

¿Puede desarrollarse la autonomía en niños y niñas de edad temprana con Síndrome de Down?

Autores:

Tania Guerrero Infante

Lic. Liliam Tauler Franco

lili@ucp.ho.rimed.cu

Lic. Miguel L. Grave de Peralta Hernández

frutasel@enet.cu

Resumen

El artículo realiza un análisis de las características de los niños y niñas de edad temprana con Síndrome de Down, y cómo a través de estrategias metodológicas se puede desarrollar en ellos una autonomía auténtica que los prepare para la vida adulta independiente, además se realiza una valoración del papel de la familia y la institución para lograr este fin desde la infancia.

Palabras claves: Síndrome de Down, autonomía, cromosomas Trisomía 21.

Summary

The article carries out an analysis about the children's characteristics in the early ages, who are suffering from Down Syndrome, and how through methodological strategies we can develop in them effectiveness that prepare them to be independent in their adult lives, also we consider very important the help that their family and institutions bring them to achieve this objective from their childhood.

Key words: Down Syndrome, autonomy, chromosomes Trisomía 21.

La educación de los niños y niñas debe tener como fin la adquisición y evolución de sus capacidades, de modo que puedan desarrollar su autonomía personal y adquirir conocimientos y destrezas que les permitan integrarse al máximo en el grupo social y cultural al que pertenecen. Los infantes con Síndrome de Down no tienen por qué ser una excepción. Una capacidad bien desarrollada será la llave que abra la puerta de un amplio abanico de habilidades que los prepare para la vida adulta independiente.

La formación de los educandos durante el proceso de enseñanza-aprendizaje es un tema que ha sido destacado por la dirección del país. Esto se evidencia en la tesis “Política Educativa del Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba”, donde se plantea *que uno de los objetivos de nuestra educación es el desarrollo de las potencialidades del pensamiento del individuo con el fin de adquirir conocimientos e interpretar objetivamente los fenómenos de la naturaleza y la sociedad.*¹

Es importante que los docentes tengan presente, en su quehacer pedagógico, que nada de lo que hacen con sus educandos para el desarrollo de su autonomía y cualidades positivas se obtiene de forma espontánea; cada meta, cada medio, debe de estar concebido en el marco de un programa, de una estrategia de intervención, de formas de trabajo que contribuyan decisivamente a incidir en todos sus alumnos y, en particular, en aquellos que manifiestan mayor dependencia del adulto y ciertas particularidades individuales que exijan una atención más esmerada.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente y conociendo, además, que la autonomía es la facultad que tienen las personas para actuar libremente, (según el significado que aparece en el diccionario Grijalbo); es significativo penetrar en el universo infantil de niños y niñas de edad temprana portadores de este, para promover su desarrollo, caracterizarlos, identificar oportunamente sus dificultades, determinar por qué estas se producen y descubrir sus potencialidades, con vista a elaborar una estrategia educativa realmente desarrolladora. Todo lo que pueda ser conocido acerca de estos niños y su desarrollo será útil para la puesta en práctica de dicha estrategia, como por ejemplo: lo que pueden hacer o pueden hacer bien; lo que pueden hacer por sí solos o con ayuda del adulto; cuáles son sus motivaciones e intereses; qué les gusta más; dónde tienen mayores éxitos; en qué momentos son más productivos; qué tipo de ayuda requieren; cómo viven; cómo es su régimen de descanso; cómo se alimentan; qué influencias educativas reciben en el hogar o en la comunidad.

Esta forma de proceder es válida para organizar el trabajo pedagógico desde las edades tempranas, ya que si no se conoce bien a estos niños, no se pueden educar. El sentido de búsqueda de una solución adecuada, de métodos o formas pedagógicas correctas de actuar, debe ser permanente.

¹ Congreso del Partido Comunista de Cuba; I, 1975. Tesis y Resoluciones, [s. p.]

De tal modo que evaluación, caracterización, búsqueda de solución y de nuevo evaluación se convierten en un algoritmo funcional en la concepción científica del trabajo del educador.

