



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA COMUNITARIA**

**INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS MAESTROS DE
EDUCACIÓN PRIMARIA COMÚN DE
MONTEVIDEO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS
DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS
NIÑOS/AS CON SÍNDROME DE DOWN, EN EL AÑO
2010.**

AUTORES:

Br. García, Liana
Br. Latorre, Analía
Br. Martínez, Alejandra
Br. Rodríguez, Verónica

TUTORES:

Prof. Adj. Lic. en Enf. Acosta, Cecilia
Prof. Adj. Lic. en Enf. Monge, América

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2010

Agradecimientos

- ❖ A las Tutoras Prof. Adj. Cecilia Acosta y América Monge por la disposición y orientación en el Trabajo de Investigación Final.
- ❖ A los maestros por acceder a participar de la investigación.
- ❖ A nuestras familias y amigos por su incondicional apoyo.

Pensar que cada día es el primero de los que se tienen por delante, y que sólo hay que esforzarse ese día. No mirar hacia atrás, que es inmodificable, y no preocuparse por el futuro que es imprevisible. Sólo el hoy y cuanto ahora hagamos bien, es la garantía de un mañana mejor.

INDICE	PAGINAS
• RESUMEN	1
• INTRODUCCION	3
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
• JUSTIFICACION	4
• MARCO CONCEPTUAL	6
INFORMACION	6
MAESTRO	6
ENFERMERIA	6
ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA	6
DISCAPACIDAD	8
DISCAPACIDAD INTELECTUAL O MENTAL	8
SINDROME DE DOWN	10
CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN	13
INTEGRACION PLENA EN EL AULA COMUN	25
• OBJETIVOS	27
• METODOLOGIA	27
PLAN DE ANALISIS	29
VARIABLES	31
• RESULTADOS	40
• ANALISIS	48
• CONCLUSIONES	53
• SUGERENCIAS	55
• BIBLIOGRAFIA	56
• ANEXOS	57

RESUMEN

El Síndrome de Down es originado por un desequilibrio cromosómico que provoca alteraciones en el desarrollo de algunos órganos: sea en la función intelectual, en el corazón, en la glándula tiroidea, en las características particulares del rostro, etc.

Para tener un buen control de salud de estos niños y para prevenir aquellas enfermedades que pueden ser evitadas, es necesario que tanto la familia como aquellos que están en contacto permanente con ellos logren detectar las alteraciones que puedan surgir en su crecimiento y desarrollo para actuar de manera oportuna y de esta manera contribuir a una mejor calidad de vida de estos niños.

Dentro de las personas que están en contacto permanente con el niño, está el maestro, el cual es un pilar fundamental para la formación de éstos y su inclusión en la sociedad, así como también para detectar en el aula aquellas alteraciones que puedan presentarse.

Por esto, con esta investigación pretendemos conocer la información que poseen los maestros de educación primaria común pública y privada de Montevideo sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down para el abordaje integral de estos niños. Para esto se planteó una variable compleja "Información sobre características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down" y de esta se desglosaron variables simples.

Con la información que aporte la investigación, se podrán coordinar acciones educativas en salud dirigidas a profundizar los conocimientos de los maestros sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down.

El estudio fue descriptivo, con un diseño cuantitativo, transversal; con una muestra de tipo no probabilística, por conveniencia, a la que accedieron 40 maestros de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Montevideo,

realizándose en el periodo comprendido entre el 20 y 30 de Abril del 2010.

Se realizo una entrevista utilizando como instrumento un formulario con preguntas abiertas, de respuestas múltiples y cerradas.

Los datos obtenidos se analizaron y representaron mediante tablas de frecuencia absoluta, relativa porcentual y gráficos de barra, mediante el programa Microsoft Excel.

De la investigación se obtuvo que los maestros están medianamente informados sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down; para abordarlos en el aula.

INTRODUCCION

El presente trabajo fue realizado por cuatro bachilleres de la carrera de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, correspondiente al trabajo de investigación final.

Existen investigaciones a nivel nacional referentes al tema inclusión social de las personas con Discapacidad, específicamente Síndrome de Down, una de ellas realizada en el Departamento de Cerro Largo por un bachiller de ciencias sociales "Procesos de inclusión social de las personas con Discapacidad. Un acercamiento a la realidad de las personas con Síndrome de Down en el Departamento de Cerro Largo", como también existen a nivel internacional proyectos de integración escolar de Personas con Síndrome de Down; uno de ellos se desarrolla en Argentina desde el año 2003 y es presentado por la Asociación Síndrome de Down de Gualeguaychú; el otro proyecto con el que este grupo investigador tomo contacto es de Colombia, y se lleva a cabo desde el año 1997 por iniciativa de la Fundación Síndrome de Down de Huila.

Si bien existe lo anteriormente mencionado, las investigadoras no han podido acceder a trabajos acerca de la información que poseen los maestros para abordar a los niños con Síndrome de Down en el aula, por lo cual no se puede asegurar no existan.

El último relevamiento realizado por la Asociación Down del Uruguay en noviembre del 2000, mostró que de los mayores de 5 años, un 72% asistió o asiste a escuelas de educación primaria común o especializada.

Por todo esto y por la existencia de la ley N° 16.095, Personas Discapacitadas, que se refiere a la integración de los niños con capacidades diferentes en los cursos curriculares, en establecimientos de enseñanza común.(Capítulo VII, Art. 34), se selecciono como tema de investigación: " Información que poseen los maestros de educación primaria común de Montevideo sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños/as con Síndrome de Down, para abordar a los mismos en el aula".

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Que información poseen los maestros de educación primaria común del sector público y privado de la ciudad de Montevideo sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños/as con Síndrome de Down, para abordar a los mismos en el aula?

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.

En nuestro país el sistema educativo esta organizado en niveles; Educación preescolar, educación primaria, educación media y educación terciaria. (ver anexo N° 1)

A su vez esta se organiza en pública y privada, siendo a su vez primaria, común o especializada.

Esta educación primaria "tendrá el propósito de brindar los conocimientos básicos y desarrollar principalmente la comunicación y el razonamiento que permitan la convivencia responsable en la comunidad". (Ley N° 18.437, titulo II, capítulo II, art. 25) (ver anexo N°2)

La ciudad de Montevideo cuenta con 233 escuelas públicas y 164 privadas de educación primaria, divididas en tres zonas (centro, este y oeste), con un total de 3690 maestros en escuelas públicas y 1478 maestros en escuelas privadas¹.

