAS VERBALMENTE. COMPRENDE - LOS SIGUIENTES GRUPOS DE CODIGOS.

- a. RESPUESTA A LA CAMPANA.
- c. RESPUESTA A LA SONAJA.
- u. (SIN CODIGO) RESPUESTA AL SONIDO DEL ENCENDEDOR DE LUZ.
- ac. RESPUESTA A LA CAMPANA Y A LA SONAJA.
- e. IMITACION DE GESTOS.
- g. VOCALIZACIONES.
- n. COMPRESION VERBAL.
- t. CAPACIDAD DE NOMBRAR OBJETOS.
- v. CAPACIDAD DE SEÑALAR OBJETOS NOMBRA -

DOS.

x. DISCRIMINACION DE OBJETOS POR SU NOMBRE.

z. DISCRIMINACION DE OBJETOS.

b) RESPUESTAS A LAS PERSONAS Y RECONOCIMIENTO DE SI MISMO.

COMPRENDE LOS SIGUIENTES CODIGOS:

b. RESPUESTA AL SER LEVANTADO EN - BRAZOS.

e y e'. RESPUESTAS SOCIALES.

k. ACTITUDES Y CONDUCTAS FRENTE AL ESPEJO.

w. RESPUESTAS ANTE LA MUÑECA ROTA.

c) RESPUESTAS VISUALES Y VISOMOTORAS.

ABARCA DESDE LA CAPACIDAD DE FIJAR LA MIRADA Y SE - GUIR VISUALMENTE LOS OBJETOS, HASTA LA COORDINACION DE LOS MOVIMIENTOS DE LAS MANOS, QUE A SU VEZ ESTAN COORDINADOS VISUALMENTE.

COMPRENDE LOS SIGUIENTES CODIGOS:

u. (SIN CODIGO) REACTIVOS 23, 24, -- 29 y 38.

d. RESPUESTA AL ARO ROJO.

h. CUBOS.

d'. MANIPULACION DEL ARO.

i. CUCHARAS.

f. RESPUESTA A LA LUZ ROJA.

- g. RESPUESTA MANUAL Y VISUAL.
- j. PELLET.
- o. TABLERO DE PIJAS.

d) DISCRIMINACIONES VISOESPACIALES.

COMPRENDE LOS SIGUIENTES CODIGOS:

- r. TABLERO AZUL.
- s. TABLERO ROSA.
- o. TABLERO DE PIJAS.
- y. RELOJ INCOMPLETO.

e) INTERES POR EL MEDIO.

ABARCA LAS CONDUCTAS ESPONTANEAS DE EXPLORACION Y MA
NIPULACION DE LOS OBJETOS.

COMPRENDE LOS SIGUIENTES CODIGOS:

- g". MANIPULACION.
- m. CRAYON Y PAPEL.
- q. LIBRO.

f) SOLUCION DE PROBLEMAS Y CONSTANCIA DE OBJETO.

COMPRENDE LOS SIGUIENTES CODIGOS:

- p. CAJAS.
- u. (SIN CODIGO) REACTIVOS 122 Y 131.

LA ESCALA MOTORA CONSTA DE 84 REACTIVOS DISEÑADOS -- PARA MEDIR EL GRADO DE CONTROL SOBRE EL CUERPO, LA COORDINACION MUSCULAR GRUESA Y LA HABILIDAD DE COORDINAR MANOS Y DEDOS EN FORMA MAS FINA.

LOS REACTIVOS DE LA ESCALA MOTORA SE ENCUENTRAN DIVIDIDOS EN 22 GRUPOS, SEGUN EL TIPO DE RESPUESTA QUE SE REQUIERE, ESTOS GRUPOS O " CODIGOS SITUACIONALES" PUEDEN DIVIDIRSE A SU VEZ EN 6 SUBGRUPOS, QUE AL -- IGUAL QUE EN LA ESCALA MENTAL, INDICAN LAS HABILIDADES QUE SE REQUIERE PARA SER EJECUTADOS CORRECTAMENTE.

- a) COORDINACION MOTORA GRUESA; CONTROL DE CABEZA Y TRONCO.

COMPRENDE LOS SIGUIENTES CODIGOS:

- a. RESPUESTA AL SER LEVANTADO EN BRAZOS.
- b. CONDUCTA EN POSICION PRONA.
- c y c'. CONDUCTA EN POSICION SUPINA.
- d. SENTARSE CON APOYO.

- b) COORDINACION MOTORA GRUESA; CONTROL MOTOR SUFICIENTE PARA SENTARSE.

ABARCA DESDE LA CAPACIDAD DE SENTARSE POR SI MISMO -- HASTA LA LIBERTAD PARA MOVER LOS BRAZOS EN ESTA POSICION.

COMPRENDE LOS SIGUIENTES CODIGOS:

- d. SENTADO.
- e. CUBOS.

c) COORDINACION MOTORA GRUESA; BIPEDESTACION.

COMPRENDE LOS SIGUIENTES CODIGOS:

f y j. ADQUISICION DE LA POSICION VERTICAL.

k. LEVANTARSE DEL SUELO.

i. PASOS HACIA LA MARCHA.

d) COORDINACION MOTORA GRUESA; MARCHA.

COMPRENDE LOS SIGUIENTES CODIGOS:

l. CAMINAR JALANDO EL JUGUETE.

m. EQUILIBRIO.

o. BARRA DE EQUILIBRIO.

q. CAMINAR EN LINEA.

u. (SIN CODIGO) REACTIVO 79.

e) COORDINACION MOTORA GRUESA; MOVIMIENTOS GRUESOS - COORDINADOS.

COMPRENDE LOS SIGUIENTES CODIGOS:

n. ESCALERAS.

p. BRINCOS.

r. BRINCOS DESDE CIERTA ALTURA Y A DISTANCIA.

f) COORDINACION MOTORA FINA.

REQUIERE LA UTILIZACION DE UNA MANO EN FORMA PREFERENTE, LA CAPACIDAD DE COORDINAR MOVIMIENTOS DIFERENTES.

RENTES CON CADA MANO PARA LOGRAR UNA CONDUCTA PROPOSITIVA Y UNA COORDINACION MAS FINA DE LAS MANOS, Y MAS ADELANTE DE LOS DEDOS.

COMPRENDE LOS SIGUIENTES CODIGOS:

e. CUBOS.

g. MANIPULACION.

h. PELLET.

LA TERCERA ESCALA ES EL RECORD DE CONDUCTAS, DISEÑADO PARA AYUDAR A GRADUAR LA NATURALEZA DE LA ORIENTACION SOCIAL Y OBJETIVA DEL NIÑO HACIA SU MEDIO AMBIENTE.

ESTAS ESCALAS FUERON ESTANDARIZADAS EN 1,263 NIÑOS EN ESTADOS UNIDOS Y ESTAN BASADAS EN LAS ESCALAS DE CALIFORNIA; HASTA AHORA NO SE CONOCEN DATOS DE SU UTILIZACION O ESTANDARIZACION EN NIÑOS MEXICANOS.

