



**UAP | UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO ENTORNO A LA ESTIMULACIÓN  
TEMPRANA EN MADRES DE NIÑOS CON SÍNDROME DE  
DOWN DE LA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL “HELLEN  
KELLER” DEL AA.HH.PACHACUTEC DEL DISTRITO DE  
VENTANILLA (LIMA-PERU) 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**BACHILLER: SOTO ESCAPA, GERALDINE**

**LIMA - PERÚ**

**2016**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO ENTORNO A LA ESTIMULACIÓN  
TEMPRANA EN MADRES DE NIÑOS CON SÍNDROME DE  
DOWN DE LA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL “HELLEN  
KELLER” DEL AA.HH.PACHACUTEC DEL DISTRITO DE  
VENTANILLA (LIMA-PERU) 2014”**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta investigación trabajo a Dios por darme las fuerzas para seguir adelante y a mis padres por apoyarme en todo.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecerme, y por poner a personas que han sido mi soporte y compañía dentro de estos años.

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento entorno a la estimulación temprana en madres de niños con síndrome de Down de la institución educativa inicial "Hellen Keller" del AA.HH Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014. La muestra de estudio fue de 80 madres. Entre sus principales conclusiones están:

En las madres encuestadas, predominan las edades de 30 a 32 años, seguidas de las madres de 40 a 48 años de edad y el 19%(15) tiene 19 a 25 años.

El grado de instrucción que tiene el 37.5% es de secundaria completa con tendencia a un 32.5% con educación primaria. Asimismo el 73% de ellas tienen 3 a 4 hijos un 19 %(15) con 2 hijos y un 8%(6) tienen un hijo.

El nivel de conocimiento de las madres se puede apreciar que el 60% tiene el nivel de conocimiento bajo mientras que el 37.5% tiene un nivel de conocimiento medio sobre estimulación temprana en el niño con síndrome de Down.

El nivel de conocimiento de las madres en las áreas cognoscitiva, social-comunicativa y motora también es bajo oscilando entre el 57 a 60 % mientras que el 37.5% tiene un nivel de conocimiento medio sobre estimulación temprana en el niño con síndrome de Down.

**Palabras claves:** Estimulación temprana y síndrome de down.

## **ABSTRAC**

The aim of the research was to determine the level of knowledge around early stimulation in mothers of children with Down syndrome the initial educational institution "Hellen Keller" AA.HH Pachacutec District of Ventanilla (Lima-Peru) 2014 study sample was 80 mothers. Among its main findings are:

In the surveyed mothers, dominated the ages of 30 to 32 years, followed by mothers 40 to 48 years of age and 19% (15) is 19 to 25 years.

The level of education has 37.5% complete secondary is prone to 32.5% with primary education. Also 73% of them have three to four children 19% (15) with 2 children and 8% (6) have a child.

The level of knowledge of mothers can be seen that 60% have low knowledge level while 37.5% have a medium level of knowledge about early stimulation in children with Down syndrome.

The level of knowledge of mothers in the cognitive, social-communicative and motor areas is also low ranging from 57-60% while 37.5% have a medium level of knowledge about early stimulation in children with Down syndrome.

**Keywords:** Early stimulation and down syndrome

## ÍNDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	i
<b>ABSTRAC</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	v
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	7
1.5. Limitaciones de la Investigación	8
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica	11
2.3. Definición de términos	31
2.4. Hipótesis	32
2.5. Variables	33
2.5.1. Definición conceptual de la variable	33
2.5.2. Definición operacional de la variable	33
2.5.3. Operacionalización de la variable	34
<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	36
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	36

3.3. Población y muestra	37
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	38
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	39
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	39
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	<b>52</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>54</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>55</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCIÓN

De los defectos natales, el síndrome de Down (SD) es el más frecuente y de una gran complejidad, afectando aproximadamente a 1 de cada 700-800 nacidos vivos. Desde que John Langdon Haydon Down describiera en 1866 por primera vez este síndrome y en 1958 Jérôme Lejeune aportara que el origen de la patología era de naturaleza genética, descubriendo un cromosoma de más en el cariotipo de estas personas (Fundación Catalana síndrome de Down, 1996), mucho es lo que se ha avanzado en todos los aspectos que rodean a “cualquier” persona con SD como en cualquiera de las discapacidades psíquicas, físicas y sensoriales que existen hoy día, tanto en los aspectos sociales, educativos, médicos, psicológicos, laborales, etc. Teniendo en cuenta que muchos niños necesitan apoyo para adaptarse a la sociedad y contribuir de alguna manera en el desarrollo de sus capacidades se hace necesario conocer cuánto saben los padres de los niños entorno a la estimulación temprana que sus niños deben tener y con ello realizar acciones que contribuyan en mejorar o ampliar sus conocimientos.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable.

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La estimulación temprana o estimulación adecuada infantil para niños y bebés, no es simplemente una serie de ejercicios, masajes y caricias (sin un propósito claro). Es mucho más que eso, la estimulación temprana o estimulación adecuada infantil es adecuada cuando se conoce cada paso del proceso de formación de la estructura cerebral humana. La estimulación temprana, estimulación precoz o atención temprana es un grupo de técnicas para el desarrollo de las capacidades y habilidades de los niños en la primera infancia. Es el grupo de técnicas educativas especiales empleadas en niños entre el nacimiento y los seis años de vida para corregir trastornos reales o potenciales en su desarrollo, o para estimular capacidades compensadoras. Las intervenciones contemplan al niño globalmente y los programas se desarrollan teniendo en cuenta tanto al individuo como a la familia y el entorno social que lo rodea.<sup>1</sup>

Es necesario tener en cuenta que, hoy en día, el niño pequeño con Síndrome de Down debe ser un participante activo de un programa de estimulación

temprana, o de un sistema de acciones basado en estos programas, cuando tenga cinco años será ya un alumno en una escuela primaria para niños con necesidades educativas especiales. De ahí se desprende la importancia que se le concede al sistema de acciones propuesto, desde la perspectiva sociocultural. Esta propuesta se sustenta en el valor sociocultural, de la Educación Especial.<sup>2</sup>

Según numerosos estudios científicos, los primeros años de vida son el mejor momento para que las neuronas sean activadas o estimuladas. Es durante los años iniciales de existencia de un ser humano cuando el cerebro es especialmente receptivo a nuevas experiencias y esta particularmente capacitado para aprovecharlas. Mas tarde, aun será posible perfeccionar esas conexiones entre neuronas y estos circuitos ya creados, pero resulta más difícil, y las más de las veces imposible, crear nuevas conexiones. Por eso, el desarrollo intelectual de una persona depende en gran medida de los circuitos establecidos durante la etapa más adecuada de su vida para hacerlo, es decir, durante los primeros años. <sup>(1)</sup>

Cada año nacen 785 peruanos con Síndrome Down, quienes en su mayoría no podrán aprender leer ni escribir por falta de una adecuada educación escolar.<sup>(2)</sup> La incidencia global del síndrome de Down se aproxima a uno de cada 700 nacimientos, pero el riesgo varía con la edad de la madre. La incidencia en madres de 25 años es de 1 por 2000 nacidos vivos, mientras que en madres de 35 años es de 1 por cada 200 nacimientos y de 1 por cada 40 en las mujeres mayores de 40 años. El cociente de inteligencia (CI) varía desde 20 hasta 60 (una inteligencia media alcanza el valor 100), pero con procedimientos educativos específicos y precoces

Pueden conseguir valores más altos. De hecho existen personas con síndrome de Down que han llegado a niveles educativos universitarios y a

desarrollar capacidades y destrezas que rompen con esta visión determinista que ha rodeado históricamente a la trisomía 21. <sup>(3)</sup>

La Estimulación Temprana en los primeros dos años de vida es muy importante para su desarrollo y adaptación al entorno social; muchos estudios han demostrado que la falta de estímulo afecta algunos órganos y las estructuras del Sistema Nervioso Central, de tal forma que cualquier lesión por falta de estímulo influiría negativamente en el desarrollo cerebral del infante. Según el MINSA actualmente uno de los problemas de Salud de mayor preocupación esta dada por la alta tasa de mortalidad infantil en niños menores de 5 años; de los cuales el 40% de niños sufre de retraso en el desarrollo psicomotor, un 13% de incapacidad y un 3% con minusvalía. <sup>(4)</sup>

Los recién nacidos con Síndrome de Down están preparados para percibir y responder ante los estímulos propios y ambientales, los cinco sentidos actúan como importantes fuentes de información en una etapa en la que el desarrollo es rápido, se debe tener en cuenta que hoy en día el niño pequeño con Síndrome de Down puede ser un participante activo de los ejercicios de estimulación, no existen dudas sobre el beneficio real de una atención y dedicación adecuadas durante los primeros años de vida, la característica fundamental de esta primera etapa es la plasticidad del cerebro y la posibilidad de influir en él logrando un buen desarrollo biológico cerebral que será la base estructural. <sup>(5)</sup>

Pablo Pineda es un ejemplo de valentía que supera todas las barreras encontradas hasta ahora por las personas afectadas con el Síndrome de Down. Diplomado en Magisterio, a punto de conseguir la licenciatura en Psico-pedagogía y trabajando en el Ayuntamiento de Málaga <sup>(6)</sup>, este joven ha demostrado con creces que querer es poder y con la correcta estimulación se puede obtener grandes logros con estas personas.

El único milagro para la persona con Síndrome de Down es su educación. Las técnicas para desarrollar una Estimulación adecuada pueden ser variadas, pero deben responder a un plan o programa, previamente organizado. Todas las funciones del cuerpo humano están controladas por el cerebro y es una realidad que los científicos de hoy lo dejaron de ver como algo estático e inamovibles, muchos conceptos de estudiosos del tema en las distintas universidades del mundo sostienen que "el cerebro crece por su uso". La estimulación es una forma de proveer al cerebro del niño los datos, usando el camino sensorial, para que el niño los almacene y procese y pueda, de esa manera, lograr que toda la información que entra pueda salir en realizaciones propias. Ante la ausencia de información hay ausencia de resultados.<sup>(7)</sup>

Al trasladar el efecto de la estimulación temprana a otros ámbitos, como es el caso de los niños con patologías manifiestas del sistema nervioso central, y uno de los iniciales fueron los sujetos afectados de trisomía 21 (síndrome de Down). Una serie de estudios parecía apuntar a la obtención de beneficios con la estimulación temprana. Se consiguieron resultados estadísticamente significativos al adelantar el comienzo de la marcha respecto a controles (iniciarla a los 19,9 meses frente a los 21,9 meses)<sup>(8)</sup>

Frente a las situaciones planteadas se plantea la siguiente interrogante

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es el nivel de conocimiento entorno a la estimulación temprana en madres de niños con Síndrome de Down de la Institución Educativa Inicial "Hellen Keller" del AA.HH. Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014?