La reciente reforma en la educación, Ley Gral. de Educación N° 18.437, decretada el 12 de diciembre del 2008, se refiere a la diversidad e inclusión educativa (Titulo I, Capítulo II, Art. 8) y la ley N° 16.095, Personas Discapacitadas, aprobada el 26 de octubre de 1989, se refiere a la integración de los niños con capacidades diferentes en los cursos curriculares, en establecimientos de enseñanza común.(Capítulo VII, Art. 34) (ver anexo N° 2)

Dentro de las discapacidades elegimos el Síndrome de Down porque estos

¹ <http://datos.cuadernos.org/yc/area/educacion/region/montevideo/>. Fecha: 18/08/09

niños "no tienen techo"², aprenden durante toda su vida aunque tienen un desarrollo psico- motor mas lento, es importante enseñarles a lo largo de toda su vida y consideramos que el maestro es un pilar fundamental en este proceso y necesita además de la preparación curricular, conocimientos específicos para el abordaje de estos niños. Cuanto mayor estímulo se le brinde desde temprana edad en el área bio-psico-social, el niño podrá desarrollar, favorecer y potenciar sus capacidades.

Según un relevamiento realizado por la Asociación Down del Uruguay en noviembre del 2000, de los mayores de 5 años, un 72% asistió o asiste a escuelas de educación primaria común o especializada.

Por lo anteriormente expuesto, como enfermeros comunitarios, al trabajar en salud escolar nos interesa conocer que información sobre características de crecimiento y desarrollo de los niños/as con Síndrome de Down tienen los maestros de escuelas comunes para abordarlos en el aula.

Teniendo en cuenta los datos que se recaben podremos programar acciones educativas dirigidas a los maestros para profundizar los conocimientos en crecimiento y desarrollo sobre el Síndrome de Down, y programar dentro de un equipo multidisciplinario acciones en salud que favorezcan el abordaje y la integración plena en el aula.

² Lic. En Psicología Adriana Freire. Curso Enfermería en Rehabilitación de niños/as y adolescentes. 2009. Centro de postgrado, Facultad de Enfermería.

MARCO CONCEPTUAL

Información.

Conjunto organizado de datos, que constituyen un mensaje sobre un cierto fenómeno o ente. La información permite resolver problemas y tomar decisiones ya que su uso racional es la base del conocimiento.

Maestro

"Persona de autoridad en materia de enseñanza y que tiene por profesión la labor docente.

Etimológicamente son distintos los conceptos de maestro y educador; Maestro es el que imparte una enseñanza determinada, dirigiendo su actuación a la formación de determinadas aptitudes intelectuales o habilidades profesionales"³

Enfermería:

"Es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un Proceso Integral, Humano, Continuo, Interpersonal, Educativo, Terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria."⁴

Enfermería en atención primaria:

"Es aquel profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce sus necesidades de cuidado de salud, posee los conocimientos científicos, las habilidades técnicas y la actitud apropiada para proporcionarlos a individuos aislados, en familia o en otros colectivos, allá donde viven, donde trabajan o donde se relacionan, o en los centros sanitarios cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera como miembro

³ Diccionario de las ciencias de la educación. Volumen II. Diagonal/ Santillana, S. A. 1993. Impreso en Madrid España.

⁴ Plan de Estudio 93. Facultad de Enfermería. Universidad de la Republica. Uruguay.

de un equipo multidisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y que está abierta a la participación comunitaria". (Antón M. V.)⁵

Actividades que realiza:

- 1 Promueve la participación comunitaria, de grupos, de la familia y el individuo
- 2 Realiza educación para la salud.
- 3 Participa en los programas elaborados por los niveles centrales y locales de salud.
- 4 Coordina actividades con otros sectores comunitarios, educativos, municipales, comerciales y otros.
- 5 Participa en actividades de vigilancia epidemiológica. Realiza visitas domiciliarias.
- 6 Coordina con el equipo las estrategias de salud. Administra los cuidados de enfermería de los usuarios.
- 7 Administra los recursos humanos y materiales del servicio
- 8 Realiza educación en servicio.
- 9 Realiza actividades extramuros de acuerdo a las necesidades de la comunidad.
- 10 Contribuye al cuidado y mantenimiento del medio ambiente.
- 11 Realiza investigaciones de enfermería y/o conjuntamente con el equipo sobre temas relacionados a su área de competencia o necesidades locales de salud.

⁵ Alfonso Roca- Álvarez- Dardet Díaz. Enfermería Comunitaria I. Ediciones Científicas y técnicas Barcelona. España. Masson Salvat. 1992 p 22

Discapacidad

El término, de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual, incluyendo la discapacidad física, la discapacidad sensorial, la discapacidad cognoscitiva, la discapacidad intelectual, enfermedad mental, y varios tipos de enfermedad crónica. La discapacidad puede aparecer durante la vida de las personas o desde el nacimiento.

Existen los siguientes tipos de discapacidad: física, psíquica, sensorial e intelectual o mental.

Cada uno de los tipos puede manifestarse en distintos grados de discapacidad, y una persona puede tener varios tipos de discapacidades al mismo tiempo, con lo cual encontramos un amplio abanico de personas con discapacidad.

Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales. También son importantes factores de riesgo para producir o agravar cuadros de depresión. Un diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para evitar estas frecuentes complicaciones.

Discapacidad intelectual o mental

Si bien es cierto, el término Discapacidad Intelectual no ha sido definido como tal, en la actualidad el concepto más empleado es el que propone la AAMR (American Association on Mental Retardation) en su edición de 1992 "El retraso mental se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos ó más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, auto dirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad".

Criterios de identificación según la AAMR (1992)

La consideración de discapacidad intelectual requiere de la coexistencia de tres criterios relacionados entre sí:

- la existencia de un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media;
- la presencia de dificultades en dos o más habilidades adaptativas;
- que su manifestación se haya dado antes de los 18 años.