Este síndrome fue descrito en 1866 por el médico inglés Robert Langdon Down. La **trisonomía 21 libre** es su variedad más frecuente (el 95 % aproximadamente) y se produce por el fenómeno de no disyunción (no se separan los cromosomas como normalmente sucede y pasan tres a una célula, en vez de dos); no es hereditaria.

En correspondencia con lo anterior, los autores del presente artículo pueden señalar que el mismo es una afección en que las células del cuerpo tienen tres copias del cromosoma 21 en lugar de dos, que es lo normal.

Los cromosomas que se encuentran dentro de las células del cuerpo son pequeñas estructuras filiformes (en forma de hilos), las que encierran características genéticas. Todas las células del cuerpo tienen 46 cromosomas. Estos últimos forman pares y cada célula contiene un total de 23 pares. Una parte integrante de cada par viene de la madre y la otra, del padre. Los 23 pares de cromosomas se enumeran de mayor a menor, de 1 a 22. El 23 par de cromosomas contiene los cromosomas sexuales, que determinan si se es varón o hembra.

El síndrome ocurre cuando se forma una copia extra del cromosoma 21 en las células, por causa de un problema durante la división celular. En lugar de los 46 cromosomas típicos encontrados en las células, un niño con el síndrome de Down tiene 47 cromosomas. Este cromosoma extra causa problemas de crecimiento físico y mental.

Existen tres tipos:

- Trisomía 21
- Translocación
- Mosaicismo

Este último, como es previsible, suele estar asociado con los individuos menos marcadamente afectados, debido al efecto contrarrestado de las células normales. Las personas con este tipo de síndrome a menudo tienen rasgos físicos menos predominantes que los demás tipos y funcionan de una manera más próxima a la gama normal. Se dan en caso muy excepcionales; con esta forma pueden ser intelectualmente normales.

El síndrome causa retraso mental que va de leve a grave. Casi todos los casos están en la escala de leve a moderada. Alrededor de una tercera parte de los bebés tienen algún defecto del corazón, que en muchos casos se puede corregir con cirugía. También pueden ocurrir

problemas del aparato digestivo, causantes de vómito o dificultades para la alimentación en lactantes.

Pueden tener menor resistencia a la infección y están expuestos a un mayor riesgo de problemas respiratorios. Las dificultades de los ojos, por ejemplo, estrabismo convergente y los problemas del habla son comunes. En algunas personas los dos huesos superiores del cuello están desalineados, lo que expone a la persona a un mayor riesgo de lesiones del mismo, también tienen más posibilidades de ser obesas a medida que envejecen.

Constituye la afección cromosómica más común en los niños nacidos vivos. Ocurre en cerca de 4000 nacimientos en los Estados Unidos y en alrededor de 85 nacimientos en Virginia al año. Las mujeres mayores de 35 años tienen más posibilidades de tener un hijo con el síndrome, aunque este puede ocurrir a cualquier edad.

Los padres de un niño con el Síndrome de Down tienen mayor posibilidad de tener otro con el mismo defecto. Si el primer hijo tiene una trisomía 21, esa posibilidad es de alrededor de 1 en 100. Si el primer hijo tiene el síndrome por translocación, esa posibilidad es de 2 en 100, según la translocación exacta. Un asesor en genética o un genetista puede ayudarle a determinar los posibles riesgos para su familia y su situación.

Los niños con un defecto del corazón o un problema del aparato digestivo pueden necesitar cirugía para tratar esas afecciones, pueden beneficiarse de programas de intervención temprana. Esos programas suelen tener personal para atender muchas de las necesidades específicas del bebé, incluso especialistas en aprendizaje que ayudarán a la familia a entender la mejor forma de enseñarle al niño.