4.2.2. CAMARA DE GESELL.

PUESTO QUE LA SITUACION EXPERIMENTAL REQUIERE QUE EL NIÑO SEA OBSERVADO MIENTRAS PERMANECE SOLO, ES INDISPENSABLE UTILIZAR LA CAMARA DE GESELL.

SE UTILIZARON DOS DIFERENTES CAMARAS: UNA PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL Y OTRA PARA EL GRUPO CONTROL; SIN EMBARGO, EN AMBAS SE UTILIZARON LOS MISMOS JUGUETES PARA LOS NIÑOS Y APROXIMADAMENTE EL MISMO ESPACIO.

4.3 PROCEDIMIENTO :

LA PRUEBA O SITUACION EXPERIMENTAL EN LA QUE SE MIDE LA FRECUENCIA DE CONDUCTAS REPRESENTATIVAS DEL APEGO DEL NIÑO HACIA SU MADRE FUE DESCRITA POR BOWLBY EN - 1969.

CONSTA DE 8 ETAPAS O EPISODIOS, CADA UNO CON UNA DURACION DE TRES MINUTOS, EXCEPTO EL PRIMERO (a) QUE ES UNA INTRODUCCION:

a. INTRODUCCION. SE LLEVA A LA MADRE Y AL NIÑO AL CUARTO DE EXPERIMENTACION.

I. LA MADRE Y EL NIÑO ESTAN EN EL CUARTO; INTERACTUAN SOLO SI EL NIÑO LO INICIA.

II. ENTRA UNA EXPERIMENTADORA (VISITA) QUE DURANTE EL PRIMER MINUTO SE SIENTA SIN HACER RUIDO; DURANTE EL SEGUNDO, SE ACERCA A PLATICAR CON LA MADRE Y, DURANTE EL TERCERO, SE APROXIMA AL NIÑO CON UN JUGUETE. AL FINALIZAR EL TERCER MINUTO, LA MADRE SALE DEL CUARTO SIN HACER RUIDO Y DEJA SU BOLSA SOBRE LA SILLA.

III. EL NIÑO Y LA VISITA PERMANECEN EN EL CUARTO: ESTA SOLO INTERACTUA CON EL NIÑO SI ESTE LA BUSCA O ESTA ASUSTADO.

IV. LA MADRE REGRESA, SE PARA EN LA PUERTA, LLAMA AL

NIÑO Y ESPERA A VER SI RESPONDE; LUEGO SE SIENTA Y -
JUEGA O INTERACTUA CON EL NIÑO SOLO SI ESTE LO PIDE.
LA VISITA SALE DEL CUARTO SIN HACER RUIDO.

AL FINALIZAR EL TERCER MINUTO, LA MADRE SALE DEL --
CUARTO SIN HACER RUIDO Y NUEVAMENTE DEJA SU BOLSA SO
BRE LA SILLA.

V. EL NIÑO PERMANECE SOLO DURANTE LOS TRES MINUTOS, -
A MENOS QUE SEA NECESARIO CONSOLARLO; EN ESE CASO
SE SUSPENDE EL EPISODIO Y SE INICIA EL SIGUIENTE:

VI. ENTRA LA VISITA Y SE COMPORTA IGUAL QUE EN EL --
EPISODIO III.

VII. LA MADRE REGRESA, LLAMA AL NIÑO DESDE LA PUERTA
Y ESPERA A VER SI ESTE RESPONDE; LUEGO SE SIEN-
TA, Y JUEGA O INTERACTUA CON EL NIÑO SOLO SI --
ESTE LO INICIA. AL FINALIZAR EL TERCER MINUTO -
LA PRUEBA TERMINA.

TODOS LOS NIÑOS ASISTIERON A LAS SESIONES DE PRUEBA
ACOMPAÑADOS POR SUS MADRES, QUE FUERON INFORMADAS -
PREVIAMENTE DEL TIPO DE ESTUDIO QUE SE REALIZARIA.

LOS NIÑOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL FUERON LOCALIZADOS-
POR MEDIO DEL INSTITUTO JOHN LANGDON DOWN, Y TODAS -
LAS PRUEBAS DE ESTE GRUPO SE REALIZARON DENTRO DE --

DICHA INSTITUCION.

LOS NIÑOS DEL GRUPO CONTROL FUERON LOCALIZADOS CON LA AYUDA DE UN PEDIATRA Y TAMBIEN MEDIANTE LLAMADAS A AMIGOS CONOCIDOS.

LAS PRUEBAS DE ESTE GRUPO SE APLICARON EN LA CAMARA DE GESELL DE LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ACATLAN (U.N.A.M.)

COMO PRIMER PASO SE APLICARON LAS ESCALAS MENTAL Y MOTORA DE LAS ESCALAS DE DESARROLLO INFANTIL DE BAYLEY, CON EL FIN DE TENER UNA MEDIA COMUN PARA ARAREAR LOS GRUPOS.

LA APLICACION DE ESTAS ESCALAS SE LLEVO A CABO EN UNA SESION DE APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS PARA CADA NIÑO, Y EN PRESENCIA DE SUS MADRES. A LOS NIÑOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL SE LES CITO OTRO DIA PARA LA APLICACION DE LA PRUEBA DE APEGO: A LOS DEL GRUPO CONTROL, EN CAMBIO, SE LES APLICO EL MISMO DIA.

A LAS MADRES SE LES DIO UNA HOJA CON LAS INSTRUCCIONES PARA LOS DIFERENTES EPISODIOS DE LA PRUEBA DE APEGO Y SE LES EXPLICO QUE SERIAN OBSERVADAS A TRAVES DEL ESPEJO DURANTE ESTA PRUEBA.

SE LES SEÑALO ESPECIALMENTE QUE ERA NECESARIO DEJAR AL NIÑO LIBRE Y QUE NO INTERACTUARAN CON EL NIÑO A MENOS QUE EL NIÑO LO INICIARA.

AL FINALIZAR LA PRUEBA SE ACOMPAÑABA A LAS MADRES A LA SALIDA Y SE CONTESTABAN LAS DUDAS QUE TUVIERAN CON RESPECTO AL ESTUDIO.

DURANTE LA APLICACION DE LA PRUEBA DE APEGO HUBO DOS EXPERIMENTADORAS OBSERVANDO Y REGISTRANDO A TRAVES - DE LA CAMARA DE GESELL.

DOS OBSERVADORES REGISTRARON LAS CONDUCTAS DE: LLANTO, APROXIMACION FISICA, CONTACTO FISICO, SONRISAS Y VOCALIZACIONES.

EL REGISTRO SE EFECTUO DE LA SIGUIENTE MANERA:

SE OBSERVABA A LOS NIÑOS DURANTE 25 SEGUNDOS Y SE -- ANOTABA LA PRESENCIA O AUSENCIA DE LAS CONDUCTAS MEN CIONADAS DURANTE LOS SIGUIENTES 5 SEGUNDOS.