### 1.2.2. Problema Específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento entorno a la estimulación temprana en el área cognoscitiva de las madres de niños con síndrome de Down de la Institución Educativa Inicial “Hellen Keller” del AA.HH. Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento entorno a la estimulación temprana en el área social de las madres de niños con síndrome de Down de La Institución Educativa Inicial “Hellen Keller” del AA.HH. Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento entorno a la estimulación temprana en el área afectiva de las madres de niños con síndrome de Down de la Institución Educativa Inicial “Hellen Keller” del AA.HH. Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento entorno a la estimulación temprana en el área motriz de las madres de niños con síndrome de Down de la Institución Educativa Inicial “Hellen Keller” del AA.HH. Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014?

### **1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar el nivel de conocimiento entorno a la estimulación temprana en madres de niños con síndrome de Down de la Institución Educativa Inicial “Hellen Keller” del AA.HH. Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el nivel de conocimiento entorno a la estimulación temprana en el área cognoscitiva de las madres de niños con síndrome de Down de la Institución Educativa Inicial “Hellen Keller” del AA.HH. Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento entorno a la estimulación temprana en el área social de las madres de niños con síndrome de Down de la Institución Educativa Inicial “Hellen Keller” del AA.HH. Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento entorno a la estimulación temprana en el área afectiva de las madres de niños con síndrome de Down de la Institución Educativa Inicial “Hellen Keller” del AA.HH. Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014.

- Identificar el nivel de conocimiento entorno a la estimulación temprana en el área motriz de las madres de niños con síndrome de Down de la Institución Educativa Inicial “Hellen Keller” del AA.HH. Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Los estudios realizados han demostrado que mientras mayor es la estimulación en las primeras etapas del desarrollo del niño, es mayor la probabilidad de que el niño llegue a desarrollarse dentro de las máximas posibilidades.

Otra circunstancia que hace significativa la investigación es el hecho que son pocas las investigaciones donde se tome como muestra a niños especiales y sumado a ello es el tener que reconocer que en la actualidad se presentan un sin fin de niños con Síndrome Down que presentan un excelente desenvolvimiento en el ámbito donde se desarrollan, pero por otro lado, existen niños con Síndrome Down que presentan un bajo nivel de motivación hacia el aprendizaje escolar; provocando que disminuyan su desarrollo cognoscitivo hacia el aprendizaje. Esta investigación tiene como designio indagar el conocimiento con el único propósito de que posteriormente se brinde aportes hacia el incremento de la información que tienen las madres entorno a la estimulación temprana a sus niños y con ello contribuir en el crecimiento y desarrollo de sus niños.

La Estimulación Temprana en los primeros dos años de vida es muy importante para su desarrollo y adaptación al entorno social; muchos estudios han demostrado que la falta de estímulo afecta algunos órganos y las estructuras del Sistema Nervioso Central, de tal forma que cualquier

lesión por falta de estímulo influiría negativamente en el desarrollo cerebral del infante. Según el MINSA actualmente uno de los problemas de Salud de mayor preocupación esta dada por la alta tasa de mortalidad infantil en niños menores de 5 años; de los cuales el 40% de niños sufre de retraso en el desarrollo psicomotor, un 13% de incapacidad y un 3% con minusvalía. No se registran estadísticas en el caso de niños con síndrome de Down sin embargo, es también labor de enfermería la inclusión de estos pequeños en el medio social, ya que también forman parte de un entorno y por consiguiente es necesario que se valgan por si solos y el primer escalón es la estimulación que debe dar la madre o cuidador. Situándonos en este aspecto, se ha visto necesario identificar que tanto saben las madres acerca de estimulación temprana en niños con síndrome de Down.<sup>9</sup>

#### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La primera limitación corresponde a la población ya que la muestra solo corresponde a las madres en la Institución educativa inicial “Hellen Keller”.

La segunda limitación es que los resultados de la investigación solo servirán para la población de esta Institución Educativa Inicial “Hellen Keller”

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**Torrejon Rugel, Cárdenas, Inca. (2009)** en México estudiaron “Conocimiento de las madres de la localidad de Cosamaloapan, México sobre los cuidados básicos al niño con necesidades especiales (Síndrome de Down)”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres de la comunidad de Cosamaloapan, con respecto a la donación de órganos, antes y después de aplicar la estrategia educativa. Como metodología fue un estudio observacional, trasversal, analítico y prospectivo, la muestra consta de 59 de la escuela E. José Martínez Rodríguez. Sus resultados muestran que en la pregunta ¿Sabe qué hacer en caso de alaguna cómo? Grupo I 68,8% y Grupo II 96,6% ( $p < 0,05$ ) antes de la estrategia educativa el 27,1%

presentaban que la pregunta ¿la donación es un proceso altruista? Grupo I 27% y Grupo II 100%. Arribaron a la conclusión que los escolares tenían escaso conocimiento sobre el tema, por ello consideran que profesionales de la salud participen en la divulgación de conceptos básicos de la donación y trasplante de órganos.<sup>(10)</sup>

**Rojas P, Martínez N, Sotomayor C.** (2012) Chile Realizó una investigación titulada “Nivel de afrontamiento de las madres de la Región de los Ríos, Chile”; cuyo objetivo fue conocer los principales formas de afrontamiento, en población de la Región de los Ríos durante marzo - mayo 2012. Fue un estudio descriptivo de corte trasversal; la muestra constó de 264 residentes de la Región de los Ríos con edades entre 18 a 65 años. Los resultados hallados muestran el nivel de afrontamiento de las madres con niños con necesidades especiales en el 75%, afirma estar dispuesto a luchar cada día más por la vida y hacer que sus niños se sienten igual que otros niños a pesar de sus limitaciones un 31% no estaría dispuesto a afrontar tal problemática de sus niños con enfermedades y/o problemas que lo limitan porque ; la gente no los entienden y que jamás tendrán una vida igual que otros niños y que el personal de salud no los entienden que no pueden quedarse atender a sus niños ya que ellos tienen otros niños y no saben cómo atender a sus niños evidenciándose una actitud negativa en un porcentaje mínimo pero importante de considerar.<sup>(11)</sup>

**Vélez Canencia, Doris Gabriela.** Ecuador. 2011. Realizó un estudio llamado: la estimulación temprana en niños con Síndrome de Down de edad pre escolar, como factor de apoyo para sus padres. s un estudio de la Estimulación Temprana

basado especialmente en el apoyo emocional que brinda a los padres de estos niños; en esta disertación no se estudian los efectos y progresos a nivel físico y psíquico de los niños Down. El primer capítulo llamado “Síndrome de Down”, se refiere al síndrome en sí, es decir, a la descripción orgánica y mental de un niño Down, su dificultad de tratamiento debido tanto a la falta de maduración orgánica, como a la falta de instituciones dedicadas al tema, así como también se refiere al sufrimiento de los padres y del niño al enfrentarse ante la problemática del síndrome, a la vez que se presenta al niño Down, como un sujeto deseante, es decir, un sujeto que necesita ser estructurado como tal, y dejar de ser visto sólo a partir del síndrome que muchas veces lo abarca y lo nombra, imposibilitándolo de ante mano.<sup>12</sup>

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**Huamán yauri Saavedra, July Rocío.** Perú. 2010. Realizó un estudio llamado Grado de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en los lactantes menores de un año que asisten al componente Niño-Hospital Local de Huaycan Ate-Vitarte. El objetivo de esta investigación fue Determinar el grado de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana del lactante menor de un año. El nivel del estudio fue aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por las madres de los lactantes menores de un año en un tiempo determinado de un mes; a lo cual se le aplicó un muestreo probabilística por conveniencia estratificado, obteniéndose una muestra de 90 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista individual y el Instrumento fue el formulario tipo cuestionario, el cual fue validado mediante

juicio de expertos y sometido a una prueba piloto para su validez y confiabilidad estadística. Finalmente se concluyó:

*“El grado de conocimiento de las madres de los lactantes menores de un año sobre estimulación temprana es medio, de los cuales las madres de los lactantes de 7-11 meses presentan conocimiento bajo. En las cuatro áreas motora, coordinación, social y lenguaje, el grado de conocimiento de las madres de los lactantes menores de un año es medio; de los cuales las madres de los lactantes de 7-11 meses presentan conocimiento bajo”.*<sup>13</sup>

**Castañeda Lay, Verónica.** Perú 2008 realizó un estudio titulado Nivel de conocimiento acerca de estimulación temprana a niños menores de un año en las madres que asisten a consultorio externo de pediatría del Hospital Central FAP. El objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento acerca de estimulación temprana del niño menor de un año en las madres que acuden a consultorios externos de Pediatría del Hospital Central FAP. Se realizó el estudio de tipo cualitativo, método descriptivo de cohorte transversal, en una población de madres que acuden a consultorio externo de pediatría del Hospital Central FAP, utilizando una muestra de 86 madres. Para la recolección de datos se construyó un cuestionario avalado por los jueces expertos. Se llegó a la siguiente conclusión:

*“El nivel de conocimientos de las madres que asisten a consultorio externos del Hospital Central FAP acerca de estimulación temprana del niño menor de un año, es de medio -bajo, encontrándose mayor deficiencia de conocimiento en el área de lenguaje y coordinación y un mayor conocimiento en el área motora y social”.*<sup>14</sup>

**Santillana Casas,Nieves.** Realizó un estudio de investigación titulado: “El Síndrome de Down de niños menores de 5 años y la relación con las características socioculturales de la familia en el Servicio de Rehabilitación Pediátrica del Hospital Edgardo Rebaglati Martins, que se desarrolló entre los meses de Agosto y Diciembre del 2009, el objetivo fue: Identificar la relación entre las características socioculturales de la familia y el síndrome de Down de los niños de acuerdo al grupo etiológico y describir las características de los padres de los niños con diagnóstico de síndrome de Down en dicho servicio. En las características se han contemplado el estado cultural de los padres donde se encontró que el nivel de conocimiento sobre el Síndrome de Down de sus hijos es bajo y que solamente se limitan a llevarlo cuando hacen problemas de salud respiratoria y/o que afecte su deambulaci3n. Otra característica es la edad de los padres, con edad de referencia a la edad de diagnóstico del niño., lo que hace prioritario mejor acuciosidad en el examen inicial del niño sin antecedentes de riesgo y un seguimiento minucioso de ganancia de habilidades motoras en niños con factores de riesgo para desarrollar daño neurol3gico”. (15)

Existe relaci3n entre el síndrome de Down y las características culturales de los padres porque cuanto mayor nivel de conocimiento tienen sobre la enfermedad de sus niños sobre todo de la motivaci3n que debe tener es mayor el avance y menos las veces de hospitalizaci3n, Los aportes otorgados de los estudios anteriores han servido como referencia para ampliar el marco teórico, lo cual ayuda al desarrollo del presente trabajo.