Algunos de los rasgos más importantes son los siguientes:

- Cabeza y cuello.- Leve microcefalia con braquicefalia y occipital aplanado. El cuello es corto.
- Cara.- Los ojos son “almendrados”, y, si el iris es azul suele observarse una pigmentación moteada, son las manchas de *Brushfield*. Las hendiduras palpebrales siguen una dirección hacia arriba y afuera, y presentan un pliegue de piel que cubre el ángulo interno y la carúncula del ojo (epicanto). La nariz es pequeña con la raíz nasal aplanada. La boca también es pequeña y la protusión lingual característica. Las orejas son pequeñas con un hélix muy plegado y habitualmente con ausencia del lóbulo. El conducto auditivo puede ser muy estrecho.
- Manos y pies.- Manos pequeñas y cuadradas con metacarpianos y falanges cortas (braquidactilia) y clinodactilia por hipoplasia de la falange media del 5º dedo. Puede

observarse un surco palmar único. En el pie existe una hendidura entre el primer y segundo dedo con un aumento de la distancia entre los mismos (signo de la sandalia).

- Genitales.- El tamaño del pene es algo pequeño y el volumen testicular es menor que el de los niños de su edad, una criptorquidia es relativamente frecuente en estos individuos.
- Piel y faneras.- La piel es redundante en la región cervical, sobre todo en el período fetal y neonatal. Puede observarse livedo reticularis (cutis marmorata) de predominio en extremidades inferiores. Con el tiempo la piel se vuelve seca e hiperqueratósica. El retraso mental es constante en mayor o menor grado.

Las características del síndrome pueden no ser muy evidentes en el período neonatal inmediato. En este momento la gran hipotonía y el llanto característico, agudo y entrecortado, pueden ser la clave para el diagnóstico. Al poco tiempo se define el fenotipo característico, aunque cada uno tendrá sus propias peculiaridades. El diagnóstico definitivo vendrá dado por el estudio de los cromosomas.

En el caso que se trate de una trisomía 21 el riesgo de recurrencia para las mujeres de edad superior a los 30 años es el mismo que le da su edad. En las mujeres más jóvenes es algo más alto.

En el caso de que exista una translocación y alguno de los progenitores sea portador, no influye la edad materna, pero existe un riesgo más alto de recurrencia si el portador de la translocación es la madre. En el caso de que alguno de los padres tenga una translocación Robertsoniana entre dos cromosomas 21, el riesgo de recurrencia es del 100% independientemente del sexo que lo transmita. Si ninguno de los progenitores es portador de una translocación el riesgo de recurrencia es de alrededor de un 2-3%

Los individuos con Síndrome de Down deben seguir los controles periódicos y vacunas como cualquier otro niño de la misma edad, pero además se debe prestar especial atención a las complicaciones que pueden aparecer inherentes a su cromosomopatía. Deben usarse gráficas de crecimiento específicas, y si existe un retraso ponderoestatural muy marcado, ello puede orientar hacia la existencia de una patología cardíaca, endocrina o a una alteración nutricional.

Un 30-60% presentarán una cardiopatía. Aunque clínicamente no se constate un soplo cardíaco, se deberá realizar un ecocardiograma en los primeros dos meses de vida. Si existe cardiopatía se deberá insistir a los padres en la necesidad de profilaxis antibiótica ante cualquier procedimiento que suponga un riesgo de endocarditis bacteriana (dental, nefrourológico...). No debe olvidarse el riesgo de desarrollar hipertensión pulmonar, sobre

todo en los niños con comunicación interventricular o con canal atrioventricular, que pueden estar asintomáticos en el primer año de vida. En los individuos sin cardiopatía congénita de base, deberán realizarse un ecocardiograma entre los 18 y los 20 años de edad para descartar patología valvular.

Más de un 50% de estos niños tienen problemas oculares y auditivos. Entre los primeros, el estrabismo, la miopía, la hipermetropía y las cataratas son los más frecuentes. Se debe realizar una exploración oftalmológica dentro del primer año de vida. Si se evidencia nistagmus, estrabismo o se observa leucocoria debe remitirse al oftalmólogo inmediatamente. Si la exploración oftalmológica es normal deberán realizarse controles cada dos años.