ASI LOS EPISODIOS DE 3 MINUTOS SE DIVIDIERON EN 6 -- PARTES DE 30 SEGUNDOS CADA UNA, DE LAS CUALES 25 SEGUNDOS SE OBSERVABA Y 5 SEGUNDOS SE ANOTABA.

PUESTO QUE EN CADA UNO DE ESTOS PERIODOS SOLO PODIA- ANOTARSE LA PRESENCIA O AUSENCIA DE LA CONDUCTA, EL- MAXIMO POSIBLE DE FRECUENCIAS PARA CADA CONDUCTA EN- UN EPISODIO FUE 6.

EL PORCENTAJE DE ACUERDOS ENTRE LOS DOS OBSERVADORES VARIO DE 80 POR CIENTO EN LAS SONRISAS A 95 POR CIE^UNTO EN EL CONTACTO FISICO.

(PARA OBTENER ESTE PORCENTAJE, EL NUMERO DE ACUERDOS SE DIVIDIO ENTRE LA SUMA DE LOS ACUERDOS MAS LOS DESACUERDOS).

SE HIZO UN ANALISIS DE VARIANZA DE DOS FACTORES (EL FACTOR INDEPENDIENTE - CONSTITUIDO POR LOS GRUPOS - Y EL FACTOR REPETIDO - CONSTITUIDO POR LOS EPISODIOS) PARA CADA CONDUCTA Y POSTERIORMENTE SE LLEVARON A CABO COMPARACIONES ENTRE LAS MEDIAS USANDO- LA PRUEBA DE TUCKEY. (KIRK, 1968).

4.4 PRUEBA ESTADISTICA :

SE UTILIZO LA PRUEBA ESTADISTICA DE TUCKEY, DE ANALISIS DE COVARIANZA CON UN GRADO DE LIBERTAD PARA VERIFICAR LA SIGNIFICANCIA DE LOS DATOS AL NIVEL --
 $p = .05$.

C A P I T U L O 5

R E S U L T A D O S .

LOS RESULTADOS PARA CADA CONDUCTA SE PUEDEN OBSERVAR EN LAS SIGUIENTES TABLAS:

LLANTO:

LA FRECUENCIA DE APARICION DE LA CONDUCTA DE LLANTO- PUEDE OBSERVARSE EN LA TABLA 1 .

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	Σ	X
GRUPO EXPERIMENTAL	0	0	12	2	4	15	3	36	0.514
GRUPO CONTROL	2	6	12	6	50	23	3	102	1.457

TABLA 1. FRECUENCIA DE APARICION DE LA CONDUCTA DE LLANTO EN LOS DIFERENTES EPISODIOS.

EL ANALISIS DE VARIANZA INDICA QUE TANTO LA DIFERENCIA ENTRE EPISODIOS COMO LA INTERACCION EPISODIOS -- GRUPOS SON SIGNIFICATIVAS. ($p < .01$) DE ACUERDO A TABLAS EL VALOR ES 3.94.

LAS COMPARACIONES POSTERIORES ENTRE LAS MEDIAS DE -- LOS GRUPOS, REALIZADAS POR MEDIO DE LA F DE TUCKEY, -- INDICAN UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL EN EL EPISODIO V, ES DECIR, CUANDO EL NIÑO PERMANECIO COMPLETAMENTE SOLO,. LA FRECUENCIA DE LLANTO EN ESTE EPISODIO FUE SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR EN EL GRUPO CONTROL. ($p < .01$).

SONRISA:

LA FRECUENCIA DE APARICION DE LA CONDUCTA SONRISA -
 PUEDE OBSERVARSE EN LA TABLA 2 .

" EPISODIOS "									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	Σ	X
GRUPO EXPERIMENTAL	9	12	6	17	1	11	7	63	0.90
GRUPO CONTROL	7	4	3	9	0	3	7	33	0.47

TABLA 2 . FRECUENCIA DE APARICION DE LA CONDUCTA
 SONRISA EN LOS DIFERENTES EPISODIOS.

EL ANALISIS DE VARIANZA INDICA QUE SON SIGNIFICATIVAS UNICAMENTE LAS DIFERENCIAS ENTRE EPISODIOS ---- ($p < .05$), EL VALOR DE TABLAS 2.63 Y EL ANALISIS POSTERIOR, COMPARANDO LAS MEDIAS DE AMBOS GRUPOS PARA LOS DIFERENTES EPISODIOS NO MUESTRA DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN NINGUNO DE ELLOS, SIN EMBARGO, CUANDO SE COMPARARON LOS DOS GRUPOS TOMANDO SUS MEDIAS GENERALES SE OBSERVO UNA MAYOR CANTIDAD DE SONRISAS EN EL GRUPO EXPERIMENTAL, AUNQUE NO LLEGO A ALCANZAR EL NIVEL DE SIGNIFICANCIA REQUERIDA ($p < .05$).

APROXIMACION FISICA:

LA FRECUENCIA DE APARICION DE LA CONDUCTA DE APROXIMACION FISICA PUEDE OBSERVARSE EN LA TABLA 3 .

" EPISODIOS "									
	. I	. II	. III.	IV.	V.	VI.	VII.	Σ	. X
GRUPO EXPERIMENTAL	6	4	0	4	0	3	6	23	0.32
GRUPO CONTROL	2	7	0	9	0	0	7	25	0.35

TABLA 3. FRECUENCIA DE APARICION DE LA CONDUCTA DE APROXIMACION FISICA EN LOS DIFERENTES EPISODIOS.

EL ANALISIS DE VARIANZA INDICA QUE EXISTE UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA UNICAMENTE ENTRE LOS DIFERENTES EPISODIOS ($p < .05$), EL VALOR DE TABLAS 2.63.

LAS COMPARACIONES ENTRE LOS GRUPOS EN LOS DIFERENTES EPISODIOS Y ENTRE LAS MEDIAS DE AMBOS GRUPOS EN GENERAL NO MUESTRA NINGUNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA.

CONTACTO FISICO:

LA FRECUENCIA DE APARICION DE LA CONDUCTA DE CONTACTO FISICO PUEDE OBSERVARSE EN LA TABLA 4.

" EPISODIOS "											
	. I	. II	. III	. IV	. V	. VI	. VII.	≤	. X		
GRUPO EXPERIMENTAL	7	7	0	5	0	1	9	29	0.41		
GRUPO CONTROL	11	15	1	25	0	1	25	78	1.11		

TABLA 4. FRECUENCIA DE APARICION DE LA CONDUCTA DE CONTACTO FISICO EN LOS DIFERENTES EPISODIOS.

EL ANALISIS DE VARIANZA INDICA QUE EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS TANTO ENTRE LOS EPISODIOS COMO EN LA INTERACCION EPISODIO-GRUPO. ($p < .05$) DE ACUERDO A TABLAS EL VALOR ES 2.63.