1. El funcionamiento intelectual hace referencia a un nivel de inteligencia inferior a la media. La concepción de inteligencia que se maneja a este respecto es la propuesta por Gardner, quien habla de la existencia más que de una capacidad general, de una estructura múltiple con sistemas cerebrales semiautónomos, pero que, a su vez, pueden interactuar entre sí. En cuanto al uso de un coeficiente de inteligencia, de uso común, para que se pueda hablar de discapacidad intelectual debe estar por debajo de 70 y debe producir problemas adaptativos.

2. Las habilidades adaptativas hacen referencia a la eficacia de las personas para adaptarse y satisfacer las exigencias de su medio. Estas habilidades deben ser relevantes para la edad de que se trate, de tal modo que la ausencia de ellas suponga un obstáculo.

3. Lo normal es que una discapacidad intelectual significativa se detecte ya en edades tempranas.

Definición de la AARM (edición de 2002)

La Asociación Americana de Retraso Mental, propone una nueva definición que intenta salvar la dificultad de evaluación de las habilidades adaptativas e incorpora nuevas precisiones; "Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años"

La conducta adaptativa no es sólo otro término, implica el conjunto de

habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por la persona para funcionar en su vida diaria, por lo que no basta sólo un funcionamiento intelectual significativamente bajo: también ha de sustentarse la conducta adaptativa significativamente baja.

Causas:

- Factores genéticos, como en el caso del síndrome de Down, es decir trisomía del cromosoma 21.
- Errores congénitos del metabolismo, como la fenilcetonuria.
- Alteraciones del desarrollo embrionario, en las que se incluyen las lesiones prenatales.
- Problemas perinatales, relacionados con el momento del parto.
- Enfermedades infantiles, que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo.
- Graves déficit ambientales, en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo, personal y social.
- Accidentes de tráfico.
- Accidentes laborales.
- Enfermedades profesionales. .

SÍNDROME DE DOWN O TRISINOMÍA 21.

La primera descripción de esta enfermedad o padecimiento fue la de Seguin en 1846 que lo designó como "idocia furfurácea". El término de "idocia de tipo mongólico" fue dado a esta condición por Langdon Down, en 1866. a partir de esa fecha la palabra más usada para definir esa entidad fue la de "mongolismo" y al niño afectado se lo denominaba "mongol" o "mongoloide". En los últimos 10 a 20 años el término "síndrome de Down" se utiliza cada vez de manera más extensiva y ya casi lo ha substituido completamente.

La palabra síndrome se refiere en medicina al: "conjunto de signos y síntomas que constituyen una enfermedad independientemente de la causa que lo

origina^r y el segundo término de Down, es en honor a quien por primera vez hizo una descripción clínica amplia del padecimiento.

Características físicas:

- Cráneo pequeño redondeado con occipucio plano.
- Pliegues epicutaneos internos y fisuras palpebrales oblicuas (ojos inclinados hacia abajo y afuera).
- Nariz pequeña con puente deprimido (nariz en silla de montar).
- Lengua protruida, a veces con fisuras.
- Mandíbula hipoplásica (la lengua parece grande).
- Paladar ojival.
- Cuello corto y grueso.
- Hipotonía muscular (abdomen prominente, hernia umbilical).
- Articulaciones hiperflexibles y laxas.
- Surco simiesco (surco transverso en la palma de la mano)
- Manos y pies anchos, cortos y rechonchos.

Inteligencia.

Varía desde severamente retrasada hasta normal baja. En general en la gama de leve a moderada.

Desarrollo social.

Puede estar 2 o 3 años por detrás de la edad intelectual, en particular durante la primera infancia.

Anomalías congénitas.

La más frecuente es la cardiopatía congénita.

Otros defectos:

Agencia renal.

Atresia duodenal.

Enfermedad de Hirschsprung.

Fístula traqueo esofágica.

Subluxación de cadera.

Inestabilidad de la primera y segunda vértebra cervical (inestabilidad atlantoaxial)

Problemas sensoriales.

Problema auditivo sensorial (muy frecuente).

Estrabismo.

Miopía.

Nistagmos.

Cataratas.

Conjuntivitis.

Crecimiento y desarrollo sexual.

Aumento de peso y talla reducido; frecuente obesidad.

Desarrollo sexual tardío y/o incompleto.

Varones infértiles; las mujeres pueden ser fértiles.

Frecuente envejecimiento prematuro; menor esperanza de vida.⁶

⁶ Donna L. Wong- Lucille F. Whaley. Manual Clínico de enfermería pediátrica. Ediciones científicas y tecnológicas. Masson-Salvat. Barcelona 1992. p. 474

Características generales de los niños con síndrome de down

Desarrollo mental

De acuerdo con los datos morfológicos y funcionales obtenidos de los cerebros, numerosos trabajos han comprobado que, en mayor o menor grado, suelen existir en las personas con síndrome de Down, problemas relacionados con el desarrollo de los siguientes procesos:

- Los mecanismos de atención, el estado de alerta, las actitudes de iniciativa.
- La expresión de su temperamento, su conducta, su sociabilidad.
- Los procesos de memoria a corto y largo plazo.
- Los mecanismos de correlación, análisis, cálculo y pensamiento abstracto.
- Los procesos de lenguaje expresivo.

Los datos actuales permiten afirmar que la mayoría de los alumnos con síndrome de Down funcionan con un retraso mental de grado ligero o moderado, a diferencia de las descripciones antiguas en las que se afirmaba que el retraso era en grado severo. Existe una minoría en la que el retraso es tan pequeño que se encuentra en el límite de la normalidad, y otra en la que la deficiencia es grave, pero suele ser porque lleva asociada una patología añadida de carácter neurológico, o porque la persona se encuentra aislada y privada de toda enseñanza académica.

Este cambio se debe tanto a los programas específicos que se aplican en las primeras etapas (estimulación, intervención temprana), como a la apertura y enriquecimiento ambiental que está actuando en la sociedad actual sobre todo niño, incluido el que tiene síndrome de Down. El coeficiente intelectual puede disminuir con el transcurso del tiempo, en especial a partir de los 10 años. Pero la utilización de la edad mental ayuda a entender mejor el paulatino

enriquecimiento intelectual de estos alumnos, puesto que dicha edad mental sigue creciendo, aunque a un ritmo más lento que la edad cronológica.

Existe un conjunto de características que son comunes con otras formas de deficiencia mental:

- El aprendizaje es lento.
- Es necesario enseñarles muchas más cosas, que los niños sin deficiencia mental las aprenden por sí solos.
- Es necesario ir paso a paso en el proceso de aprendizaje.