No se evidencia trabajos en el cual se aborde el rol educador de la enfermera en ayuda a los padres de familia relacionado a los

cuidados del niño con Parálisis Cerebral, debido a que ellos son los encargados de su atención por lo que es importante realizar una interrelación Enfermera – Padres para disminuir sus dudas, temores e inquietudes, a través de un protocolo que ayude a incrementar sus conocimientos a fin de mejorar la calidad de vida de estos niños.<sup>15</sup>

**Rodríguez Siu Kattia Cecilia y Cegaran Rey Carlos Manuel**, en el año 2008, investigaron sobre “Antecedentes de Riesgo y de padecer síndrome de Dow. Hogar Clínica San Juan de Dios. Instituto de Rehabilitación Infantil Milagroso Niño de Jesús.

CODAM. PNP”, realizada en Julio - setiembre 2008, se estableció como objetivo general: Determinar la relación entre los antecedentes de riesgo y el síndrome; sus objetivos específicos: Determinar las formas clínicas y los grados de afectación más frecuentes y Determinar los principales antecedentes de riesgo que actuaron sobre los niños de nuestra población y sus madres en el periodo gestacional para que el producto desarrolle parálisis cerebral. Las conclusiones a las que han llegado los autores fueron las siguientes:

“El varón predomina entre los afectados; la cuadriplejia espástica es la forma clínica predominante, así mismo predomina notablemente el grado de afectación grave; los principales factores de riesgo son la asfixia y la prematuridad; del total de partos domiciliarios el 80% fueron en provincia; del grupo el 78% son de nivel socio económico bajo; existe un predominio de partos ocurridos antes de 37 semanas; las hemorragias en el embarazo se relacionan con el bajo peso, la inmadurez; en nuestro grupo de estudio, la parálisis cerebral depende de una multiplicidad de

factores los cuales fueron determinantes por la aparición de una u otra forma clínica”. (16)

## **2.2 BASE TEÓRICA**

### **2.2.1 Conocimientos**

El que enseña imparte conocimientos para lograr objetivos definidos y que le permiten al estudiante adquirir nuevas conductas de tipo cognoscitivo, psicomotriz y afectivo volitivo o modificar los ya existentes. De ahí que el proceso de enseñanza aprendizaje debe ser entendido o definido como un proceso de comprensión y estructuración de la realidad, que explica en forma detallada los mecanismos y leyes internas que operan en el sujeto cuando conoce o aprende.

El aprendizaje es definido como un cambio relativamente permanente en el comportamiento que refleja un incremento de los conocimientos, la inteligencia o las habilidades conseguidas a través de la experiencia el cual puede incluir el estudio, la instrucción, la observación y la práctica.

El conocimiento es una relación entre el sujeto-cognoscente- y un objeto –lo conocido- sujeto y objeto son tales solamente en tanto exista la relación cognoscitiva correspondiente. El conocimiento es siempre conocimiento de algo, es decir de la realidad, por lo que a través de la historia de la filosofía siempre hubo una relación entre teoría del conocimiento y teoría de la realidad.<sup>17</sup>

Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “...el conocimiento vulgares vago e inexacto limitado por la observación y

el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”.

Desde el punto de vista pedagógico; “...conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón”.

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el “conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico”.

El ser humano es un inagotable constructor de conocimiento, ya que la constante interacción entre él y la realidad a la que está circunscrito, le brindan la oportunidad de generar nuevas ideas sobre los hechos que le rodean, y estas a su vez van evolucionando en la medida que los avances tecnológicos y científicos van generando nuevos conocimientos. La salud es “el goce de un alto nivel de bienestar mental y social, por tanto el conocimiento que el ser humano tenga influye en la toma de decisiones en relación a su salud”.

“Es importante resaltar la función que tiene la comunicación para la salud razón por la cual la Promoción de la Salud la definió como el

proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla. También la podemos definir como la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño.

La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas

La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos”.

## **2.1.2. Síndrome de Down**

### **2.1.2.1. Concepto**

“Condición genética caracterizada por un aspecto físico característico y algún grado de retardo en el desarrollo, cuya causa es la Trisomía 21”. John Langdon Down:

Médico inglés que describió el síndrome que lleva su nombre.<sup>(18)</sup>

El síndrome de Down (DS por sus siglas en inglés), también se conoce como Trisomía 21, la condición donde un material genético adicional ocasiona retrasos en la forma en la que un niño(a) se desarrolla mentalmente y físicamente. Esta condición afecta a 1 de cada 800 bebés.

Las características físicas y los problemas mentales asociados con el síndrome de Down pueden variar entre los niños(as). Mientras que algunos niños(as) con el síndrome de Down necesitan atención médica, otros llevan una vida muy saludable.

Aunque el síndrome de Down no puede prevenirse, puede ser detectado antes del nacimiento. Los problemas de salud en los casos del síndrome de Down pueden ser tratados y existen recursos comunitarios para ayudar a los niños(as) y a las familias que padecen esta condición.<sup>(18)</sup>

#### **2.1.2.2. Genética**

La historia de la investigación sobre el síndrome de Down se encuentra íntimamente entrelazada con la historia de la genética. Era imposible elaborar una hipótesis productiva y racional del síndrome de Down sin disponer de los datos biológicos. Desde que John Langdon Down identificó y describió por primera vez en 1866 el síndrome que ahora lleva su nombre, no fue hasta 1932 cuando Davenport sugirió que las irregularidades cromosómicas podrían originar ciertas formas de discapacidad intelectual, entre ellas el síndrome de Down. Sólo en 1956, las técnicas disponibles permitieron establecer con carácter definitivo que el

número normal de cromosomas humanos es 46, y un año más tarde Jérôme Lejeune descubrió que en el síndrome de Down existía un cromosoma extra perteneciente a la pareja de cromosomas 21 (HSA21). Su hallazgo fue confirmado ese mismo año por Jacobs. Poco después se describieron los primeros casos de translocación y de mosaicismo. En 1970 Caspersson postuló que el material genético que, cuando está triplicado, provoca la aparición fenotípica propia del síndrome de Down se encuentra concentrado en la porción distal del brazo largo del cromosoma 21. A partir del análisis de varios casos de trisomía 21 con translocación se fue definiendo lo que se ha dado en llamar "región crítica" del síndrome de Down. Esta noción, mantenida durante varios años, está siendo criticada por cuanto rasgos fenotípicos característicos del síndrome de Down parecen no corresponder a esa región y estar relacionados con otros segmentos más proximales del cromosoma 21. Las células del ser humano poseen cada una en su núcleo 23 pares de cromosomas. Cada progenitor aporta a su descendencia la mitad de la información genética, en forma de un cromosoma de cada par. 22 de esos pares se denominan autosomas y el último corresponde a los cromosomas sexuales (X o Y). Tradicionalmente los pares de cromosomas se describen y nombran en función de su tamaño, del par 1 al 22 (de mayor a menor), más el par de cromosomas sexuales antes mencionado. El cromosoma 21 es el más pequeño, en realidad, por lo que debería ocupar el lugar 22, pero un error en la convención de 1960, que asignó el síndrome de Down al par 21 ha

perdurado hasta nuestros días, manteniéndose por razones prácticas esta nomenclatura. El cromosoma 21 contiene aproximadamente el 1% de la información genética de un individuo en algo más de 400 genes, aunque hoy en día sólo se conoce con precisión la función de unos pocos.<sup>(11)</sup>

### **2.1.2.3. Epidemiología**

El SD ocurre con una frecuencia de alrededor de 1 en 700 recién nacidos vivos (RNV) y 1 en 150 concepciones, con una estimada relación varón/mujer al nacimiento de 1,5.<sup>(12) (13)</sup> De acuerdo con los datos del National Down Syndrome Cytogenetic Register (1989-1996) entre las 12 semanas de gesta y el término se estima una pérdida espontánea de alrededor del 43% de estos embarazos. El 12% son mortinatos o fallecen durante el período neonatal.<sup>(14)</sup> Si bien está claramente establecida la relación entre la ocurrencia de SD con la edad materna, el 80% de los casos nacen de madres menores de 35 años, ya que el grueso de los nacimientos se producen a edades maternas más tempranas.<sup>(15)</sup> El riesgo de ocurrencia de acuerdo a la edad materna es entre los 15 y los 24 años: 1/1.300, entre los 25 y los 29 años: 1/1.100, a los 35 años 1/350, a los 40 años: 1/100 y a los 45 años: 1/25.<sup>(12)</sup>

### 2.1.2.4. Cuadro clínico

Tabla 1. Rasgos genotípicos más frecuentes en el síndrome de Down

Rasgos fenotípicos	Descripción	(%)
<i>Craneofaciales</i>	Puente nasal chato	61
	Braquicefalia	76
<i>Oculares</i>	Hendiduras palpebrales hacia arriba	79
	Epicanto	48
	Manchas de Brushfield	53
	Estrabismo	22
	Nistagmo	11
<i>Auriculares</i>	Orejas displásicas	53
	Ausencia de lóbulo	70
<i>Orales</i>	Boca abierta	61
	Fisura labial	56
	Protrusión lingual	42
	Macroglosia	43
	Surcos linguales	61
	Paladar estrecho	67
<i>Cuello</i>	Ancho y corto	53
<i>Tórax</i>	Pectus excavatum	10
	Pectus carinatum	8
	Xifosis	11
<i>Abdomen</i>	Diastasis de rectos	82
	Hernia umbilical	5
<i>Genitales</i>	Criptorquidia	21
	Escroto pequeño	37
	Pene pequeño	70
<i>Manos</i>	Anchas y cortas	70
	Braquidactilia	67
	Pliegue transverso	52
	Clinodactilia	59
	Pliegue único 5ºdedo	20
<i>Pies</i>	Separación entre 1ºy 2ºdedo	50
	Pliegues plantares	31
<i>Articulaciones</i>	Hiperlaxitud	62

Fuente: Kaminker, Patricia; Armando, R. Síndrome de Down. Primera parte: enfoque clínico-genético<sup>(16)</sup>

### 2.2.3. Patologías frecuentes

#### 2.2.3.1. Cardiopatías

Entre el 40 y 50% de los recién nacidos con SD presentan cardiopatías, una tercera parte son defectos en el cierre septo ventricular<sup>(17)</sup>; en la etapa de adolescencia o adulto joven pueden aparecer defectos en las válvulas cardíacas<sup>(18)</sup>.

### **2.2.3.2. Gastrointestinales**

Lo presentan el 10% de la población con SD. La atresia duodenal aparece hasta en el 8% de los niños recién nacidos con SD<sup>(19)</sup>. El ano imperforado es la malformación anorrectal más frecuente en niños con SD: se ha descrito una incidencia del 2-3%<sup>(20)</sup>.

### **2.2.3.3. Trastornos endocrinos**

Sobretudo problemas tiroideos en alta incidencia.

### **2.2.3.4. Trastornos de la visión**

El 60% presenta astigmatismo, cataratas y miopía.