EN LA COMPARACION POSTERIOR ENTRE LAS MEDIAS DE LOS GRUPOS EN CADA UNO DE LOS EPISODIOS REALIZADA CON LA PRUEBA DE TUCKEY SE OBSERVARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS EPISODIOS IV Y VII, ESTO ES, CUANDO LA MADRE REGRESA DESPUES DE HABER DEJADO AL NIÑO CON LA VISITA Y SOLO, RESPECTIVAMENTE. ($p < .05$) VALOR DE TABLAS 2.63.

VOCALIZACIONES:

LA FRECUENCIA DE APARICION DE LA CONDUCTA DE VOCALIZACIONES PUEDE OBSERVARSE EN LA TABLA 5 .

" EPISODIOS "									
	. I	.II	.III	.IV	.V	.VI	.VII	. Σ	.X
GRUPO EXPERIMENTAL	24	12	10	21	11	8	25	111	1.58
GRUPO CONTROL	35	24	23	31	11	21	34	179	2.55

TABLA 5 . FRECUENCIA DE APARICION DE LA CONDUCTA DE VOCALIZACIONES EN LOS DIFERENTES EPISODIOS.

EL ANALISIS DE VARIANZA INDICA QUE SOLO ES SIGNIFICATIVA LA DIFERENCIA ENTRE EPISODIOS ($p < .05$). EL VALOR DE TABLAS ES DE 2.63.

LA COMPARACION POSTERIOR ENTRE LAS MEDIAS DE LOS GRUPOS EN CADA UNO DE LOS EPISODIOS, REALIZADA POR MEDIO DE LA F DE TUCKEY, NO MUESTRA NINGUNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA.

LA COMPARACION DE LOS GRUPOS TOMANDO EN CUENTA SUS MEDIAS GENERALES MUESTRA UNA MAYOR CANTIDAD DE VOCALIZACIONES EN EL GRUPO CONTROL, AUNQUE NO LLEGA A CANZAR EL NIVEL DE SIGNIFICANCIA REQUERIDO.

DISCUSION Y CONCLUSIONES .

AUNQUE LA APLICACION DE LAS ESCALAS DEL DESARROLLO - INFANTIL DE BAYLEY FUE UNICAMENTE UNA MEDIDA UTIL PARA APAREAR LOS GRUPOS, LA INTENCION DE ESTE ESTUDIO SE CENTRO EN LA COMPARACION DE LAS CONDUCTAS DE APEGO ENTRE EL GRUPO DE NIÑOS CON SINDROME DE DOWN Y EL GRUPO DE NIÑOS NORMALES. SIN EMBARGO, A PARTIR DE LA APLICACION DE DICHAS ESCALAS, ES IMPORTANTE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES: PRIMERO, QUE LOS PUNTAJES DE LAS ESCALAS MENTAL Y MOTORA NOS DAN EDADES EQUIVALENTES MUY SEMEJANTES, TANTO EN LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN COMO EN LOS NIÑOS DEL GRUPO CONTROL Y, SEGUNDO, QUE EL MATERIAL DE LA PRUEBA FUE LO SUFICIENTEMENTE INTERESANTE PARA LOS NIÑOS DE AMBOS GRUPOS COMO PARA MANTENER SU COOPERACION POR PERIODOS RELATIVAMENTE LARGOS DE TIEMPO (30 - 35 MINUTOS).

EN CUANTO AL APEGO PROPIAMENTE DICHO, LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS ENTRE LOS GRUPOS QUE SE OBSERVARON EN LAS CONDUCTAS DE LLANTO Y CONTACTO FISICO DURANTE O INMEDIATAMENTE DESPUES DE LAS AUSENCIAS DE LA MADRE INDICAN QUE AUNQUE EL APEGO PARECE DESARROLLARSE DE MANERA MUY SIMILAR ENTRE AMBOS GRUPOS, EXISTE UNA DIFERENCIA IMPORTANTE ENTRE ELLOS: LA FORMA DE REACCIONAR ANTE LA AUSENCIA DE LA MADRE.

LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN MUESTRAN UNA REACTI -
VIDAD MENOR, TIENDEN A LLORAR MENOS CUANDO SU MADRE
SE JAUSENTA Y A BUSCAR UNA MENOR CANTIDAD DE CONTAC -
TO FISICO CUANDO ESTA REGRESA.

PUEDE ESPERARSE QUE SI LOS DOS GRUPOS SE ENCUENTRAN-
A UN NIVEL DE DESARROLLO COGNOSCITIVO SIMILAR, INTER
PRETEN UNA MISMA SITUACION DE MODO SEMEJANTE, O POR-
LO MENOS PARECIDO, AUN CUANDO ESTA SITUACION INVOLU-
CRE UN CONTENIDO AFECTIVO, COMO EN EL CASO DE LA AU-
SENCIA DE LA MADRE.

SIN EMBARGO, ESTE MISMO CONTROL SOBRE EL NIVEL DE DE
SARROLLO COGNOSCITIVO EN QUE SE ENCUENTRAN AMBOS GRU
POS CREA UNA NUEVA DIFICULTAD PARA LOGRAR QUE LOS --
DOS GRUPOS NOS DEN PUNTAJES DE DESARROLLO PAREJOS ES
NECESARIO TRABAJAR CON NIÑOS CON SINDROME DE DOWN CU
YA EDAD CRONOLOGICA SEA BASTANTE MAYOR A LA DEL GRU-
PO CONTROL, LAS MEDIDAS DE EDAD CRONOLOGICA FUERON:
GRUPO CONTROL DE 13.3 MESES Y GRUPO EXPERIMENTAL 22.1
MESES, ESTO PROVOCA UN NUMERO MAYOR DE EXPERIENCIAS
DIARIAS DE PEQUEÑAS SEPARACIONES DE LA MADRE, LO QUE
NECESARIAMENTE DISMINUYE TANTO LA NOVEDAD COMO EL -
TEMOR DE ESTAS SITUACIONES.

ESTA DIFICULTAD NOS PLANTEA UN PROBLEMA SERIO EN LA-
INVESTIGACION Y LA EXPERIMENTACION SOBRE EL APEGO EN
NIÑOS QUE PRESENTEN ALTERACIONES O RETRASO EN EL DE-
SARROLLO, YA QUE SI SE CONTROLA LA EDAD DE DESARRO -
LLO O EL NIVEL COGNOSCITIVO DE LOS GRUPOS, NOS EN --
CONTRAMOS CON UNA DIFERENCIA EN LAS EXPERIENCIAS DE
SEPARACION - REUNION CON LA MADRE, QUE SERAN MAS NU-

MEROSAS CUANTO MAYOR SEA LA EDAD CRONOLÓGICA DE LOS NIÑOS, Y, SI POR OTRO LADO CONTROLAMOS LA EDAD CRONOLÓGICA DE LOS GRUPOS CON OBJETO DE PODER EQUIPARAR ESTAS EXPERIENCIAS, ENCONTRAMOS QUE EL NIVEL DE DESARROLLO DE LOS NIÑOS ES LO SUFICIENTEMENTE DISTINTO - COMO PARA QUE SU FORMA DE INTERPRETAR LA SITUACION EXPERIMENTAL SEA DIFERENTE.