Cuando se tienen en cuenta estas características y se ajusta consiguientemente la metodología educativa, mejorando las actitudes, adaptando los materiales y promoviendo la motivación, los escolares con síndrome de Down son capaces de aprender mucho y bien; ciertamente, bastante más de lo que hasta hace unos años se creía.

Características cognitivas

En primer lugar hay que considerar el estado general de salud y la funcionalidad de sus órganos de los sentidos, muy en particular la visión y la audición. Los problemas de visión y de audición son muy frecuentes pero son corregibles; es evidente que su mal funcionamiento ha de repercutir muy negativamente en los procesos de entrada de la información y en su posterior procesamiento cerebral.

En el niño se constata una serie de puntos débiles o dificultades que presenta con frecuencia:

Tiene dificultades para trabajar solo, sin una atención directa e individual.

1. Tiene problemas de percepción auditiva: no capta bien todos los sonidos, procesa mal la información auditiva, y por tanto responde peor a

las órdenes verbales que se le dan. Por otra parte, tiene dificultades para seguir las instrucciones dadas a un grupo.

2. Tiene poca memoria auditiva secuencial, lo que le impide grabar y retener varias órdenes seguidas; es preciso, por tanto, darlas de una en una y asegurarse de que han sido bien captadas.

3. Tiene dificultades para el lenguaje expresivo y para dar respuestas verbales; da mejor las respuestas motoras, lo cual debe ser tenido en cuenta por el educador para no llamarse a engaño creyendo que el niño no entiende una orden si lo que espera es sólo una respuesta verbal.

4. Presenta ciertos problemas de motricidad gruesa (equilibrio, tono, movimientos de músculos antigravitatorios) y fina (manejo del lápiz y las tijeras).

5. No acepta los cambios rápidos o bruscos de tareas; no comprende que haya que dejar una tarea si no la ha terminado, o que haya que interrumpirla si se encuentra a gusto con ella.

6. La concentración dura poco tiempo. Se nota a veces en la mirada superficial, que se pasea sin fijarse. El problema no es siempre de pérdida de concentración sino de cansancio.

7. En los juegos con los compañeros es frecuente que el niño esté solo porque así lo elige, o porque no puede seguir tanto estímulo y con tanta rapidez, o porque los demás se van cansando de animarle a participar y de tener que seguir su propio ritmo.

8. Presenta dificultades en los procesos de activación, conceptualización y generalización.

9. Le cuesta comprender las instrucciones, planificar las estrategias, resolver problemas y atender a diversas variables a la vez.

10. Su edad social es más alta que la mental, y ésta más alta que la edad lingüística; por ello puede tener dificultad para expresarse oralmente en demanda de ayuda.

Este listado no supone que un alumno en concreto presente todo este conjunto de problemas, y mucho menos aún que todos los alumnos presenten el mismo grado de dificultad.

Ante esta problemática no cabe adoptar una actitud pasiva, sino que el buen educador trata de compensar, estimular, activar o buscar alternativas que compensen o mejoren las dificultades intrínsecas.

Tabla 1. Características del niño con síndrome de Down

Problemas	Soluciones
1. Su aprendizaje se realiza a ritmo lento	1. Brindarle mayor número de experiencias y muy variadas, para que aprenda lo que se le enseña
2. Se fatiga rápidamente y su atención no se mantiene por un tiempo prolongado	2. Trabajar inicialmente con él durante periodos cortos y prolongarlos poco a poco
3. Su interés por la actividad a veces está ausente o se sostiene por poco tiempo	3. Motivarlo con alegría y con objetos llamativos y variados para que se interese en la actividad
4. Muchas veces no puede realizar la actividad solo	4. Ayudarle y guiarle a realizar la actividad, hasta que la pueda hacer solo
5. La curiosidad por conocer y explorar lo que lo rodea está limitada	5. Despertar en él interés por los objetos y personas que lo rodean, acercándose a él y mostrándole las cosas agradables y llamativas
6. Le cuesta trabajo recordar lo que ha hecho y conocido	6. Repetir muchas veces las tareas ya realizadas, para que recuerde cómo se hacen y para qué sirven.
7. No se organiza para aprender de los acontecimientos de la vida diaria	7. Ayudarle siempre a aprovechar todos los hechos que ocurren a su alrededor y su utilidad, relacionando los conceptos con lo aprendido en "clase"
8. Es lento en responder a las órdenes que se le dan	8. Esperar con paciencia y ayudarle, estimulándole al mismo tiempo a dar una respuesta cada vez más rápida

- | | |
|--|---|
| 9. No se le ocurre inventar o buscar situaciones nuevas | 9. Conducirle a explorar situaciones nuevas y a tener iniciativas |
| 10. Tiene dificultad en solucionar problemas nuevos, aunque éstos sean parecidos a otros vividos anteriormente | 10. Trabajar permanentemente dándole oportunidades de resolver situaciones de la vida diaria, no anticipándose a él, ni respondiendo en su lugar. |
| 11. Puede aprender mejor cuando ha obtenido éxito en las actividades anteriores | 11. Conocer en qué orden se le debe enseñar, ofrecerle muchas oportunidades de éxito y secuenciar bien las dificultades |
| 12. Cuando conoce de inmediato los resultados positivos de su actividad, se interesa más en seguir colaborando | 12. Decirle siempre lo bien que lo ha hecho y animarle por el éxito que ha logrado. Así se obtiene mayor interés y tolera más tiempo de trabajo |
| 13. Cuando participa activamente en la tarea, la aprende mejor y la olvida menos | 13. Planear actividades en las cuales él sea quien intervenga o actúe como persona principal |
| 14. Cuando se le pide que realice muchas tareas en corto tiempo, se confunde y rechaza la situación | 14. Seleccionar las tareas y repartirlas en el tiempo, de forma tal que no le agobien ni le cansen |

La comprensión será la base que sustente el aprendizaje y será el elemento crítico de una motivación que, en las circunstancias propias del alumno con síndrome de Down, constituye un factor indispensable para el éxito.