### **2.2.3.5. Trastorno de la audición**

El 80% presenta hipoacusia por conducto anatómicamente inapropiado, otitis media o estenosis del conducto auditivo.

## **2.2.4. Crecimiento y desarrollo**

Los controles de peso y talla, alimentación y vacunas se realizaran en las fechas indicadas. Debemos recordar que el perímetro cefálico y la talla de los niños con SD es menor que de sus hermanos. La tendencia a la obesidad obliga a una adecuada orientación nutricional y actividades físicas<sup>(21)(22)(23)(24)</sup>.

Se dice que el paciente con SD tiene un promedio de vida corta. Su supervivencia es de 50 a 60 años, lo que se debe a la alta mortalidad y morbilidad de los primeros años.<sup>(25)</sup>su sistema inmunológico no esta bien desarrollado (sistema celular y humoral)

predisponiéndolo a un mayor número de infecciones. Las infecciones deben tratarse de la misma manera que frente a otros pacientes

La rehabilitación debe iniciarse lo más precozmente posible, apenas diagnosticado el niño. Solo debe diferirse cuando las condiciones de salud no lo permitan. Los padres deben involucrarse en el proceso de rehabilitación en todo momento, siguiendo los consejos del médico y enfermera pediatra. Ellos deben ser informados que muchas de las anomalías físicas y deficiencias asociadas pueden ser corregidas y tratadas en la actualidad, y que a través de programas educacionales especiales pueden desarrollar al máximo su potencial cognoscitivo, incrementando así su aceptación social, logrando en muchos casos ingresar al mercado laboral. Todos estos avances han contribuido a la desinstitucionalización de las personas con Síndrome de Down. <sup>(26)</sup>

**TABLA 2: EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN**

<b>De 0-1 año .-</b> Es importante el diagnóstico. Dar a conocer a sus padres la causa, el riesgo de recurrencia y un adecuado asesoramiento genético y estimulación precoz.	
Las complicaciones más frecuentes que deben estudiarse a esta edad son:	
Cardiopatía congénita	Evaluación cardiológica del neonato y a los 8 meses.
Hipotiroidismo congénito	Medición de T4, TSH en el neonato.
Audición	Prevención de la otitis media serosa
Anormalidades oculares	Descarte de cataratas, estrabismo y nistagmo
Evaluación hematológica transitoria	Descartar leucemia o hiperplasia mielode
<b>De 01 a 04 años.-</b> No descuidar la evaluación del crecimiento y desarrollo. Enfatizar terapia de lenguaje y autoavanzamiento.	
Audición	Valoración audiométrica anual
Inestabilidad atlanto-axial	Radiografías cervical lateral a los 3 años
Evaluación odontológica	Anual. Enfatizar Higiene oral
Errores de Retracción	Estudio en consultorio pediátrico anual
<b>A los 4 años .-</b>	
Evaluación oftalmológica	Anual
Tiroideas	Anual. Dosaje de T4 y TSH
Evaluación hematológica	Anual. Descartar leucemia
<b>De 5 a 12 años.-</b> Valoración del cociente intelectual para la ubicación educativa. Crecimiento y estado nutricional, evitar el sobrepeso y la obesidad con régimen dietético adecuado y actividad física apropiada y terapia ocupacional y laboral.	
Evaluación oftalmológica	Anual. Descartar queratocono
Tiroideas	Anual después de los diez años

Gallardo, Bertha. El Síndrome de Down: reto para el pediatra de hoy <sup>(26)</sup>

### **2.2.5. Estimulación temprana**

Podemos definirla como una serie de actividades para desarrollar al máximo capacidades físicas, intelectuales y afectivas del bebé, con el objetivo de formar seres independientes y adaptados al medio. Se dice que es Temprana, ya que se aplica en los primeros seis años de vida, con el fin de favorecer la maduración del sistema nervioso y monitorear un desarrollo adecuado. <sup>(27)</sup>

### **2.2.6. Estimulación temprana en niños especiales (Síndrome de Down)**

#### **2.2.6.1. Generalidades**

El niño con síndrome de Down presenta algunas particularidades que determinan a su vez una estimulación temprana de ciertas características.

Así, en la generalidad de los casos se trata de un bebé hipotónico, en ocasiones con dificultades corporales estadísticamente conocidas, de buenalante y de fácil adecuación a las consignas.

Puede desarrollar las mismas patologías psicológicas que cualquier ser humano, desde trastornos reactivos y neuróticos hasta psicosis tempranas otardías.

Sobre todo en un bebé de estas características es fácil para los padres, y aún para los profesionales, deslizarse hacia la exigencia de rendimientos, poniendo el foco de la estimulación temprana en la capacidad y el alcance delogros. Son bebés que por regla general se adecuan a estas exigencias

ambientales; no obstante, la exigencia ambiental sólo se logra con auto exigencia.

Parece surgir aquí una contradicción. La auto exigencia implica una elevación de la ansiedad, y ésta, un aumento de la tensión muscular. Estamos acostumbrados a percibir la ansiedad del otro como tensión muscular, y categorizamos la tensión muscular del otro como ansiedad. De modo que cuando vemos a un niño hipotónico nos inclinamos a pensar que se trata de una persona distendida, sin ansiedad.

Sucede que la tensión muscular de este bebé hipotónico es naturalmente muy baja, y su elevación por ansiedad, en la mayoría de los casos, no alcanza para sacar a la tensión muscular del rango de la hipotonía. Se diría que una persona de tono normal está hipertensa muscularmente cuando se eleva su ansiedad; del niño con síndrome de Down deberíamos mejor decir que se halla menos hipotónico. Así, la ansiedad se observa en el niño con síndrome de Down sobre todo por sus otras manifestaciones: síntomas psicósomáticos e inquietud motora.

Al no tener esto en cuenta, lo creemos relajado y seguimos exigiéndole rendimientos. Abandonar el delicado equilibrio entre logros y emociones conduce inevitablemente a patología psicológica.

Es por eso que todo estimulador temprano, y aún más si se dedica a la atención de niños con síndrome de Down, debe conocer en profundidad las modalidades vinculares normales y

patológicas y no reducir su rol al del rehabilitador. Asimismo, debe conocer la psicología del desarrollo, las patologías corporales y madurativas, la psicopatología del niño y del adulto, técnicas de habilitación de sistemas funcionales, técnicas de orientación a los padres, técnicas de abordaje corporal.

Sobre todo ante un niño con síndrome de Down y su familia es imprescindible partir, entonces, de un abordaje abarcativo e integrador, que permita establecer rápido y fehacientemente un programa terapéutico individualizado.<sup>(28)</sup>

#### **2.2.6.2. Importancia**

De acuerdo con la Asociación Síndrome de Down de la República Argentina (ASDRA), "el fin de la estimulación temprana es que el niño genere su propia personalidad, su ubicación en la familia y luego en la sociedad".

"En los chicos con SD el retraso mental existe y es una condición infaltable. Sin embargo, el grado dependerá de la estimulación que se lleve a cabo. Igualmente, vale consignar que también se genera un retraso madurativo que está íntimamente relacionado con la presencia de comorbilidades y que se manifiesta, por ejemplo, en la capacidad para sentarse o caminar. Si los chicos generalmente pueden mantenerse sentados aproximadamente a los seis o siete meses, los bebés con capacidades especiales lo harán alrededor de los ocho o nueve. Lo mismo con la posibilidad de caminar. Si para unos es al año, para otros será al año y medio o a los dos

años. No se trata ni más ni menos que del 'techo' que todos tenemos y que para cada uno de nosotros es diferente", concluyó el doctor Fernando Burgos.<sup>(29)</sup>

### **2.2.6.3. Rol de la familia en la estimulación temprana**

La imperiosa necesidad de orientar a la familia sobre la estimulación del lenguaje de la niña o niño durante la edad temprana de cero a tres años de vida y las insuficiencias en el orden teórico y metodológico, para concebir el proceso educativo desarrollador, en las condiciones del hogar, motivaron a los autores a elaborar un Manual de orientación para preparar a la familiar en la estimulación temprana del lenguaje de la niña/o de cero a tres años de vida. Como punto de partida se efectúa una valoración de las distintas posiciones en el estudio y orientación del desarrollo del lenguaje, indagando a través de la observación a actividades del programa Educa a tu Hijo, entrevista a la familia y una evaluación de lenguaje de las niña/os. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se propone un Manual de orientación familiar (anexo) el cual contiene un conjunto de orientaciones educativas, concebidas con un lenguaje directo, claro y asequible, en aras de potenciar su preparación. En este sentido, dicho manual facilita la estimulación del área del lenguaje de cero a tres años de vida, de manera oportuna, consciente y planificada a la vez que favorece el protagonismo de la familia, en el sentido amplio. Todo ello permite incentivar en los padres el rol educativo a partir del carácter activo en la educación y desarrollo de su hija/o; además de significar un valioso material de consulta para investigadores u otras personas interesadas en esta temática.<sup>(30)</sup>

#### **2.2.6.4. Objetivos de la estimulación temprana en el niño con Síndrome de Down.**

Así pues, los principales objetivos básicos de un programa de atención temprana para niños con dificultades de desarrollo en sus primeros meses, son, a nuestro juicio, los siguientes:

- Procurar que haya un buen ajuste a la nueva situación por parte de los padres y del resto de la familia.
- Implantar patrones de interacción positivos.
- Crear un ambiente rico y estructurado en estímulos, que favorezca el desarrollo del niño.
- Favorecer el desarrollo evolutivo en distintos aspectos.
- Establecimiento del contacto ocular y fijación de la mirada.
- Fomentar el interés y la reacción adecuada del niño a los estímulos del entorno.
- Estimular las habilidades socio-comunicativas del niño

#### **2.2.6.5. Rol de la enfermera en la estimulación temprana**

Históricamente la enfermera ha dedicado sus mayores esfuerzos en contribuir de forma efectiva al mejoramiento de la salud de la población y a brindar cuidados al individuo, familia y comunidad, es aquí la importancia de la enfermera en la consulta de estimulación temprana, donde una vez más tendrá oportunidades para proyectarse con una óptica en la realización de sus acciones, asumiéndolas con un enfoque biopsico y social y pudiendo transmitir a otros, (familia y comunidad), posibles soluciones a las problemáticas del niño. Para lograr esto, es necesario mantener una comunicación directa a través de las acciones de enfermería y

conocimientos alcanzados de la especialidad se revela lo antes comentado, lo que permitirá solidificar el carácter preventivo y de ayuda a la evolución de los más necesitados, a los niños con Síndrome Down. <sup>(31)</sup>

### **2.2.7. Teorías que dan sustento a la investigación**

#### **Ramona Mercer: Adopción del Rol Materno**

Es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. El desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia dentro de su rol constituye el punto final de la adopción del rol maternal, es decir, la identidad como madre.