POR OTRO LADO, LAS DIFERENCIAS OBTENIDAS ENTRE AMBOS GRUPOS SON MUCHO MENORES DE LO QUE PODRIA ESPERARSE - TENIENDO EN CUENTA LAS GRANDES DIFICULTADES QUE EXISTEN PARA LA FORMACION DEL APEGO, TANTO DE PARTE DE LA MADRE COMO DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN; LO QUE IMPLICA QUE LAS MADRES DE ESTOS NIÑOS HAN REALIZADO UN GRAN ESFUERZO Y HAN LOGRADO COMPENSAR LAS DESVENTAJAS DE SUS NIÑOS EN FORMA ADECUADA, PERMITIENDOLES LLEVAR A CABO UN DESARROLLO AFECTIVO Y SOCIAL NORMAL.

PUESTO QUE PARA LOGRAR ESTA LABOR SE REQUIERE DEL CONOCIMIENTO Y LA ACEPTACION DEL PROBLEMA DEL NIÑO - DESDE UNA EDAD TEMPRANA Y DEL DESEO DE AFRONTARLO BRINDANDOLE UNA ESTIMULACION ADECUADA, ES POSIBLE - QUE LA MUESTRA AQUI UTILIZADA NO REFLEJA FIELMENTE - A LA POBLACION DE LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN, YA QUE FUE TOMADA DE UN LUGAR DONDE SE OFRECE A LOS PADRES INFORMACION, AYUDA Y PROGRAMAS DE ESTIMULACION PARA SUS NIÑOS, ADEMAS DE BRINDAR APOYO PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA EN FORMA REALISTA Y POSITIVA.

POR TANTO EL HECHO MISMO DE LLEVAR AL NIÑO A UN LUGAR ESPECIALIZADO, REFLEJA UNA ACEPTACION DEL PROBLEMA Y UN ESFUERZO PARA OFRECER AL NIÑO MEJORES OPORTUNIDADES DE DESARROLLO, LO QUE FACILITA A LAS MADRES

DE ESTOS NIÑOS LA TAREA DE RELACIONARSE AFECTIVAMENTE CON ELLOS Y COMPENSAR CON SUS ACTIVIDADES Y UN MAJOR TRABAJO LAS DIFICULTADES DE SUS NIÑOS PARA DESARROLLARSE AFECTIVAMENTE.

SERIA ENTONCES RECOMENDABLE REALIZAR UN ESTUDIO SIMILAR, PERO TOMANDO UN TERCER GRUPO DE NIÑOS CON SINDROME DE DOWN QUE NO ESTEN RECIBIENDO ESTIMULACION EN FORMA SISTEMATICA EN ALGUN LUGAR DETERMINADO.

POR OTRO LADO, SERAFICA Y CICCHETTI EN UN ESTUDIO SIMILAR REALIZADO EN 1976, OBTUVIERON RESULTADOS MUY SEMEJANTES A LOS DEL PRESENTE TRABAJO, OBSERVANDO -- QUE LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN LLORABAN MUCHO MENOS ANTE LAS AUSENCIAS DE LA MADRE, QUE EL GRUPO DE LOS NIÑOS NORMALES; ASI COMO UNA MAYOR CANTIDAD DE CONTACTO FISICO POR PARTE DE LOS NIÑOS NORMALES AL REGRESO DE LA MADRE, ESPECIALMENTE DESPUES DE HABER PERMANECIDO COMPLETAMENTE SOLOS.

EN DICHO ESTUDIO SE CONTROLO LA EDAD CRONOLOGICA DE LOS NIÑOS Y NO SU EDAD DE DESARROLLO, POR LO QUE LA SEMEJANZA EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN AMBOS ESTUDIOS RESULTA MAS SIGNIFICATIVA.

EN CUANTO A LAS APLICACIONES PRACTICAS QUE PUEDEN DERIVARSE DE ESTOS RESULTADOS, ENCONTRAMOS:

- LA IMPORTANCIA QUE TIENE PARA EL DESARROLLO AFECTIVO DE ESTOS NIÑOS EL CONOCIMIENTO Y LA ACEPTACION DEL SINDROME DE DOWN, POR LO QUE SERIA DE GRAN IMPORTANCIA QUE EN LOS HOSPITALES DE GINECO - OBSTETRICIA SE CONTARA CON PERSONAL CAPACITADO PARA IN-

FORMAR Y ORIENTAR A LOS PADRES DESDE EL PRIMER MOMENTO EN FORMA ADECUADA, SIN TEMER LAS REACCIONES DE SHOCK EMOCIONAL QUE ESTA INFORMACION CAUCE EN LOS PADRES.

- UNA VEZ QUE LOS PADRES HAN SIDO INFORMADOS, ES IMPORTANTE CANALIZARLOS A ALGUN INSTITUTO DONDE SE CUENTE CON EL PERSONAL CAPACITADO TANTO PARA ESTIMULAR TODAS LAS HABILIDADES DEL NIÑO, COMO PARA BRINDAR A LOS PADRES EL APOYO Y LA ORIENTACION TAN NECESARIOS EN ESTA ETAPA, TENIENDO EN CUENTA QUE PARA EL NIÑO NO SON TAN IMPORTANTES LOS EJERCICIOS, COMO LA POSIBILIDAD DE CONTAR CON UNOS PADRES CAPACES DE REALIZAR EL ENORME ESFUERZO EMOCIONAL QUE SE REQUIERE PARA PERMITIR Y FAVORECER SU DESARROLLO EN TODAS LAS AREAS, ESPECIALMENTE LA AFECTIVA.

- TAMBIEN ES NECESARIO HACER NOTAR A LAS MADRES DE ESTOS NIÑOS QUE EXISTE UNA DIFERENCIA EN LAS MANIFESTACIONES DE APEGO.
DE MANERA QUE LA FALTA DE REACTIVIDAD ANTE LAS SITUACIONES QUE NORMALMENTE PROVOCAN UNA REACCION EMOCIONAL FUERTE EN LOS NIÑOS COMO LA AUSENCIA DE LA MADRE, NO SEA INTERPRETADA POR ELLA COMO UNA FALTA DE CARIÑO POR PARTE DEL NIÑO.

- Y POR ULTIMO, SERIA IMPORTANTE QUE EN LOS PROGRAMAS DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA NIÑOS CON SINDROME DE DOWN SE INCLUYERAN ALGUNAS ACTIVIDADES --

QUE FAVOREZCAN EL CONTACTO FÍSICO MAS DIRECTO ENTRE -
LOS NIÑOS Y SUS MADRES DURANTE LAS PRIMERAS ETAPAS -
DE SU VIDA.

LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN SON MUY SENSIBLES Y -
NO CABE DUDA DE QUE ESTOS NIÑOS PROFESAN SENTIMIEN -
TOS CALIDOS; DE ORDINARIO, SON CARINOSOS, ABNEGADOS
Y MUY VINCULADOS A SU AMBIENTE.

LES GUSTA EL CANTO Y LA MUSICA, TIENEN BUEN SENTIDO-
DEL RITMO.

SON TREMENDAMENTE SENSIBLES Y A SU VEZ OBSTINADOS, -
NECESITAN SABER QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA Y QUE -
EN ELLA SE LES QUIERE, ELLOS TIENEN LOS MISMOS SENTI
MIENTOS QUE CUALQUIER OTRO NIÑO, SON PERFECTAMENTE -
CAPACES DE EXPRESAR SUS TEMORES O IRAS, ASI COMO SUS
ALEGRÍAS.

EN CONSECUENCIA, ES IMPORTANTE QUE SEAN TRATADOS CON
LA MAYOR NORMALIDAD POSIBLE EN EL AMBIENTE DEL HOGAR.
SUS ATENCIONES DURANTE UN TIEMPO, SON MAS PROLONGA -
DAS, NO SE DEBE NI SE PUEDE OCULTAR A LOS DEMAS EL -
HECHO DE QUE EL OTRO HIJO ES DISTINTO, PORQUE NO ES-
TA ENFERMO, SOLO ES DIFERENTE. DE TAL ACTITUD DE LOS
PADRES DEPENDERA LA ACEPTACION O EL RECHAZO DE SUS -
HERMANOS Y PARIENTES.

LOS PADRES NO DEBEN AISLAR A SUS HIJOS CON ESTA EN -
FERMEDAD, DEBEN AYUDARLOS; YA QUE ESTOS SE SIENTEN,-
EN SU MAYORIA, DECEPCIONADOS, DESORIENTADOS, PIERDEN
LA CONFIANZA EN ELLOS MISMOS, CAUSA TENSIONES DE OR-
DEN FÍSICO, PSICOLOGICO Y ECONOMICO.

ASI, DEBEN ACUDIR A LA AYUDA DE UN MEDICO Y PERSONAS ESPECIALIZADAS PORQUE ESTA AYUDA SERA DE MUCHA UTILIDAD PARA AMBOS.

NO ES AISLANDOLOS COMO LOGRARAN EL CUMPLIMIENTO DE UNA GRAN RESPONSABILIDAD ANTE ELLOS Y LA SOCIEDAD. PORQUE ESTE NIÑO TIENE DERECHO A VIVIR PLENAMENTE Y SER FELIZ.

SE TIENE LA CONFIANZA EN PREVENIR PRONTO EL SINDROME DE DOWN YA QUE GRACIAS A LAS INVESTIGACIONES QUE DESARROLLAN CENTENARÉS DE ESPECIALISTAS, PARECE SEGURO QUE ALGUN DIA LLEGAREMOS A CONOCER LAS CAUSAS DE ESTA AFECCION Y A PREVENIRLA.

PERO ES BUENO QUE LOS PADRES SEPAN QUE NO ESTAN SOLOS EXISTEN MUCHOS PROFESIONALES DEDICADOS A LA REHABILITACION DE SUS HIJOS.

RECOMENDACIONES PEDAGOGICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

+ TERAPIA MULTISENSORIAL:

PARTIENDO DE UNA ESTIMULACION TEMPRANA PARA QUE SE INICIE DE INMEDIATO SU REHABILITACION EN TODAS LAS AREAS ESPECIFICAS DEL APRENDIZAJE Y HABILIDADES.

+ ESTIMULACION MOTRIZ:

DE ESTA DEPENDE QUE EL NIÑO SOSTENGA SU CABEZA, SE SIENTE, GATEE, CAMINE, CORRA, SUBA Y BAJE ES -

CALERAS, MADE, ETC., EN GRADO DE DIFICULTAD.

+ ESTIMULACION ORAL:

CON EJERCICIOS ORO-FACIALES, Y CON ESTIMULACION - EN EL AREA DE PERCEPCION Y DISCRIMINACION AUDITIVA, CONSTRUYENDO UN LENGUAJE INTERNO AL PRINCIPIO Y ASI IRA SINTIENDO LA NECESIDAD DE COMUNICARSE - CON LOS DEMAS.

+ ESTIMULACION EN LA PERCEPCION:

EL PERCIBIR VISUALMENTE EN UNA FORMA ADECUADA LE DARA LA MADUREZ PARA INICIARSE EN EL PROCESO DE - LA LECTO-ESCRITURA.

+ ESTIMULACION EN LA COORDINACION VISOMOTORA FINA:

SERA UN NIÑO QUE PODRA MANEJARSE EN TODO LO QUE - ABARCA LA AUTO-AYUDA. ASI EL NIÑO DOWN LLEGARA A DOMINAR UNA LECTO-ESCRITURA, MATEMATICAS BASICAS, - CULTURA GENERAL BASICA Y UN OFICIO PRODUCTIVO.

SU POTENCIAL REAL ES MUCHO MAYOR DEL QUE SE CREE, OBVIAMENTE SU APRENDIZAJE SERA LENTO, PERO PROGRESIVO.

CON HABITOS ADECUADOS, UNA ESCOLARIDAD ESPECIALIZADA, ACEPTACION, PACIENCIA Y MUCHO AMOR, DEJARA DE SER UN PROBLEMA Y SE CONVERTIRA EN UN SER INDEPENDIENTE EN SU HOGAR Y/O EN UN AMBIENTE DE TRABAJO - PROTEGIDO.

ES CONVENIENTE QUE UN NIÑO DOWN SEA EDUCADO POR PERSONAL ESPECIALIZADO QUE, ADEMÁS DE LOS CONOCIMIENTOS DE TIPO TÉCNICO, DEBE REUNIR GRANDES CUALIDADES HUMANITARIAS PUES ESTOS NIÑOS NECESITAN SER TRATADOS CON MÁS AFECTO.

PORQUE ENSEÑARLES ES AMARLE --- ENSEÑEMOSLE EL CAMINO. --- ENSEÑEMOSLE A VALERSE POR SÍ MISMO --- A VIVIR CON PLENITUD --- CON ARMONIA --- CON FELICIDAD - Y SATISFACCIÓN.

EN SI NO EXISTE UNA CIFRA EXACTA DE LOS NIÑOS DOWN, PERO DEBEMOS DE PONERNOS A PENSAR QUE NO POR SER PORTADORES DEL SÍNDROME, LOS SEÑALAREMOS, ASÍ COMO AL HIJO NORMAL LO TOMAMOS DE LA MANO CON CARINO, PACIENCIA Y AMOR, TAMBIÉN DESPERTEMOS EN ELLOS SU FANTASÍA, SUS HABILIDADES Y POTENCIAL CREADOR PARA QUE EN UN MAÑANA PRÓXIMO DESCUBRA QUE EL MUNDO TAMBIÉN ES SU MUNDO Y JAMÁS HACERLOS MENOS, QUE TAMBIÉN ELLOS SON IMPORTANTES COMO TODO SER HUMANO; Y PORQUE QUITARLE EL DERECHO DE SER FELIZ.