Estimulación del desarrollo cognitivo

Los neurobiólogos nos enseñan que todo cerebro necesita información para favorecer su propio desarrollo, y que este desarrollo será tanto más completo cuanto más estructurada se encuentre la información. El cerebro del niño con síndrome de Down no sólo no es ajeno a esta realidad sino que la necesita aún más. Aun a sabiendas de que el resultado final es limitado, el ejercicio constante y sistemático de sus posibilidades cognitivas va forzando la apertura y la estructuración de circuitos y redes sinápticas.

Lo que el padre o el maestro enseña inicialmente, es después el propio estudiante con síndrome de Down el que aprende de manera espontánea. Recuerda lo que ha leído, lo relaciona con hechos de su vida pasada o presente.

Facilitación del lenguaje expresivo

La lectura estimula el enriquecimiento semántico, la capacidad sintáctica y el perfeccionamiento de la pronunciación de las palabras. Es al verlas escritas cuando el niño llega a darse cuenta de que, en su lenguaje ordinario, omite la pronunciación de letras o sílabas. Y al esforzarse en leerlas bien, las articula mejor.

Por otra parte, la afición lectora facilita el enriquecimiento en la exposición de conceptos, en el empleo de términos y expresiones. La lectura es un apoyo inigualable del enriquecimiento verbal y conversacional.

Desarrollo de capacidades

Como es bien sabido, la educación de todos los niños debe ir enfocada a la adquisición y desarrollo de sus capacidades, de modo que puedan actuar con madurez y responsabilidad, 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 alumnos con síndrome de Down no tienen por qué ser una excepción a esta regla general. Sin embargo, todavía es difícil que todos lo consigan.

Lo educativo y eficaz a largo plazo es el desarrollo de las capacidades, para lo cual será necesario hacer programas adecuados y ejecutar muchas tareas. Una capacidad bien desarrollada será la llave que abra la puerta a un amplio abanico de destrezas y habilidades. La atención, la discriminación y

percepción, así como la destreza manual, no sólo son imprescindibles para aprender a leer y a escribir con soltura, sino para otros muchos aprendizajes.

El educador debe tener siempre presente el objetivo educativo fundamental preparando muchos y variados recursos para lograrlo. Deberá tener suficiente creatividad y flexibilidad para variar las actividades y ejercicios, eligiendo aquellos que mejor ayuden al niño, en un momento concreto. Con frecuencia deberá posponer «la perfección», en beneficio de mantener alta la autoestima del niño, su motivación y su alegría por el esfuerzo realizado, aunque el resultado no sea el «ideal».

Lo importante es que el alumno siga progresando, a su propio ritmo —nunca por debajo de sus posibilidades— sin la pretensión de alcanzar el mismo nivel de otro alumno «que va muy bien», o el de sus compañeros de clase que no tienen síndrome de Down u otras dificultades especiales.

La participación de los niños pequeños con síndrome de Down en los programas de atención temprana en los que se dedica una parte importante al desarrollo cognitivo de un modo sistemático, ordenado y eficaz, les ayuda a desarrollar las capacidades de atender, percibir, comprender y saber.

Atención

La atención es un proceso complejo que exige la participación coordinada de extensos núcleos y circuitos cerebrales, capaces de recibir la información que llega a través de los órganos de los sentidos y de hacerla relevante para el individuo.

En la atención hay un doble juego: primero, es atraída, llamada, evocada por un acontecimiento, objeto o suceso; pero después la atención tiene que ser aplicada, mantenida, prestada. La atención es primero suscitada y después decidida por el sujeto, y ello requiere una operación mental dirigida por los centros cerebrales concretos. Por último, el sujeto se enfrasca y se concentra

en el objeto de su atención por un tiempo determinado, lo que de nuevo requiere la acción mantenida y coordinada de varios centros cerebrales.

Para que se pueda desarrollar y mantener esta atención selectiva, se necesita que operen primero los circuitos cerebrales implicados en la orientación (lóbulo parietal, tubérculos cuadrigéminos del mesencéfalo, tálamo), después, los implicados en la llamada atención ejecutora (circunvolución anterior del cíngulo, corteza prefrontal superior, y otra área prefrontal más lateral e inferior), y por último, los circuitos del estado vigilante, gracias al cual la atención se mantiene (lóbulos frontal y parietal derechos).

En el síndrome de Down existe una limitación en la transmisión y comunicación de muchos de estos sistemas neurales. Ciertos datos apuntan a una parcial limitación en el desarrollo de tales sistemas en las últimas etapas del desarrollo intrauterino (Flórez, 1991; Wisniewski, 1996).

No es de extrañar, por tanto, que observemos precozmente en el niño con síndrome de Down una dificultad, torpeza o demora en la capacidad de dirigir la mirada hacia un estímulo y de interactuar con otras miradas, en la capacidad de mantener el organismo -mente y cuerpo- receptivo y respondiente hacia los estímulos; cuánto más en la capacidad de mantener la atención durante un tiempo prolongado, para que tenga iniciativa en la búsqueda.

Desde que nace, el niño se orienta, y esto explica a los padres y a la familia la importancia que tiene el desarrollo de esta capacidad. El niño pequeño con síndrome de Down puede tener dificultades para fijar la mirada por la laxitud ligamentosa y por el bajo tono muscular. Aunque la atención auditiva parece mejor en las primeras etapas de la vida extrauterina, las dificultades de percepción y discriminación auditivas pueden llevar al niño a no escuchar, a no atender auditivamente y a preferir una acción manipulativa llevada a cabo según sus intereses. Posteriormente, los problemas de memoria auditiva secuencial (Pueschel, 1988) de algún modo le bloquean o dificultan para mantener la atención durante el tiempo preciso, ya que adquiere la experiencia de incapacidad para retener mucha información secuencial. Otras veces es el

propio cansancio orgánico, o los problemas de comunicación sináptica a nivel cerebral, lo que impide la llegada o el procesamiento de toda la información. En ocasiones, el periodo de latencia en dar respuesta que, en general, es más largo en comparación con otros niños de su misma edad mental (Flórez, 1992), se interpreta por parte del educador como falta o como pérdida de la atención. Lo que es absolutamente cierto y evidente es que un niño que no mira, que no escucha, que no atiende o que no retiene, difícilmente podrá progresar bien. Conocidas las posibles causas de estas dificultades, y ante la imposibilidad de actuar directamente sobre ellas, nos queda el recurso educativo de un entrenamiento o estimulación tempranos, adecuados y mantenidos, realizados con actividades convenientemente programadas y llevadas a cabo con perseverancia.