#### **Los cuatro apoyos sociales son:**

- Apoyo Emocional sentirse amado, cuidado digno de confianza y entendido.
- Apoyo Informativo ayuda al individuo ayudarse a sí mismo proporcionándole información que le resulta útil para enfrentarse a los problemas y/o las situaciones.
- Apoyo Físico es un tipo directo de ayuda.
- Apoyo de Valoración.

**Callista Roy**, con su “MODELO DE ADAPTACIÓN”, dado que su objetivo es que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución

Utiliza los cuatro modos de adaptación (basados en las necesidades fisiológicas, el auto concepto, el papel funcional y las relaciones de interdependencia) para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad. Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad, como se requiere en el caso de las madres que tienen a sus hijos con parálisis cerebral infantil. Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.<sup>19</sup>

Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación, estas etapas son muy importantes, puesto que de ellas se sabrán cuáles son los problemas de las madres al momento de afrontar la enfermedad que padece su menor hijo y junto a ellas poder dar soluciones para que esta adaptación se logre de la mejor manera.

Roy dice que la enfermera es requerida cuando la persona, en el proceso de afrontamiento, se queda con pocas energías; en el modelo Roy no especifica que es quedarse con pocas energías, con lo cual, no sabemos cuándo van a ser requeridas. Por lo mismo, siempre tienen que estar en constante vigilancia tanto de las madres cuidadoras como de los niños y poder notar cuando la madre necesita de su ayuda para el cuidado de su menor hijo y así el trabajo sea en conjunto y evitando que la madre cuidadora en determinado momento se quede sin energías para brindar el cuidado a su hijo. El cuidado de enfermería es fortalecer la integración de la persona con el ambiente; para ello las enfermeras valoran los comportamientos de las personas y los factores que influyen en sus procesos adaptativos y contribuyen a mejorar las interacciones con el ambiente.<sup>21</sup>

**Madeleine Leninger. La teoría de la transculturalidad aporte realizado por** La enfermería transcultural nos dice que un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado está basada en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlos a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades. En este caso el trabajo de investigación tiene en cuenta la teoría fundamentada en que debemos considerar el nivel cultural de las madres para entender si pueden reconocer las necesidades de sus niños con síndrome de Down y con ello también tener en cuenta el nivel de instrucción, sus creencias, costumbres y que estas pueden ser adecuadas y/o erróneas, además aún considerar lo que muchas veces la sociedad muestra hacia los niños especiales.<sup>21</sup>

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**



#### **Conocimiento**

El conocimiento es la capacidad que posee el hombre de aprehender información acerca de su entorno y de sí mismo. El conocimiento humano es sensitivo, ya que son los sentidos los que nos ayudan a obtener experiencias y supra sensitivo, porque brinda como resultado el razonamiento. Además, posee dos elementos fundamentales: sujeto y objeto; de los cuales el primero es el encargado de captar al segundo y obtener sus propiedades sensibles.<sup>(32)</sup>



#### **Estimulación temprana**

Atención brindada al niño de entre 0 y 6 años para potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales, sensoriales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciados que abarquen todas

las áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso natural de su maduración.<sup>(33)</sup>

- **Síndrome de Down**

El síndrome de Down (DS por sus siglas en inglés), también se conoce como Trisomía 21, la condición donde un material genético adicional ocasiona retrasos en la forma en la que un niño(a) se desarrolla mentalmente y físicamente. Esta condición afecta a 1 de cada 800 bebés.<sup>(10)</sup>

- **Madres**

La madre, en el contexto biológico es aquel ser vivo de sexo femenino que ha tenido descendencia directa. El enlace maternal describe los sentimientos que una madre tiene por sus hijos. En el caso de los mamíferos como el ser humano, la madre gesta a su hijo (primeramente llamado embrión y luego feto) en la matriz hasta que el feto esté suficientemente desarrollado para nacer.

## **2.4. HIPÓTESIS**

Ha.-El conocimiento entorno a la estimulación temprana en madres de niños con síndrome de Down de la Institución Educativa Inicial “Hellen Keller” del AA.HH Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014, es de nivel medio.

H°.-El conocimiento entorno a la estimulación temprana en madres de niños con síndrome de Down de la Institución Educativa Inicial “Hellen Keller” del AA.HH Pachacutec del distrito de Ventanilla (Lima-Perú) 2014, es de nivel bajo.

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. Definición conceptual de la variable**

El conocimiento es la capacidad que posee el hombre de aprehender información acerca de su entorno y de sí mismo. En el hombre tiene la propiedad de ser sensitivo y supra sensitivo o intelectual, a diferencia del de los animales que sólo abarca el aspecto sensitivo.

Mejorar o prevenir posibles déficits en el desarrollo del niño, aprovechando su momento de mayor plasticidad, creando un ambiente estimulante y respetando en todo momento el desarrollo madurativo de cada uno. Esta dirigida a favorecer el vínculo desde lo emocional entre el bebé y su mamá, el verdadero estimulador es la mamá, por ello un terapeuta debe ayudar a fortalecer la relación y apuntar hacia el mejor desarrollo integral del niño para el logro de una personalidad sana, segura e independiente, dando confianza y guiando a los padres especialmente cuando existe angustia, culpa e inseguridad frente a un bebé que no es el esperado, pero lo que si deben entender como papas que siempre se puede estimular desde las capacidades que todo individuo trae, a través de las caricias, del contacto corporal, del aprender a comprender y entender los tiempos y necesidades de cada bebé según el entorno donde se desarrolle y aprendiendo a usar los recursos con los que cuenta la familia

### **2.5.2. Definición operacional de la variable**

El conocimiento sobre estimulación temprana, para el presente trabajo es aquel conocimiento que tiene la madre, al cual definiremos en nuestro trabajo como aquella cuidadora que cumpla este papel del madre sin estar emparentada biológicamente con el niño o niña, sobre aquella estimulación que dará a su niño con Síndrome de

Down y perfeccionar su desarrollo, habilidades y destrezas para su desenvolvimiento ante el mundo durante su crecimiento.

### 2.5.3. Operacionalización de la variable

Tabla 3. Operacionalización de la variable.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
Conocimiento sobre estimulación temprana	El conocimiento sobre estimulación temprana, para el presente trabajo es aquel conocimiento que tiene la madre, al cual definiremos en nuestro trabajo como aquella cuidadora que cumpla este papel del madre sin estar emparentada biológicamente con el niño o niña, sobre aquella estimulación que dará a su niño con Síndrome de Down y perfeccionar su desarrollo, habilidades y destrezas para su	<p>Conocimiento sobre estimulación cognoscitiva</p> <p>Conocimiento sobre estimulación área social y afectiva</p> <p>Conocimiento sobre estimulación en el área motriz.</p>	<p>Adaptación de la inteligencia.</p> <p>Etapas del desarrollo del pensamiento.</p> <p>Cognitiva, Social.</p> <p>Cognitiva, social</p> <p>Cognitiva, social.</p> <p>Cognitiva, área social 12 – 24 meses.</p> <p>Habilidades y destrezas según grupo etario.</p>	Cuantitativa

	desenvolvimiento ante el mundo durante su crecimiento.			
--	---	--	--	--

## CAPITULO III: METODOLOGIA

### 3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

**Es de tipo cuantitativo:** Se refiere a cantidades, es decir los resultados serán expresados numéricamente.

**Es de nivel descriptivo:** Porque describió una situación y/o un hecho del pre-escolar.

**Es de corte Transversal:** Se evaluaron grupos consecutivos, estudia la variable en un determinado periodo de tiempo, haciendo un corte en el tiempo.

**Sincrónica:** se recolectó la información al mismo tiempo.

### 3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación se realizó en Perú; en la región Callao distrito de Ventanilla, ubicado al noreste de Lima a 18 km del Callao, con una extensión de 73.52 km<sup>2</sup> a 71 msnm, con 277 685 habitantes ubicados en

media docena de urbanizaciones y más de 300 asentamientos humanos, de los cuales están reconocidos hasta el momento 220. La Institución Educativa Especial “Hellen Keller” se ubica en zona urbanizada, con una infraestructura de tres pisos con 6 aulas en la primera planta, 8 aulas en la segunda planta y 6 aulas en la tercera. El centro educativo brinda el servicio en los tres niveles de educación: inicial, primaria y secundaria a 500 niños y adolescentes. El horario de estudio es en turno mañana de 8:00am a 1:00pm y turno tarde de 2:00pm a 6:00pm. El horario de oficina de la institución es de 7:00am a 5:00pm.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

**La población** Estuvo constituida por 200 madres considerando como criterio de inclusión a todas aquellas madres de niños en nivel inicial cuya asistencia al plantel sea diariamente.

**La muestra:** Fue de manera no probabilística ya que se consideró a las 80 madres con niños con Síndrome de Down que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

#### **Criterio de inclusión**

- El estudio incluyó a todas las madres de educación inicial que asisten diariamente a la escuela y que estuvieron presente al momento de la aplicación del cuestionario, que deseen participar del estudio.

#### **Criterio de exclusión**

- El criterio de discriminación son aquellas madres que no asistieron en el momento de la aplicación del instrumento, aquellos padres de sexo masculino y también aquellas que se rehúsen a colaborar con la investigación.

### 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario que permitió obtener información de la fuente directa a través de ítems cerrados y policotómicos; así como también preguntas abiertas con fines complementarios.

Dicho instrumento consta de introducción, instrucciones y la sección de información específica 16 ítems que exploran los conocimientos sobre estimulación temprana.

Tabla 3, Distribución de ítems por dimensiones del cuestionario

<b>DIMENSION</b>	<b>ÍTEMS</b>
Conocimientos generales	3 ítems
Área Social comunicativa	5 ítems
Área cognoscitiva	3 ítems
Área motriz	5 ítems

El objetivo del instrumento es calificar y determinar el nivel de conocimientos sobre estimulación temprana que tienen las madres de niños con síndrome de Down que cursan la educación inicial especial. Para la calificación se utilizó la siguiente escala vigesimal de calificación del Ministerio de Educación del Perú modificada según a la necesidad de nuestra investigación.

Tabla 4. Calificación del instrumento

<b>NIVEL</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Alto	17 – 20 puntos
Medio	11 – 16 puntos
Bajo	0 – 10 puntos

Fuente: elaboración propia

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validez del instrumento se determinó mediante Juicio de Expertos, el promedio obtenido en el juicio de expertos fue con el índice aprobatorio  $P > 0.8$ . Con las sugerencias de los expertos se mejoró el instrumento.

La confiabilidad se conceptúa como la obtención del mismo resultado cuando se aplica el instrumento en diferentes momentos. Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó a través de una prueba piloto, a 10 madres de la I .E.I “Hellen Keller”. Luego con los resultados se aplicó Kuder Richardson KR20, obteniendo el valor  $0.754 > 0.70$  logrando la confiabilidad del instrumento, ya que nuestra investigación es de tipo teórica.