La mayoría presentan una hipoacusia. Entre el nacimiento y los 6 meses de edad deben realizarse unos potenciales evocados auditivos. Los controles posteriores deberán incluir una revisión audiológica anual hasta los tres años y posteriormente cada dos años. Si presentan otitis de repetición es recomendable que sean vistos por un otorrinolaringólogo, para poder tratar las causas solucionables de hipoacusia y así no interferir en el desarrollo del lenguaje. Pueden presentar los primeros síntomas de hipoacusia a partir de la segunda década de la vida, manifestándose en ocasiones como un trastorno del carácter, pudiendo ser interpretado como una enfermedad psiquiátrica.

Las apneas obstructivas del sueño son frecuentes en estos individuos. Las manifestaciones clínicas habituales, según la edad del paciente, pueden ser desde ronquidos hasta posturas inusuales al dormir, fatigabilidad diurna, aparición de enuresis en individuo previamente continente e incluso cambio de carácter. En algunos niños estos síntomas aparecen por la propia hipotonía, sin que el tejido linfoide de amígdalas y adenoides produzca una obstrucción al flujo aéreo. El diagnóstico se realiza mediante polisomnografía. Existen varios procedimientos quirúrgicos recomendados, pero si no funcionan o no están indicados puede aplicarse una presión continua parcial en la vía aérea (CPAP) mediante máscara o tubo, para mantenerla abierta durante el sueño.

Desde el punto de vista digestivo, un 10-12% nacen con malformaciones intestinales que requerirán abordaje quirúrgico, siendo la atresia duodenal y la enfermedad de Hirschsprung las más frecuentes. Los vómitos y la ausencia de deposiciones en los primeros días de vida pueden orientarnos hacia esta patología. A pesar de que el estreñimiento es frecuente debido al poco tono muscular, el estreñimiento pertinaz que no responde ni a un tratamiento dietético ni a laxantes, debe hacer sospechar una enfermedad Hirschsprung en cualquier

época de la vida. No debe olvidarse que el estreñimiento también es un signo de hipotiroidismo. Dado que estudios recientes sugieren que tienen mayor riesgo de desarrollar celiacía, ante cualquier signo de malabsorción deberían realizarse unos anticuerpos antiendomiso en suero.

La alimentación puede ser difícil durante la lactancia debido a la hipotonía. La duración de las tomas se alarga y la macroglosia puede empeorar los problemas de succión. Son necesarias las revisiones odontológicas, la primera alrededor de los dos años de edad y posteriormente bianuales. Los dientes tienden a ser pequeños, deformados y situados de forma irregular. Debido a la tendencia a la obesidad, la dieta debe ser equilibrada, rica en fibra y con una cantidad total de calorías inferior a las recomendadas para niños del mismo peso y talla. Debe aconsejarse la realización de ejercicios de forma regular desde edad temprana. Existe además un retraso de talla en todos los individuos.

Hasta un 30% desarrollarán un hipotiroidismo a lo largo de la vida. El diagnóstico puede ser difícil porque los síntomas quedan enmascarados por la propia clínica del Síndrome de Down (retraso madurativo y de crecimiento, macroglosia, piel seca, estreñimiento). Aunque generalmente aparece durante la adolescencia, se recomienda realizar un estudio de la función tiroidea cada 6 meses a los más pequeños y posteriormente controles anuales. Dado que la patología autoinmune es más frecuente en este grupo de población, deberán estudiarse los anticuerpos antitiroideos si se demuestra un hipotiroidismo.