Instrumentos para el desarrollo de la atención

Los niños con síndrome de Down frecuentemente comienzan a actuar, a dar respuestas motoras, antes de procesar de forma completa la información recibida y de elaborar la respuesta correcta. Conviene, por tanto, darles tiempo y enseñarles a inhibirse para darse a sí mismos unos segundos de reflexión. Su cerebro procesa y asocia con cierta lentitud la información recibida, y les falta la «sincronización» de la respuesta motora que dan con la respuesta adecuada. Esto no se debe a falta de comprensión, de conocimientos, sino a sus diferentes «tiempos». Si el niño está trabajando con material manipulativo, tanto si son objetos como si son maderitas o tarjetas, los errores pueden evitarse o corregirse fácilmente. Si se trabaja con papel y lápiz, el error puede quedar plasmado. En cualquier caso, conviene evitarlo habitualmente, no sólo para que el alumno no viva la sensación de fracaso, sino para que lo percibido visualmente sea correcto.

Una buena preparación para el desarrollo de la atención con fines escolares, es que el niño con síndrome de Down comience a permanecer sentado adecuadamente en una silla desde edades muy tempranas. Esto debe iniciarse

en cuanto el niño es capaz de mantenerse sentado en el suelo, con la espalda recta, con estabilidad del tronco, sin caerse. La mayoría de los niños con síndrome de Down están maduros para sentarse en un banquito o silla baja antes de los 12 meses de edad.

Todo el tiempo que se emplee en la educación de la atención con todas las condiciones posturales que la facilitan, es una rentable inversión para toda la vida. Por tanto, vale la pena dedicar el tiempo que sea preciso para este entrenamiento y no permitir que se retroceda cuando el niño está en otros ámbitos o realiza otras actividades.

Percepción y discriminación

La percepción requiere inicialmente un mínimo de desarrollo de la atención, pero implica el funcionamiento preciso de las grandes áreas corticales de asociación, en el cerebro. La capacidad de discriminar y distinguir unos estímulos de otros, o por el contrario, de asociarlos, exige la presencia de redes nerviosas cada vez más intrincadas y más relacionadas unas con otras.

De nuevo, la relativa pereza y pobreza en el desarrollo intercomunicativo de las estructuras nerviosas en el cerebro de los niños con síndrome de Down, va a afectar de manera marcada a las áreas corticales de asociación y va a explicar el retraso en el desarrollo de la capacidad perceptiva.

Entendemos por discriminación la habilidad para percibir semejanzas y diferencias, respondiendo de un modo diverso ante lo percibido.

Los alumnos con síndrome de Down, así como todos los que tienen necesidades educativas especiales, necesitarán más que el resto de los alumnos de una enseñanza específica para paliar o prevenir sus dificultades cognitivas.

Una enseñanza sistematizada, iniciada tempranamente, ayuda mucho a los niños con síndrome de Down a desarrollar las capacidades perceptivas y discriminativas.

La educación de estas capacidades incluyen las habilidades para reconocer, identificar, clasificar, agrupar y nombrar los objetos, imágenes y grafismos.

El aprendizaje discriminativo facilitará al alumno con síndrome de Down el pensamiento lógico, el conocimiento de las formas, los tamaños, las texturas, los colores y otras propiedades de los objetos, los conceptos numéricos y la lectura. También le servirá para la adquisición de otros muchos aprendizajes en el área social y natural, así como para una mejoría evidente en su lenguaje.

Progresivamente, con ayuda de los educadores, el niño comprenderá más, conocerá mejor las cualidades de los objetos y los nombres que se utilizan para describirlos, será capaz de elaborar juicios, y de resolver problemas dando soluciones y actuando correctamente según las circunstancias que percibe.

Habilidad manual

Las personas con síndrome de Down suelen tener dificultades específicas para muchas actividades que precisan de manipulación fina. Las causas de estos problemas son varias: una de ellas es la anatomía de la mano ya que ésta suele ser ancha, con dedos cortos, con una implantación baja del pulgar y con ausencia de la última falange del dedo meñique. La hipotonía muscular y la laxitud ligamentosa influyen en la pobre sujeción de los instrumentos y en la presión que es necesaria hacer en muchas tareas. Además, los problemas que tienen su origen en el sistema nervioso central explican las dificultades de interiorización y de producción simultánea de determinados movimientos. Esto puede comprobarse tanto en coordinación motora gruesa como andar en triciclo, como en actividades de coordinación motora fina como recortar, abrir una lata, escribir, coser, etc.

En relación con la dominancia lateral, algunos niños con síndrome de Down tardan tiempo en mostrar si son diestros o zurdos, lo cual tiene mucha importancia tanto para las actividades de autonomía de la vida diaria, como

puede ser el acto de comer, como para el aprendizaje de la escritura o las tareas laborales.

El educador tratará de conocer lo mejor posible a su alumno con síndrome de Down. Sus manos pueden no ser las manos «típicas» descritas antes, sino que sean delgadas y con dedos largos. Tendrá que observar cómo evoluciona la fuerza de oposición pulgar con los otros dedos, los movimientos de flexión y extensión, la capacidad de prensión y de presión, etc.

En cualquier caso conviene diseñar un programa ajustado para facilitar que en las múltiples tareas ordinarias en las que es necesaria la destreza manual, sea competente para realizarlas por sí mismo; desde abrochar botones y atar cordones, hasta abrir grifos, puertas con llave, batir huevos, llamar por teléfono, coser, escribir y un largo etcétera. ⁷

⁷ Troncoso María Victoria; Del Cerro María Mercedes. Síndrome de Down: Lectura y escritura. Edición online 2009. Fundación Iberoamericana Down21.

INTEGRACIÓN PLENA AL AULA COMÚN

“Construir Escuelas Inclusivas es hoy el gran desafío educativo. Una escuela organizada y estructurada en base a la diversidad de alumnos, diversidad social, cultural, individual. Una escuela cuyos alumnos tienen diferentes capacidades y formas de aprender, de apropiarse de la cultura escolar, diferentes formas de ser personas.