### **3.6. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN**

Concluida la recolección de datos se procedió en forma manual y se utilizó el programa Excel y el programa estadístico SPSS V.19 elaborando antes la Tabla de Códigos, asignando 1 punto a la respuesta correcta y 0 puntos a la respuesta incorrecta; y la Tabla Matriz para luego ser presentados en cuadros estadísticos y/o gráficos para analizarlos e interpretarlos considerando la base teórica. Para la medición de la variable se utilizó la Escala de Logros de aprendizaje del Ministerio de Educación del Perú, la cual ha sido modificada según las necesidades del estudio en cuestión, donde se consideró: alto, medio y bajo conocimiento.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

TABLA N° 1

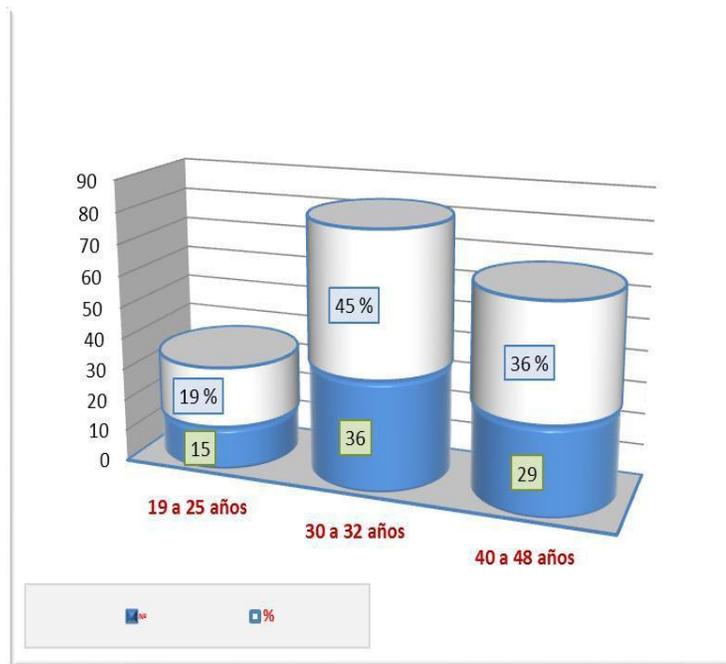
### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES

Edad	Frecuencia	Porcentaje
19 a 25 años	15	19
30 a 32 años	36	45
40 a 48 años	29	36
Total	80	100

**Interpretación:** En la tabla N°1 se puede observar que del 100% de madres encuestadas, el 45%(36) tienen 30 a 32 años, el 36%(29) tienen de 40 a 48 años y el 19%(15) tiene 19 a 25 años.

## GRAFICO N° 1

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES



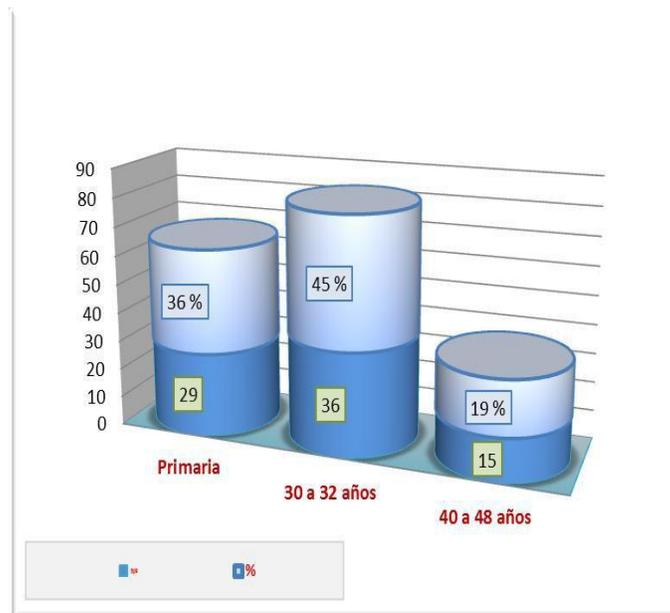
**TABLA N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS**  
**MADRES**

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	29	36
Secundaria	36	45
Técnico	15	19
Total	80	100

**Interpretación:** En la tabla N°2 se puede observar que del 100% de madres encuestadas, el 37.5% tienen educación secundaria con tendencia a un 32.5% con educación primaria

## GRAFICO N° 2

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES



**TABLA N° 3**

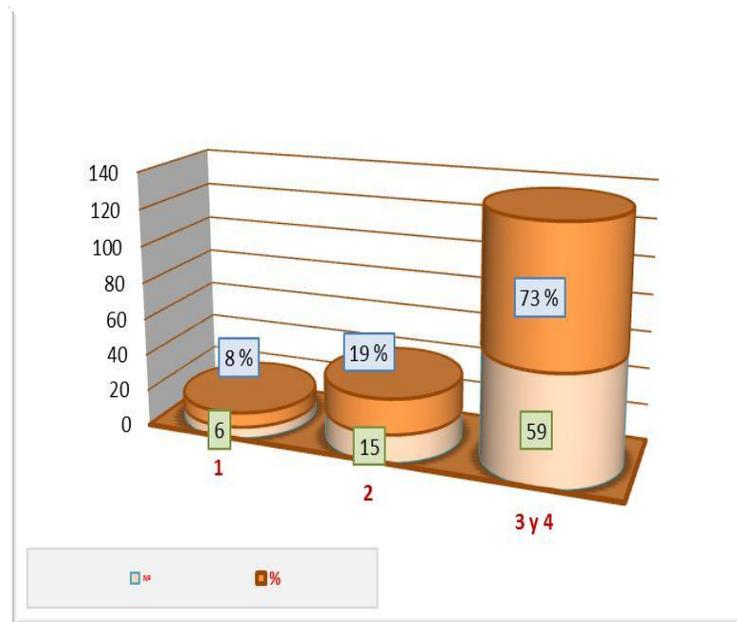
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NUMERO DE HIJOS**

N° de hijos	f°	%
1	6	8
2	15	19
3 y 4	59	73
Total	80	100.0

**Interpretación:** Se puede observar que el 73%(59) madres tienen 3 a 4 hijos un 19 %(15) con 2 hijos y solamente un 8%(6) tienen un hijo.

### GRAFICO N° 3

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN NUMERO DE HIJOS



**TABLA N° 4**

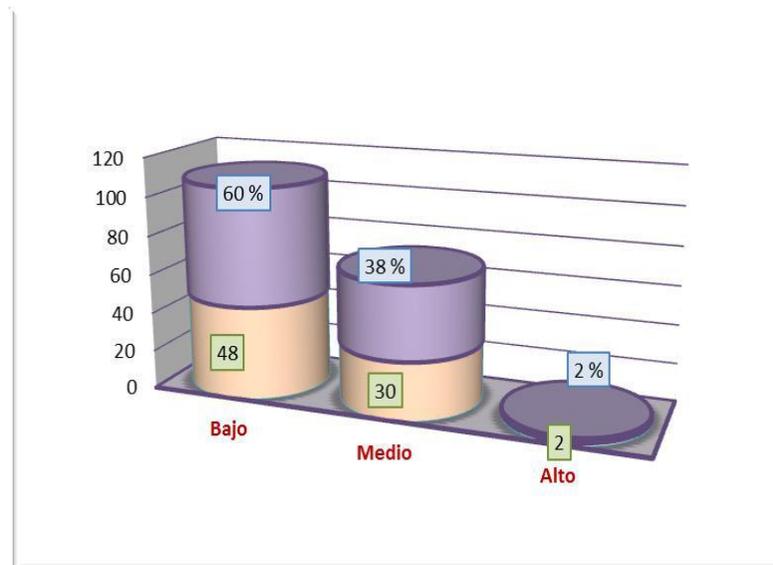
**NIVEL DE CONOCIMIENTO ENTORNO A LA ESTIMULACIÓN  
TEMPRANA EN EL ÁREA CONOSCITIVA EN MADRES DE NIÑOS  
CON SÍNDROME DE DOWN DE LA INSTITUCION EDUCATIVA  
INICIAL “HELLEN KELLER” DEL AA.HH.PACHACUTEC DEL  
DISTRITO DE VENTANILLA (LIMA-PERU) 2014**

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	48	60
Medio	30	38
Alto	2	2
Total	80	100.0

**Interpretación:** respecto al nivel de conocimiento de las madres se puede apreciar que el 60% tiene el nivel de conocimiento bajo mientras que el 38% con nivel de conocimiento medio sobre estimulación temprana en el niño con síndrome de Down.

#### GRAFICO N° 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ENTORNO A LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA CONOSCITIVA EN MADRES DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE LA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL “HELLEN KELLER” DEL AA.HH.PACHACUTEC DEL DISTRITO DE VENTANILLA (LIMA-PERU) 2014**



**TABLA N° 5**

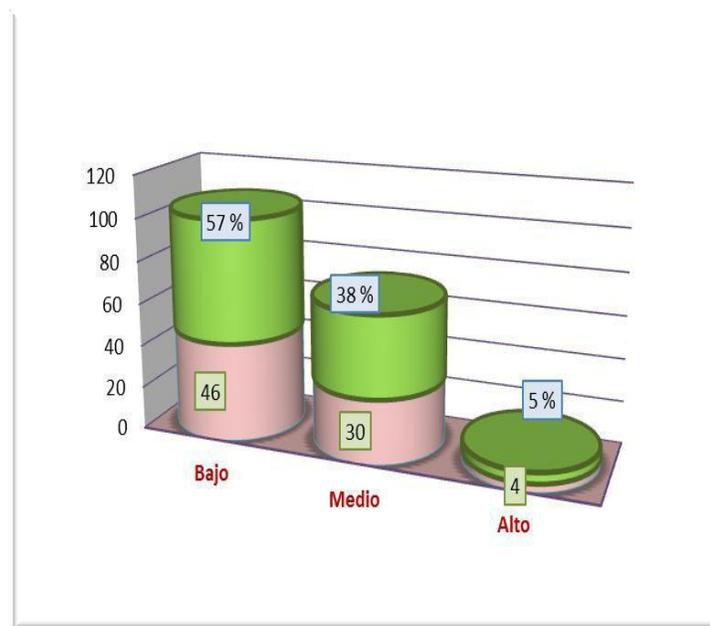
**NIVEL DE CONOCIMIENTO ENTORNO A LA ESTIMULACIÓN  
TEMPRANA EN EL ÁREA SOCIAL - COMUNICATIVA EN MADRES  
DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE LA INSTITUCION  
EDUCATIVA INICIAL “HELLEN KELLER” DEL AA.HH.PACHACUTEC  
DEL DISTRITO DE VENTANILLA (LIMA-PERU) 2014**

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	46	57
Medio	30	38
Alto	4	5
Total	80	100.0

**Interpretación:** Respecto al nivel de conocimiento de las madres en el área social-comunicativa se puede apreciar que el 57% tiene el nivel de conocimiento bajo, mientras que el 38% tiene un nivel de conocimiento medio sobre estimulación temprana en el niño con síndrome de Down.