Un 15% presentan evidencia radiológica de inestabilidad de la articulación atlanto-axoidea, estando totalmente asintomáticos, sin ninguna clínica de compresión medular. Por ello el manejo de este hallazgo es un tema controvertido. Para su diagnóstico debe realizarse un estudio radiológico cervical en posición flexionada, neutral y extendida. La distancia entre el arco anterior de la primera vértebra cervical y la apófisis odontoides debe ser menor o igual a 5 mm. Se recomienda realizarlo antes de que el niño inicie la escolarización, y, si aparece inestabilidad, modificar sus actividades, pero sin ser excesivamente restrictivo. Estas exploraciones se exigen para participar en ciertas actividades deportivas y es aconsejable realizarlas cuando el paciente va a ser sometido a una intervención quirúrgica. Se recomienda una exploración neuroradiológica si se observan alteraciones del diámetro de la luz del canal medular.

Desde el punto de vista de maduración sexual, la menarquia en las niñas aparece algo más tarde, siendo posteriormente bastante regulares. A pesar de que la mayoría de ciclos son anovulatorios, pueden llegar a concebir. Los varones tienen unos genitales pequeños, y la

erección y eyaculación completas son difíciles. Durante la infancia deben examinarse los genitales externos de las niñas y posteriormente se realizará una exploración pélvica en las pacientes que sean sexualmente activas. En caso de no poderse realizar, se aconseja practicar ecografías pélvicas.

Deberá realizarse una citología después de las primeras relaciones sexuales con una periodicidad de entre uno y tres años. La exploración mamaria debe realizarse anualmente y se recomienda una mamografía anual a partir de los 50 años de edad. Algunos autores sugieren iniciarlas a los 40 años con una periodicidad cada dos años hasta los 50 y posteriormente anuales, principalmente si hay antecedentes familiares de cáncer de mama.

Ni las características físicas ni los datos analíticos podrán predecir el desarrollo mental de los niños y niñas. Dado que todos presentan retraso mental en grado variable, deberán seguir estimulación precoz en su área de residencia. Debe insistirse en el perfeccionamiento del lenguaje y en la capacitación para el cuidado personal. Con un soporte educacional adecuado, menos de un 10% tendrán un retraso mental profundo. A partir de los 18 años deben buscarse signos de demencia (pérdida de memoria, incontinencia urinaria) y de pérdida de la capacidad de vida independiente.

Un 5%-10% tendrán convulsiones, con dos picos de incidencia: uno alrededor de los dos años y que se presentan como espasmos infantiles, y posteriormente en la edad adulta en forma de convulsiones tónico-clónicas.

La hiperactividad y los rasgos autistas aparecen con mayor frecuencia que en la población general. La hiperactividad responde bien al tratamiento estimulante. Los trastornos psiquiátricos pueden ser de diagnóstico difícil. Son frecuentes la depresión, la ansiedad, la patología compulsiva y la demencia.

La esperanza de vida ha aumentado sustancialmente en los últimos años. Si no tienen cardiopatía, la supervivencia suele ser hasta la sexta década de la vida.

Otros problemas asociados son las frecuentes bronquitis, neumonías, catarros de vías altas, sinusitis y otitis, contribuyendo estas últimas, en parte, al déficit auditivo. Un 10% de los recién nacidos presentan una reacción leucemoide que es muy típica del síndrome. Estos niños también tienen un riesgo más elevado de desarrollar una leucemia aguda linfoblástica o no linfoblástica.

En el nacimiento de estos niños la no disyunción es en el 80 % de origen materno y en el 20 % por el papá. En otros países la incidencia es mayor, un caso por cada 700 nacimientos, e incluso más alta.

Hay dos formas de detección: una por la amniocentesis (estudio cromosómico del líquido que rodea al feto) que se realiza en embarazadas mayores de 38 años y otra es el estudio de las vellosidades coriónicas (estructuras tempranas en la formación del embrión) para detectar el número de cromosomas que va a traer.

Ambos procedimientos se realizan en Cuba y pueden detectar a tiempo estas anomalías, lo que permite interrumpir el embarazo tempranamente si la pareja así lo decidiera; son pruebas costosas que se ofrecen gratuitamente a las gestantes.

Son muy alegres y cariñosos, les gusta mucho la música; pueden ser encauzados y dirigidos. En el pasado, al igual que en otros campos del desarrollo, siempre se subestimó la capacidad intelectual de los niños y niñas con Síndrome de Down.