A N E X O 1 :

LISTA DE INSTRUCCIONES.

ESTE ESTUDIO CONSTA DE SIETE EPISODIOS (DESCRITOS A CONTINUACION), CADA UNO DE LOS CUALES TIENE UNA DURACION DE TRES MINUTOS.

EPISODIO I .

LA MADRE SE SIENTA Y PONE AL NIÑO FRENTE A LOS JUGUE TES, NO TRATA DE JUGAR O INTERACTUAR CON EL, A MENOS QUE EL NIÑO LLAME SU ATENCION.

EPISODIO II .

ENTRA UNA " VISITA " Y SE SIENTA SIN HACER RUIDO DURANTE EL PRIMER MINUTO, DURANTE EL SEGUNDO MINUTO -- PLATICA CON LA MADRE Y DURANTE EL TERCERO SE APROXIMA AL NIÑO CON UN JUGUETE. AL FINALIZAR EL TERCER, MI NUTO LA MADRE SALE DEL CUARTO SIN HACER RUIDO Y DEJA SU BOLSA SOBRE LA SILLA.

EPISODIO III .

EL NIÑO PERMANECE CON LA VISITA QUE SOLO INTERACTUA CON EL SI EL NIÑO LA BUSCA O ESTA ASUSTADO.

EPISODIO IV .

LA MADRE REGRESA, SE PARA EN LA ENTRADA DE LA PUER - TA, LLAMA AL NIÑO Y ESPERA A VER SI ESTE RESPONDE: - LUEGO SE SIENTA Y JUEGA O INTERACTUA CON EL NIÑO SO - LO SI ESTE LO PIDE. LA VISITA SALE DEL CUARTO SIN HACER RUI

DO. AL FINAL DEL TERCER MINUTO LA MADRE SALE DEL ---
CUARTO, SIN HACER RUIDO Y DEJANDO SU BOLSA SOBRE LA-
SILLA.

EPISODIO V .

EL NIÑO PERMANECE SOLO DURANTE LOS TRES MINUTOS, A -
MENOS QUE NECESITE SER CONSOLADO.

EPISODIO VI .

ENTRA LA VISITA Y SE COMPORTA IGUAL QUE EN EL EPISO-
DIO TRES SOLO JUEGA CON EL NIÑO SI ESTE LO SOLICITA.

EPISODIO VII .

LA MADRE REGRESA, LLAMA AL NIÑO DESDE LA PUERTA Y ES
PERA A VER SI ESTE RESPONDE.

SE SIENTA Y JUEGA CON EL NIÑO SOLAMENTE SI ESTE LO -
PIDE.

AL FINAL DEL TERCER MINUTO LA PRUEBA TERMINA.

ANEXO 2

HOJA DE REGISTRO

68

	LLANTO	SONRISA	APROXIMACION FISICA	CONTACTO FISICO	VOCALIZACIONES
	30 60 90 120 150 180	30 60 90 120 150 180	30 60 90 120 150 180	30 60 90 120 150 180	30 60 90 120 150 180
I	<input type="checkbox"/>				
II	<input type="checkbox"/>				
III	<input type="checkbox"/>				
IV	<input type="checkbox"/>				
V	<input type="checkbox"/>				
VI	<input type="checkbox"/>				
VII	<input type="checkbox"/>				

GLOSARIO DE TERMINOS

- CITOGENETICA:** CIENCIA HIBRIDA EN LA QUE SE EMPLEAN-
LOS METODOS DE CITOLOGIA PARA ESTUDIAR
LOS CROMOSOMAS.
- NOSOLOGICA:** CIENCIA DE LA CLASIFICACION DE LAS EN-
FERMEDADES.
- DISYUNCION:** SEGREGACION DE CROMOSOMAS HOMOLOGOS EN
LA PRIMERA DIVISION MEIOTICA, O DE LOS
PRODUCTOS DE LA DUPLICACION CROMOSOMI-
CA EN LA SEGUNDA DIVISION MEIOTICA O -
EN LA MITOSIS.
- GAMETOGENESIS:** ORIGEN Y FORMACION DE GAMETOS.
- TRANSLOCACION:** DESPLAZAMIENTO DE UNA PARTE DE UN CRO-
SOSOMA, O DE LA TOTALIDAD, HACIA LA --
OTRA.
- TRISOMIA:** PRESENCIA DE TRES CROMOSOMAS DE UN TI-
PO ESPECIFICO EN VEZ DEL NUMERO DIPLOI
DE NORMAL (DOS) LA PALABRA VA SEGUIDA-
POR ESPECIFICACION DEL SINDROME.

- MOSAICO: INDIVIDUO CON TEJIDOS ADYACENTES DE DIFERENTE CONSTITUCION GENETICA, COMO RESULTADO DE MUTACION, ENTRECruzAMIENTO SOMATICO, O ELIMINACION DE CROMOSOMAS.
- CIGOTE: OVULO FECUNDADO, ANTES DE PASAR POR LA SEGMENTACION. ORGANISMO PRODUCIDO POR LA UNION DE DOS GAMETOS.
- ENZIMAS: SUSTANCIA CATALITICA, DE NATURALEZA PROTEICA, FORMADA POR CELULAS VIVAS, Y QUE TIENE UNA ACCION ESPECIFICA AL PROMOVER UN CAMBIO QUIMICO.
- AUTOSOMAS: CROMOSOMA NO DETERMINANTE DEL SEXO (AUTOSOMICO).
- MEIOSIS: CAMBIOS NUCLEARES QUE SE PRODUCEN EN -- LAS ULTIMAS DIVISIONES CELULARES PARA LA FORMACION DE LAS CELULAS GERMINALES. LOS CROMOSOMAS SE DIVIDEN UNA VEZ, PERO EL CUERPO CELULAR LO HACE DOS VECES, -- DANDO COMO RESULTADO QUE EL NUCLEO DEL OVULO O ESPERMATOZOIDE CONTENGA UN NUMERO REDUCIDO HAPLOIDES DE CROMOSOMAS.

CELULA ESPERMATICA: CELULA MASCULINA.

HAPLOIDE: QUE TIENE UN SIMPLE JUEGO DE CROMOSOMAS NO PAREADOS EN CADA NUCLEO, CARACTERISTICO DE LOS GAMETOS; DE ALGUNOS SPOROZOA; DE NUCLEOS SOMATICOS.

GAMETOS: CELULA PRODUCTORA MASCULINA O FEMENINA - CAPAZ DE UNIRSE CON OTRA EN EL PROCESO DE FERTILIZACION.