## GRAFICO N° 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ENTORNO A LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA SOCIAL - COMUNICATIVA EN MADRES DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE LA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL "HELLEN KELLER" DEL AA.HH.PACHACUTEC DEL DISTRITO DE VENTANILLA (LIMA-PERU) 2014**



**TABLA N° 6**

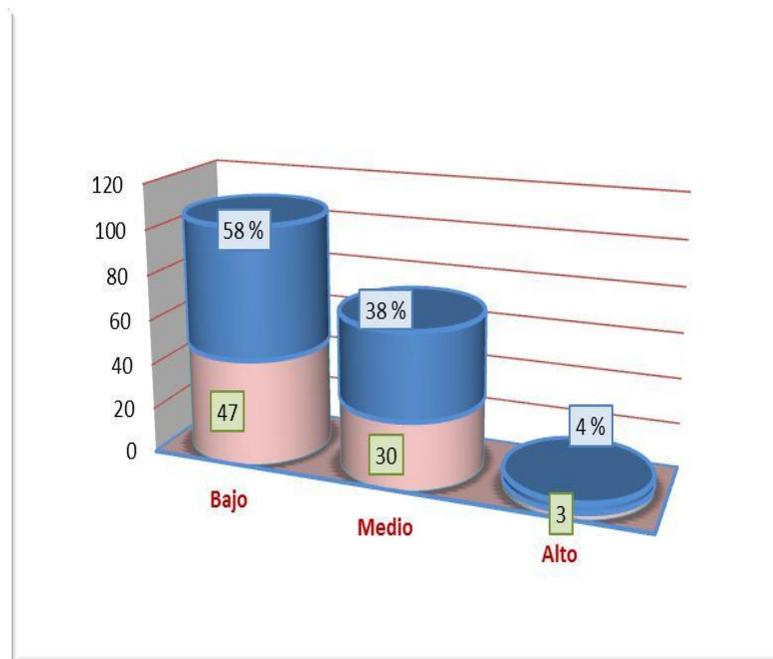
**NIVEL DE CONOCIMIENTO ENTORNO A LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA  
EN EL ÁREA MOTRIZ EN MADRES DE NIÑOS CON SÍNDROME DE  
DOWN DE LA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL “HELLEN KELLER”  
DEL AA.HH.PACHACUTEC DEL DISTRITO DE VENTANILLA (LIMA-  
PERU) 2014**

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	47	58
Medio	30	38
Alto	3	4
Total	80	100

**Interpretación:** Respecto al nivel de conocimiento de las madres en el área social-comunicativa se puede apreciar que el 58% tiene el nivel de conocimiento bajo, mientras que el 38% tiene un nivel de conocimiento medio, mientras que el 4% tiene un nivel de conocimiento alto sobre estimulación temprana en el niño con síndrome de Down.

## GRAFICO N° 6

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ENTORNO A LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA MOTRIZ EN MADRES DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE LA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL “HELLEN KELLER” DEL AA.HH.PACHACUTEC DEL DISTRITO DE VENTANILLA (LIMA-PERU) 2014**



## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

La presente investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento sobre estimulación temprana que tienen las madres de niños con síndrome de Down. En lo referido al número de hijos se tiene que el 80 (100%) de madres encuestadas un mayor porcentaje de madres tiene 3 hijos y 4 hijos ello se debe a la falta de orientación por parte de las madres a no acudir a un centro de salud e informarse sobre los métodos anticonceptivos. Asimismo el grado de instrucción de las madres encuestadas el 37.5% tienen educación secundaria con tendencia a un 32.5% con educación primaria y el 7.5% son técnicos, este nivel de instrucción de un significativo grupo de madres nos hace comprender por qué las madres no ayudan en la estimulación de sus hijos pudiendo poner en riesgo el desarrollo normal del niño se haga entender y satisfacer sus necesidades sobre la importancia de la estimulación temprana en sus hijos para que estos puedan desarrollar todas sus potencialidades y no tengan problemas en su vida personal y social.

La muestra estuvo conformada por 80 madres, los resultados del cuestionario fueron los siguientes, considerando el total de aciertos, mostraron que el 60% de las madres encuestadas de la institución educativa "Hellen Keller" tiene un nivel de conocimiento bajo, mientras que el 37.5% tiene nivel de conocimiento medio y sólo el 2.5% tiene un nivel de conocimiento alto, se sabe que la estimulación temprana es darle al niño desde que nace la atención y los cuidados, los

conocimientos, el cerebro del niño tiene mayor plasticidad y por lo tanto la mayor capacidad de desarrollo es por eso esencial que la enfermera ponga énfasis en la educación activa a las madres con respecto a la estimulación temprana en su mayoría es necesario reforzar a la madre ya que su falta de conocimiento generaría problemas en el desarrollo integral del niño con síndrome de Down .

El nivel de conocimiento de las madres en el área cognoscitiva, social-comunicativa y motora también se puede apreciar que oscila entre el 57.5% a 60% que tienen un nivel de conocimiento bajo, mientras que el 37.5% tiene un nivel de conocimiento medio sobre estimulación temprana en el niño con síndrome de Down. Estos resultados guardan relación con el estudio realizado por Romani Casas Vilma titulado Información de las madres durante la atención del niño de 1 a 5 años con necesidades especiales atendidos en la clínica san Juan de Dios –la Victoria 2012. Encontrándose que no solo tenían un nivel bajo y medio de conocimiento sino que tienen una participación pasiva en la atención de sus niños por temor y casi siempre prefieren que el personal de enfermería lo haga todo ya que ella no saben.

## CONCLUSIONES

- Del 100% de madres encuestadas, predominan las edades de 30 a 32 años, seguidas de las madres de 40 a 48 años de edad y el 19%(15) tiene 19 a 25 años.
  
- Respecto al grado de instrucción se encuentra que el 37.5% tienen educación secundaria con tendencia a un 32.5% con educación primaria. Asimismo el 73% de ellas tienen 3 a 4 hijos un 19 %(15) con 2 hijos y solamente un 8%(6) tienen un hijo.
  
- El nivel de conocimiento de las madres se puede apreciar que el 60% tiene el nivel de conocimiento bajo mientras que el 37.5% tiene un nivel de conocimiento medio sobre estimulación temprana en el niño con síndrome de Down.
  
- El nivel de conocimiento de las madres en las áreas cognoscitiva, social-comunicativa y motora también es bajo oscilando entre el 57 a 60 % mientras que el 37.5% tiene un nivel de conocimiento medio sobre estimulación temprana en el niño con síndrome de Down.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda hacer llegar los resultados de la investigación a la institución Educativa inicial “Hellen keller” del AA.HH. Pachacutec con la finalidad que tomen en cuenta estos resultados y busquen la mejores estrategias para cambiar esta situación entre las madres.
- Se recomienda que el personal de la institución inicie un trabajo educativo para garantizar la información necesaria a las madres de los niños con síndrome de Down ya que existe un gran porcentaje de ellas con un nivel bajo de conocimientos sobre la estimulación temprana que pueden contribuir en la salud de sus niños.
- También se recomienda considerar el porcentaje de las madres de las madres que no saben cómo hacer las técnicas de estimulación por desconocimiento y que el personal del centro busque soporte en el personal más idóneo para hacerlo.
- Se recomienda que el personal de enfermería continúe realizando trabajos de investigación con la familia de los niños con necesidades especiales ya que la mejor forma de garantizar una calidad de cuidados es contar con el apoyo de los padres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Stein, Liliana. Estimulación temprana. 2da edición. Argentina. Ediciones LEA S.A. 2006. 160p.
- (2) Aprenda a enseñar a leer y escribir a niños con Síndrome de Down. Diario El Comercio. 18 de febrero de 2011. Lima. 715295.
- (3) Sociedad Peruana de Síndrome de Down. Síndrome de Down. [en línea] Perú. Riie.com 2005; [citado 2012 abril 20]. Disponible en: <http://riie.com.pe/?a=29884>
- (4) Huamanyauri, Rocío. Grado de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en los lactantes menores de un año que asisten al componente Niño-Hospital Local de Huaycan Ate-Vitarte. [tesis por licenciatura]. Perú. Universidad Peruana de la Unión, Facultad de Enfermería. 2010.
- (5) Maldonado, Mónica; Oliva, Ana. La estimulación temprana para el desarrollo afectivo, cognitivo y psicomotriz en niños y niñas Síndrome de Down de 0-6 años. [informe final de investigación para optar por el título de profesores en educación especial] Perú. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Escuela profesional de psicología. 2008.
- (6) Uriarte, Rosina. Síndrome Down. entrevista a Pablo Pineda. [en línea]. España. Estimulación temprana y desarrollo infantil. 2007 [citado 2012 abril 23]. Disponible en: <http://estimulacionydesarrollo.blogspot.com/2007/06/publicado-en-crnica-social-de-caja.html>
- (7) Canepa, Mariana. La estimulación y el Síndrome de Down. [en línea]. México. 2010 [citado 2012 abril 24]. Disponible en: <http://www.educacioninicial.com/ei/contenidos/00/0250/263.ASP>
- (8) Prats-Viñas, J.M. A favor de la detección precoz e intervencionismo moderado: ¿hasta qué punto es efectiva la estimulación temprana? .REV NEUROL 2007; 44 (Supl 3): 35-37

- (9) Sociedad Peruana del Síndrome de Down. Vocabulario. [en línea]. Perú [citado 2012 abril 20]. Disponible en: <http://www.spsd.org.pe/#>
- (10) Charles I. Scott, MD. Acerca del síndrome de Down. [en línea]. Estados Unidos. 2008 [citado 2012 abril 20]. Disponible en: [http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/medicos/down\\_syndrome\\_esp.html#](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/down_syndrome_esp.html#)
- (11) Basile, Hector. Retraso mental y genética Síndrome de Down. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 15, N° 1, septiembre de 2008, págs. 9 a 23.
- (12) Hook EG. Epidemiology of Down syndrome. En: Pueschel SM, Rynders JE. Down Syndrome. Advances in Biomedicine and the behavioral sciences. Cambridge: Ware Press (pub.) 1982; pág.11.
- (13) Huether CA, Martin RL, Stoppelman SM, et al. Sex ratios in fetuses and liveborn infants with autosomal aneuploidy. Am J Med Genet 1996; 63(3):492-500.
- (14) Cooley WC, Graham JM. Down syndrome: An update and review for the primary physician. ClinPediatr 1991; 30:233.
- (15) Morris JK, Wald NJ, Watt HC. Fetal loss in Down syndrome pregnancies. PrenatDiagn 1999; (2):142-5.
- (16) Kaminker, Patricia; Armando, R. Síndrome de Down. Primera parte: enfoque clínico-genético. Arch Argent Pediatr 2008; 106(3):249-259
- (17) Freemam SB, Taft LF, KJ Dooley, K. Allran, SL Sherman, Hassold TJ, MJ Khoury, Saker estudio poblacional basado en marcos alemanes de los defectos congénitos del corazón en el síndrome de Down. Am J MedGenet 1998; 80 (3): 213-7.
- (18) Murdoch JC, Rodger JC, SS Rao, Fletcher CD, Dunnigan MG. El síndrome de Down: un modelo de ateroma-libre? Br Med J 1977; 2: 226-8
- (19) Buchin PJ, JS Levy, JN Linger la escuela. Síndrome de Down y el tracto gastrointestinal. J ClinGastroenterol 1986 abril, 8 (2): 111-4.