Esta escuela requiere un Proyecto Educativo Institucional que oriente la tarea educativa de formación de cada alumno, sobre la base de valores esenciales como la solidaridad, la justicia, tolerancia, el respeto mutuo, la igualdad, la equidad, y que busque la mejora continua de la acción educativa.

Actualmente, son pocas las escuelas inclusivas, pero son cada vez más las escuelas que abren sus puertas, más docentes que abren sus aulas, para la integración de un niño con necesidades especiales.

Integración escolar: palabra que hoy muchos usamos, pero que tiene tantas acepciones, no sólo en su conceptualización teórica, sino más especialmente en su implementación correcta. Y es así como se dice que se integra cuando un niño comparte sólo algunas materias del currículo escolar; o cuando un profesional esta permanentemente al lado del niño integrado y ejerce el rol de enseñante del docente común; también se habla de una integración cuando los niños asisten a aulas especiales dentro de la escuela común. Pero esta diversidad de formas en que “aparece” la integración, parece más bien “desaparecer”. Y es que son modos diferentes de excluir a un niño con necesidades especiales: se lo excluye del aula común, se lo excluye de participar como cualquier otro de un proceso de enseñanza y de aprendizaje áulico, como cualquier otro niño.

La Integración al aula común es un camino hacia la construcción de Escuelas Inclusivas, es lo más cercano hacia la plena inclusión escolar. Requiere una integración Física, en tanto los niños o jóvenes participan de la jornada escolar

completa; una Integración Psicosocial, porque los niños o jóvenes hacen amistades, compartiendo, jugando y relacionándose con sus compañeros; y una Integración Pedagógica, porque ellos aprenden desde la diversificación del currículo. Estos tres aspectos de la integración se dan como un todo relacionado y hace posible que la persona con necesidades especiales, sea un miembro más del grupo clase, con sus diferencias y semejanzas.

Las bases conceptuales generales para la diversificación del currículum son: mediación en los aprendizajes tendiendo hacia la independencia del niño o el joven; fomentar el trabajo cooperativo entre todos los alumnos; favorecer el aprendizaje significativo; fomentar el desarrollo de las inteligencias múltiples desde un enfoque de la comprensión; no guiarse por métodos únicos de enseñanza; fomentar el conocimiento de las posibilidades y dificultades en el niño junto con el reconocimiento de las ayudas que necesita para superarlas.

Las bases especiales para la diversificación del currículo son: no prefijar los posibles aprendizajes del niño y el joven integrado; no esperar etapas previas para generar aprendizajes significativos; adecuarse al ritmo de aprendizaje del niño sin perder como referencia el ritmo de la clase, trabajar desde la planificación del docente; presentar adecuaciones escritas; adaptar los textos; adecuaciones de los criterios y las formas de evaluación del alumno; favorecer la participación activa del alumno integrado en clases.

Las oportunidades actuales nos muestran que hay un cambio iniciado. Ahora bien, este cambio debe ser con claros propósitos y objetivos que orienten la reflexión continúa y coherente hacia una verdadera Inclusión Escolar. Construir Escuelas Inclusivas favorecerá no solo a los niños con necesidades especiales sino ayudará a la formación personal e integral de cada alumno, quienes serán educados desde y en la diversidad, desde y en los valores sociales".⁸

⁸ Curso Enfermería en Rehabilitación de niños/as y adolescentes. 2009. Centro de postgrado, Facultad de Enfermería.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la información que poseen los maestros de educación primaria común del sector público y privado de la ciudad de Montevideo sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños/as con Síndrome de Down.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar la población de maestros.
2. Identificar la información que poseen los maestros para abordar integralmente a estos niños.

METODOLOGIA

Tipo de diseño: cuantitativo, de tipo transversal.

Tipo de estudio: descriptivo.

Universo: todos los maestros de Montevideo.

Muestra: no probabilística, por conveniencia, correspondiendo al número de maestros al cual pudimos tener acceso de escuelas públicas y privadas.

Criterio de inclusión: todos aquellos maestros a los cuales pudimos acceder y que aceptaron participar de la investigación, previa explicación dada por el investigador sobre lo que se quería investigar.

Procedimiento para la recolección de la información: para la recolección de información se realizó una entrevista a los maestros según los criterios de inclusión mencionados anteriormente, utilizando un formulario.

Previamente a la implementación del instrumento en la población objeto de investigación, se realizó una prueba piloto del mismo.

Instrumento para la recolección de datos:

Es de suma importancia destacar que el instrumento para la recolección de datos se aplicó de manera voluntaria, con previo consentimiento de los involucrados, manteniendo su anonimato.

El instrumento es un formulario con preguntas abiertas, de respuestas múltiples y cerradas. Estas preguntas están dirigidas a recabar la información necesaria para responder a nuestra pregunta problema y cumplir con los objetivos planteados en el estudio. (ver anexo N° 3)

Fuente de datos: los maestros.

PLAN DE ANÁLISIS

Para llegar a cumplir con los objetivos propuestos en la investigación se plantearon variables para lograr la caracterización de la población de maestros además de conocer la información que poseen sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños/as con Síndrome de Down.

Las variables propuestas para caracterizar la población de maestros son:

- Ámbito de la institución en la que trabaja
- Sexo
- Edad
- Años de egreso de magisterio
- Años de ejercicio como maestro
- Experiencia con niños con síndrome de Down

Para conocer la información que poseen los maestros sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños/as con Síndrome de Down planteamos una variable compleja "información sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños/as con Síndrome de Down", para que dicha variable fuera cuantificable y de acuerdo a la información aportada por el marco conceptual, se la desglosó en variables simples y estas a su vez asumieron diferentes categorías.

Estas variables simples son:

- Características físicas de los niños con Síndrome de Down.
- Características de crecimiento de los niños con Síndrome de Down.
- Sentidos alterados de los niños con Síndrome de Down.
- Capacidad de atención de los niños con Síndrome de Down.
- Capacidad de reacción de los niños con Síndrome de Down.
- Capacidad de aprendizaje de los niños con Síndrome de Down.
- Motricidad fina de los niños con Síndrome de Down.

- **Patologías asociadas al Síndrome de Down.**

El instrumento para la recolección de datos fue previamente codificado a fin de facilitar el análisis de los datos y como producto de esta codificación se obtuvieron datos los cuales permitieron medir las variables de manera cuantitativa. (ver anexo N° 4)

En el caso de las preguntas dirigidas a la caracterización de la población de maestros, éstas no necesitan que se les otorgue un valor a las respuestas, mientras que si se les otorgo valores a las dirigidas a conocer la información que poseen los maestros sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down.