CITOLOGIA: CIENCIA QUE TRATA DE LA ESTRUCTURA, FUNCIONES Y CICLOS DE VIDA DE LAS CELULAS.

PATOGNOMONICO: RELATIVO A, O QUE SIRVE COMO, PRUEBA EN EL DIAGNOSTICO; QUE INDICA LA NATURALEZA DE UNA ENFERMEDAD.

GENOMAS: EL JUEGO DE CROMOSOMAS ENCONTRADO EN CADA NUCLEO DE UNA ESPECIE DADA.

MONOSOMIA : COMPLEMENTO ANORMAL DEL CROMOSOMA -
MA EN EL CUAL EL CROMOSOMA DE UN
JUEGO SOMATICO ESTA AUSENTE.

CROMATIDES: UNO DE LOS FILAMENTOS QUE RESULTA
DE LA DUPLICACION DE UN CROMOSOMA
EN LA FASE S, VISIBLE DURANTE LA
PROFASE Y METAFASE DE LA MITOSIS-
O MEIOSIS, SE SEPARAN EN LA ANA -
FASE Y SE CONOCEN POSTERIORMENTE
COMO CROMOSOMAS HIJOS.

ANEUPLOIDIA: QUE TIENE UN MULTIPLE NON DEL NU-
MERO BASICO DE CROMOSOMAS; OPUES-
TO A EUPLOIDE.

BIBLIOGRAFIA :

- (1) Lina Wertmuller, "Mongolismo. Síndrome de Down. Trisomía veintiuno". Pág. 155.
- (2) López-Faudoa Sylvia G.E. "El niño con Síndrome de -- Down". Edit. Diana. 2a. Impresión, abril - de 1983. Pág.241.
- (3) Hiram E. Fitzgerald, Ellen A. Strommen, John Paul McKinney. "Psicología del Desarrollo, El Lactante y el Preescolar". Edit. El Manual Moderno. Pág. 350.
- (4) Ramírez Santiago. "Infancia es Destino". Edit. Siglo veintiuno. 9a. Edición. Pág. 216.
- (5) Berger, J y Cunningham, Cliff. "The development of eye contact between mothers and normal versus Down's syndrome infants", Developmental Psychology (17-15), 1981, 678-689.
- "Early development of social interactions in Down's syndrome and non-handicapped infants", Finland Speaks: the report of -- EASE Conference, Helsinki, august, 1981.
- (6) Bowlby, John. Attachment, New York, Basic Books Inc. 1969.- The making and breaking of affective bonds, London, Tavistock Publications, 1979.
- (7) Carr, Janet. "Mongolism: telling the parents", Developmental Medicine and Child Neurology -- (12), 1970, 213-221.
- (8) Cicchetti, Dante y Sroufe, Alan. "The relationship between affective and cognitive development in Down's syndrome infants", Child --

- (9) Development (47), 1976, 920-929.
Collingwood, Julia y Alberman, Eva. "Separation at birth and the mother-child relationship", Developmental Medicine and Child Neurology (21), 1979, 608-618.
- (10) Cunningham, Cliff y Sloper, Tricia. "Parents of Down's syndrome babies: their early needs", Child: care, health and development (3), -- 1977, 325-347.
- (11) Craft, M. Tredgold's mental retardation, London, Bailliere Tindale, 1979.
- (12) Gath, Ann. "Sibling reactions to mental handicap: a comparison of the brothers and sisters of mongol children", Journal of Child Psychology and Psychiatry (15), 1974, 187-198.
- (13) Gath, Ann. "The impact of an abnormal child upon the parents", British Journal of Psychiatry -- (130), 1977, 405-410.
- (14) Gayton, William y Walker, Linda. "Down Syndrome: informing the parents", American Journal of Diseases in Children (1-27), 1974, 510- -- 513.
- (15) Klaus, M. y Fanaroff, A. Care of the high-risk neonate, Philadelphia, W.B. Sanders, 1979.
- (16) Kirk, R.E. Experimental design: procedures for the behavioral sciences, Belmont, California-Brooks Cole, 1968.
- (17) Mahler, Margaret. Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación, México, Joaquín Moritz, 1968.

- (18) Miller, Lee G. "Toward a greater understanding of - the parents of the mentally retarded child", The Journal of Pediatrics (73-5), 1968, -- 669-705.
- (19) McIntire, Matilda, et al. "Mongolism and Hypotonia", American Journal of Mental Retardation (68-5), 1964.669-670.
- (20) Pueschel, Siegfried y Rothman, Kenneth. "Birth weight in children with Down's Syndrome", American Journal of Mental Deficiency (80-4), 1976,- 442-445.
- (21) Pueschel, Siegfried M. Down Syndrome: growing and -- learning, Kansas, Andrews and McMeel, Inc., 1980.
- (22) Piaget, Jean. Seis estudios de psicología, México, - Seix Barral, 1977.
- (23) Reed, Robert y Pueschel, Siegfried. "Interrelationship of biological, enviromental and competency variables in young children with Down Syn - drome", Applied Research in Mental Retarda - tion (1), 1980, 161-174.
- (24) Robinson, Nancy M, et al. "Tricks of the trade: tes - ting infants and preschoolers", publication - of the Clinical Training Unit, University - of Washington, 1980.
- (25) Serafica, F. y Cicchetti, D. "Down's syndrome chil - dren in a strange situation: attachment and exploration behaviors" Merrill-Palmer Quar - terly (22-2), 1976, 137-150.

- (26) Sorce, James y Emde, Robert. "The meaning of infant-emotional expressions: regularities in caregiving responses in normal and Down's syndrome infants", Journal of Children Psychology and Psychiatry (23-2) - 1982, 145-158.
- (27) Spitz, René. El Primer año de vida del niño, México-Fondo de Cultura Económica, 1975.
- (28) Stone, Nancy y Chesney, Barbara. "Attachment behaviors in handicapped infants", Mental Retardation, February 1978, 8-12.
- (29) Vadasy, Patricia y DuBose, Rebeca. "Affective and cognitive development in Down's syndrome infants", Research Brief No. 1, National Diffusion Network Project, Experimental Education Unit, University of Washington, april, 1981.
- (30) Larroyo, Francisco. "Diccionario Porrúa de Pedagogía y Ciencias de la Educación". Editorial Porrúa, S.A. México, D.F. 1982, Primera Edición. pág. 601.
- (31) Arnau Grass, Jaime. Diseños, experimentos en psicología y educación. editorial Trillas, Volumen I, 1986. pág. 406.
- (32) Mcguigan. Psicología Experimental. Editorial Trillas.

(33) Jiménez Ortega Javier., Diccionario de Biología.
Editorial Concepto, S.A., 1979, Págs. 321.

(34) Blakiston. Diccionario Breve de Medicina.
Edición Científica, La Prensa Mexicana, S.A.,
México, Págs. 1379.