- (20) Josep M. Corretger et al (2005). Síndrome de Down: Aspectos médicos actuales. Ed. Masson, para la Fundación Catalana del Síndrome de Down. ISBN 84-458-1504-0
- (21) Hall, J. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Ed. Interamericana. McGraw – México. 1992.
- (22) Selikowitz, M. Síndrome de Down: factores. Oxford University Press – Oxford New York Tokyo. 1990.
- (23) Cooley, WC. Respuesta a las consecuencias en el desarrollo de enfermedades genéticas: la importancia de los pediatras de atención primaria. American Journal Medical Genetics. Seminars in Medical Genetics 1999 (89): 75 – 80.
- (24) Quiroga, M. 1992. Síndrome Down. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.
- (25) Paz, J. Orioli, IM: Sobrevivencia de los niños con Síndrome de Down en Sudamérica. 1998. American Journal of Medical Genetics 79:108 – 111
- (26) Gallardo, Bertha. El Síndrome de Down: reto para el pediatra de hoy. Pediátrico. Vol.3, N 2, Mayo - Agosto del 2000
- (27) Asociación Mexicana de Estimulación Prenatal y Temprana, A.C. [base de datos en línea] México. 2009. [citado 2012 mayo 30]. Disponible en: [http://xa.yimg.com/kq/groups/14334007/418647435/name/Estimulaciontemp\\_rana.pdf](http://xa.yimg.com/kq/groups/14334007/418647435/name/Estimulaciontemp_rana.pdf)
- (28) Wernicke, Carlos. La estimulación temprana en el niño con Síndrome de Down. Boletín de la Asoc. Síndrome de Down de la Rep. Argentina (Asdra) año 5 n° 16, Buenos Aires 1993.
- (29) Burgos, Fernando. Síndrome de Down: importancia de la estimulación temprana para el desarrollo de los bebés. Argentina. 2008. Disponible en: <http://www.espaciologopedico.com/noticias/detalle?Id=1665>
- (30) Ruiz Yoani. La preparación de la familia en la estimulación del lenguaje en la edad temprana. Manual de orientación, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, noviembre 2010, [www.eumed.net/rev/cccss/10/](http://www.eumed.net/rev/cccss/10/)

- (31) Otero Ceballos, Marta. Trabajo de enfermería en la consulta de estimulación temprana para pacientes con Síndrome de Down. Enfermería – Pediatría. [base de datos en línea] Cuba. 2011 [citado 2012 junio 05]. Disponible en:  
<http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/enfermeria-en-la-consulta-de-estimulacion-temprana-para-pacientes-con-sindrome-de-down.pdf>
- (32) Concepto de conocimiento. [base de datos en línea] 2009 [citado 2010 noviembre 25]. Disponible en:  
<http://sobreconceptos.com/conocimiento>
- (33) Secretaria de educación. Programa Caracol. México. [citado 2012 junio 2012]. Disponible en:  
<http://portalsej.jalisco.gob.mx/programa-caracol/index.php?q=node/14>

**ANEXOS**

## ANEXO N° 1



### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre estimulación temprana que tienen las madres de niños con síndrome de Down de la institución educativa inicial “Hellen Keller” del AA.HH Pachacutec del distrito de ventanilla (Lima-Perú) 2014?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS:</b> ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre estimulación temprana que tienen las madres de niños con síndrome de down en el área cognoscitiva de la I.E.I.”Hellen Keller” del AA.HH Pachacutec del distrito de ventanilla</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Identificar el nivel de conocimiento sobre estimulación temprana que tienen las madres de niños con Síndrome de Down de I.E.I. “Hellen Keller” del AA.HH Pachacutec del distrito de ventanilla (Lima-Perú) 2014?</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</b> Determinar el nivel de conocimiento sobre estimulación temprana de las madres de niños down síndrome de down en el área cognoscitiva del centro educativo inicial Hellen Keller” del AA.HH Pachacutec del distrito de ventanilla</p>	<p>Conocimiento sobre estimulación temprana</p>	<p>Conocimiento sobre estimulación cognoscitiva</p> <p>Conocimiento sobre estimulación área social y afectiva</p> <p>Conocimiento sobre estimulación en el área motriz.</p>	<p>Adaptación de la inteligencia.</p> <p>Etapas del desarrollo del pensamiento.</p> <p>Área Cognitiva</p> <p>Área Cognitiva, social.</p> <p>Habilidades y destrezas según grupo etario.</p>

<p>(Lima-Perú) 2014?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre estimulación temprana que tienen las madres de niños con síndrome de down en el área social y afectiva de la I.E.I."Hellen Keller" del AA.HH Pachacutec del distrito de ventanilla (Lima-Perú) 2014?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre estimulación temprana que tienen las madres de niños con síndrome de down en el área motriz de la I.E.I."Hellen Keller" del AA.HH Pachacutec del distrito de ventanilla (Lima-Perú) 2014?</p>	<p>(Lima-Perú) 2014.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre estimulación temprana de las madres de niños down síndrome de down en el área social y afectiva del centro educativo inicial "Hellen Keller" del AA.HH pachacutec del distrito de ventanilla (Lima-Perú) 2014.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre estimulación temprana de las madres de niños down síndrome de down en el área motriz del centro educativo inicial "Hellen Keller" del AA.HH pachacutec del distrito de ventanilla (Lima-Perú) 2014.</p>			
---	---	--	--	--



c. La estimulación solo se puede hacer cuando el niño empieza a hablar ( )

#### 1.4. ÁREA SOCIAL COMUNICATIVA (5 puntos)

1.3.1. El desarrollo del lenguaje en el bebé es: (1pto)

- El uso de palabras cortas como: "ma", "pa".
- Un proceso gradual que va desde la emisión de sonidos, hasta que el niño pueda comunicarse mejor con los demás.
- Hablar correctamente sin tartamudear

1.6. El área social está dado por : (1pto)

Que el niño juega solo.

Un proceso por el cual el niño aprende a relacionarse con los demás.

Solo se adquiere cuando el niño va a la escuela.

1.7. Para estimular a un niño de 0 a 6 meses en el área de **social y comunicativa** (seleccione dos opciones):

Darle masajes en su cuerpo.

Hablarle y cantarle cuando se le lava, viste y alimenta.

Mantenerlo apartado de las personas y del ruido.

Repetir los sonidos que hace como: agu, da, ma.

Acostumbrarlo a los ruidos normales de la casa.

1.8. Para estimular a un niño de 7 a 11 meses en el área **social y comunicativa** se debe: (seleccione dos opciones)

Conversar con él como si fuese un niño grande.

Mientras lo viste o da de comer nombrarle partes de su cuerpo.

Enseñarle a caminar.

Llevarlo a la mesa para que este junto a toda la familia y llamarlo por su nombre.

Enseñarle a meter objetos pequeños dentro de una botella.

1.9. Para estimular a un niño de 12 a 24 meses en el área **social y comunicativa** se debe: (seleccione dos opciones):

Enseñar al bebe el significado del "NO"

Realizar ejercicios con el bebe al despertarlo.

Dejarlo jugar con la comida durante su hora de almuerzo.

Enseñarle a compartir con otros niños.

Acostumbrar a horarios de siesta.

#### IV. ÁREA COGNOSCITIVA (5 puntos)

2.2 Para estimular a un niño de 0 a 6 meses en el área de **la inteligencia y percepción**(seleccione dos opciones): (2pts)

2.1.3. Utilizar sonajas de colores vivos.

2.1.4. Dejar que duerma el mayor de tiempo que sea posible

2.1.5. Tapar su juguete con una mantita y dejar que lo busque.

2.1.6. Dejarlo jugar con peluches.

- e. Conversar con él mientras lacta
- 2.3 Para estimulación a un niño de 7 a 11 meses en el área **inteligencia y percepción** se debe: (seleccione dos opciones) (1pto)

Ordenar un horario de siesta y comida programado.  
Enseñarle a meter objetos pequeños dentro de una botella.  
Colocarlo sobre una pelota y mecerlo.  
Dejar que gatee por el piso.

- 2.2.3.2. Para estimular a un niño de 12 a 24 meses en el área **inteligencia y percepción** se debe: (seleccione dos opciones): (2pts)

Enseñarle a caminar  
Brindar al bebe crayolas para garabatear  
Preparar telas con texturas diferentes para que el bebe lo diferencie.  
Colocarlo sobre una pelota y mecerlo.  
Dejarlo gatear por la casa.

## V. ÁREA MOTRIZ (5 puntos)

- 2.2.3.3. El área motora está dado por:

Caminar correctamente.  
La adquisición gradual de fuerza muscular y control de sus movimientos.  
La habilidad del niño para hablar.

- 2.2.3.4. Para estimular a un niño de 0 a 3 mes en el área motora se debe:

Dejarlo echado en su cama o cuna todo el día  
Cogerlo de las manitos y llevarlo a la posición sentado.  
Ponerle música suave.

- 2.2.3.5. Para estimular a un niño de 4 a 6 meses en el área motora se debe :

Hablarle, cantarle y llamarlo por su nombre  
Ya se le puede sentar con apoyo de cojines  
Aún no se le debe colocar de barriguita.

- 2.2.3.6. Para estimular a un niño de 7 a 11 meses en el área motora se debe :

Ayudarlo a caminar tomándolo de la mano; sacarlo a pasear.  
Mantenerlo echado siempre en su corral.  
Cuando se bañe no darle juguetes.

- 2.2.3.7. Para estimular a un niño de 12 a 24 meses en el área motora se debe:

Enseñar a subir y bajar las escaleras.  
Dejarle con sus juguetes sentado en su corral.  
Colocarlo boca abajo en su corral.

### ANEXO N° 3

#### TOMA DE MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2(N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 200}{0.05^2(200-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 200}{0.0025(199) + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$N = \frac{192}{0.4975 + 0.96} = \frac{192}{1.4575} = 131.73 = 132$$

$$n_0 = \frac{n}{1 + \frac{n}{N-1}}$$

$$n_0 = \frac{132}{1 + \frac{132}{200-1}} = \frac{132}{1.66} = 79.5 = 80 \text{ personas}$$