De acuerdo con estas afirmaciones, se puede confiar en que los educandos pueden llegar a tener autonomía suficiente como para vencer el currículum ordinario, adecuado a su edad. Entonces, ¿por qué llegan a las instituciones sin que apenas puedan valerse por sí mismos? Por lógica se deben buscar las causas en el hogar y de allí partir para establecer una estrategia que ayude a niños y niñas de edad temprana a dar los primeros pasos en la adquisición de una autonomía auténtica.

La falta de autonomía influye de forma negativa en la preparación para la vida adulta independiente: objetivo de la educación especial; y para lograrla se debe imbricar con maestría y eficacia la relación familia-institución, facilitando una correcta estrategia de intervención en el hogar y en el círculo infantil.

El principio de independencia significa realizar tareas sin necesidad de asistencia o ayuda y ser capaces de separarse emocionalmente de los padres, familiares y educadores.

El objetivo de esta investigación es lograr que realicen las tareas de la vida ordinaria sin apoyo o con apoyo mínimo. Por todo esto es necesario desarrollar el interés y las habilidades que necesiten para realizar una serie de actividades físicas, recreativas y de la propia vida, como pueden ser jugar a la pelota, saltar, bailar, comer solo, etc.; asimismo sentirán gran satisfacción cuando logren hacerlo.

Atendiendo a todo lo expuesto anteriormente y al observar que la gran mayoría de los niños y niñas trisómicos, al iniciar su vida en la institución llegan siendo completamente dependientes del adulto, estos autores se dieron a la tarea de crear un sistema de acciones para desarrollar en ellos la autonomía, involucrando directa y fundamentalmente a los padres y como órgano rector a la institución.

Algunas acciones que pueden realizarse para desarrollar la autonomía en los infantes pueden ser:

- Llenar pomos plásticos de boca estrecha con semillitas de frijoles, chícharos, lentejas, siempre vigilados por el adulto.
- Ensartar con un alambre hojas secas de árboles, pedacitos de papel de periódicos o revistas.
- Pasar cordones de zapatos por ojetes (emplear plantillas de cartón primero y luego los mismos zapatos de los niños).
- Ayudar a secar los cubiertos.
- Lavarse las manos, enseñando a frotar una contra otra.
- Secarse las manos.
- Comer primero con ayuda y luego solo.
- Coger la cuchara o cucharita correctamente; primero con ayuda y luego sin ella.
- Tomar líquidos en jarros o vasos procurando no derramarlos; primero con ayuda y luego sin ella.
- Avisar cuando tengan necesidad de hacer sus necesidades fisiológicas.
- Ir al baño a ejecutar necesidades fisiológicas, primero con ayuda del adulto y luego sin ella.
- Quitarse los zapatos. Enseñar a soltar los cordones, luego a quitarse el calzado suavemente, primero con ayuda y luego sin ella.
- Quitarse las medias, primero con ayuda y luego sin ella.
- Quitarse las ropas. Comenzar por el blúmer, short o calzoncillo y luego con otras prendas más complejas.
- Cepillarse los dientes: primero con ayuda y luego sin ella.
- Ponerse el blúmer, short o calzoncillo, primero con ayuda y luego sin ella.
- Ponerse la blusa, camisa, bata, etc., primero con ayuda y luego sin ella.
- Enseñarle a sembrar una planta y luego cuidar de ella sistemáticamente.
- Atender animales domésticos, si los tiene.
- Colocar los juguetes en su lugar, luego de jugar con ellos.
- Enseñarle a sonarse la nariz cuando tiene gripe, empleando para ello un pañuelito fino, pañito o papel higiénico.

- Ayudar a mamá en las labores domésticas, tales como: guardar ropas en gavetas o cajones, guardar las frutas y vegetales, barrer, sacudir muebles, etc.
- Insistir en la creación de hábitos de cortesía, tales como: saludar, dar gracias, pedir permiso, despedirse.

A continuación se dan algunas ideas que ayudarán al niño a mantener conversaciones:

- No permita que otros hablen en lugar del niño.
- No le ayude demasiado rápido cuando vea lo que necesita. Deje que lo pida él.
- Préstele atención cuando inicie una conversación.
- Organice algunas situaciones poco frecuentes y espere a que las comente; por ejemplo, póngase el zapato en la cabeza (con sentido del humor) y siga haciendo sus cosas hasta que él comente la conversación.

En resumen, los autores de este artículo consideran que las investigaciones realizadas anteriormente no cumplen con las expectativas que se necesitan para fortalecer la autonomía en estos educandos desde el hogar, haciendo de la familia el protagonista principal para el logro de este fin.

En correspondencia con lo anterior es de suma importancia que los docentes tengan presente en su quehacer pedagógico que nada de lo que hacen con sus educandos para el desarrollo de su autonomía y cualidades positivas se obtiene de forma espontánea; cada meta, cada medio, debe de estar concebido en el marco de un programa, de una estrategia de intervención, de formas de trabajo que contribuyan decisivamente a iniciar en todos sus alumnos y en particular en aquellos que manifiestan mayor dependencia del adulto y ciertas particularidades individuales que exijan una atención más esmerada.

A pesar de que existe conocimiento por parte de los docentes en relación con los aspectos aquí mencionados; en la práctica, mediante diversas formas de trabajo, ellos pudieron constatar que en el Círculo Infantil de Educación Especial "Pelusin", del municipio de Holguín, existen fallas en cuanto al desarrollo de la autonomía en niños y niñas con Síndrome de Down de edad temprana, por carencias de bibliografía que oriente tanto al maestro como a la familia, referente a este aspecto tan importante en la vida de los pequeños con el Síndrome Down.

La novedad científica del artículo consiste en la aplicación de esta metodología por primera vez en el Círculo Infantil antes mencionado, al no existir previamente una guía para que las educadoras realizaran una dosificación de cómo llevar a cabo esta labor desde el hogar y en

las instituciones, como premisa para desarrollar la autonomía a través de actividades sencillas; lo cual se considera de suma importancia para la preparación de los educandos para una vida adulta de manera independiente.

Dicha metodología se aplicó a una muestra de 8 niños y niñas portadores del síndrome y se obtuvieron resultados concretos, al observarse en ellos una mayor independencia y autonomía en su accionar.

BIBLIOGRAFÍA

- BELL, RAFAEL. Convocados por la diversidad. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, [s. a.].
- . Educación Especial en Cuba. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1992.
- . Sublime profesión de amor. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1999.
- BOZHOVICH, L. J. La personalidad y su formación en edad infantil. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1976.
- CANALS, GLORIA. Síndrome de Down. España, Ediciones Científicas y Técnicas, 1994.
- CANDELL, J. Programa de atención temprana. España, Editorial CEPE, S.L., 1993.
- CASTRO, ALMUDENA. Síndrome de Down. España, Edición AEDES, 1997.
- CASTRO LÓPEZ, H. Psicología clínica. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1983.
- COLECTIVO DE AUTORES. Fundamentos de la investigación educativa. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 2004.
- CONGRESO DEL PARTIDO COMUNISTA DE CUBA; I, 1975. Tesis y Resoluciones. La Habana, 1975.
- DOMÉNECH, MONTSE. Asociación Mexicana de Síndrome de Down. España, Editorial FEISD, 1997.
- HORTA, FEDERICA. Ser diferente no tiene nada de malo. España, Ediciones "Pirámide", 1994.
- HURTADO LÓPEZ, JOSEFINA. Un nuevo concepto de Educación Infantil. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1999.
- LÓPEZ MACHÍN, RAMÓN. Educación de alumnos con Necesidades Educativas Especiales; fundamentos y actualidad. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1999.
- PUENTE, ELIGIO DE LA Y MARÍA TERESA GARCÍA. Psicología Especial. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 2006. Tomo II.