VARIABLES

- o Ámbito de la institución en la que trabaja

Definición conceptual: forma de organización de la educación en el Uruguay.

Definición operativa: ámbito de la institución.

Clasificación de la variable: cualitativa nominal.

Categoría: público, privado

- o Sexo

Definición conceptual: condición orgánica, masculina o femenina.

Definición operativa: diferencia física constituida del hombre y la mujer.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: femenino, masculino

- o Edad

Definición conceptual: período de tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición operativa: años cumplidos al momento de realizar la entrevista.

Clasificación: cuantitativa discreta.

Categoría: años cumplidos.

Rangos:

23 – 32

33 – 42

43– 52

53- 62

≥ 63

- o Años de egreso de magisterio

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde la graduación de magisterio hasta la actualidad.

Definición operativa: años desde el egreso de magisterio hasta la actualidad.

Clasificación: cuantitativa discreta.

Categoría: años de egreso.

Rango:

1-4

5-9

10-14

15-19

20-24

25-29

30-39

40

o *Años de ejercicio como maestro*

Definición conceptual: años de ocupación retribuida como maestro.

Definición operativa: tiempo transcurrido desde que empezó a ejercer la profesión hasta el momento de la entrevista.

Clasificación: cuantitativa discreta.

Categoría: años de ejercicio.

Rango:

1-4

5-9

10-14

15-19

20-24

25-29

30- 39

≥ 40

Los rangos de las variables edad, años de egreso de magisterio y años de

ejercicio como maestro, fueron seleccionados teniendo en cuenta la edad promedio de egreso de magisterio, 23 años y la edad promedio de cese de actividad de los maestros, 65 años.

Estos datos nos fueron otorgados por un informante calificado integrante de la mesa de ATD local, Instituto normales, A.N.E.P.

o Experiencia con niños con Síndrome de Down

Definición conceptual: forma de conocimiento o habilidad, la cual puede provenir de la observación, de la vivencia o de otra circunstancia con niños con Síndrome de Down.

Definición operativa: información o habilidad que el maestro obtuvo por contacto o vivencia con niños con Síndrome de Down.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: No / Aula / Extracurricularmente.

o Información sobre características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down

Definición conceptual: Conjunto organizado de datos, que constituyen un mensaje sobre un cierto fenómeno o ente.

Definición operativa: conjunto de datos que el maestro a adquirido a lo largo de su vida sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: No presenta / presenta escasamente/ presenta medianamente/ presenta suficiente.

Codificación de la variable:

Aquellos maestros que obtengan entre 15 y 19 puntos en la encuesta se considerara que poseen suficiente información para abordar a los niños con Síndrome de Down en el aula.

Los que obtengan entre 10 y 14 puntos se considerara que están medianamente informados como para abordarlos en el aula.

Los que obtengan entre 5 y 9 puntos se considerara que presentan escasa información y lo que obtengan entre 0 y 4 puntos se considerara que no presentan información.

o Características físicas de los niños con Síndrome de Down.

Definición conceptual: conjunto de rasgos y caracteres físicos propios de los niños con Síndrome de Down.

Definición operacional: características físicas distinguibles en los niños con Síndrome de Down.

Clasificación: cualitativa nominal

Categoría:

Cráneo pequeño redondeado con occipucio plano.

Ojos inclinados hacia abajo y afuera.

Nariz pequeña con puente deprimido (nariz en silla de montar).

Lengua protruida, (hacia afuera)

Cuello corto y grueso.

Hipotonía muscular (abdomen prominente, hernia umbilical).

Surco simiesco (surco transverso en la palma de la mano)

Manos y pies anchos, cortos y rechonchos.

Codificación de la variable:

Identifica completamente las características físicas aquellos que en la pregunta obtuvieron 3 puntos, medianamente los que obtuvieron 2 puntos, escasamente los que obtuvieron 1 punto y no identifica los que obtuvieron 0 punto.

o Características de Crecimiento de los niños con Síndrome de Down.

Definición conceptual: Modificaciones en el tamaño del cuerpo o de sus distintas partes propias del niño Síndrome de Down.

Definición operacional: aumento de masa corporal, talla y crecimiento de todos los órganos y sistemas

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: peso reducido- talla aumentada / aumento de peso- reducción de talla / aumento de peso y de talla.

Codificación de la variable:

Los que reconocen la característica de crecimiento obtienen 3 puntos y los que no la reconocen 0 punto.

o *Sentidos alterados de los niños con Síndrome de Down.*

Definición conceptual: alteración de los mecanismos fisiológicos con los cuales cuenta el ser humano para poder percibir elementos o situaciones.

Definición operacional: cambio en el funcionamiento de los sentidos.

Clasificación: cualitativa nominal

Categoría: tacto, gusto, olfato, audición, visión.

Codificación de la variable:

Los que identifican correctamente los sentidos alterados obtienen 3 puntos, los que identifican medianamente obtienen 2 puntos y el que no identifica alguno 0 punto.

o *Capacidad de atención de los niños con Síndrome de Down*

Definición conceptual: Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concreta.

Definición operativa: capacidad del niño de estar atento y concentrado de manera diferente en una determinada actividad.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: si / no

Codificación de la variable:

Obtienen 1 punto si la respuesta es correcta y 0 punto si es incorrecta.

o Capacidad de reacción de los niños con Síndrome de Down.

Definición conceptual: capacidad de respuesta que cualquier ser vivo da frente a un estímulo que recibe.

Definición operativa: capacidad que presenta el niño para responder diferente a un estímulo.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: si /no

Codificación de la variable:

Obtienen 1 punto si la respuesta es correcta y 0 punto si es incorrecta.

o Capacidad de aprendizaje de los niños con Síndrome de Down.

Definición conceptual: capacidad de adquirir conocimiento a partir de la información que se percibe.

Definición operacional: capacidad del niño de aprender o adquirir nuevos conocimientos o actividades de la vida diaria de manera diferente.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: si / no.

Codificación de la variable:

Obtienen 1 punto si la respuesta es correcta y 0 punto si es incorrecta.

o Motricidad fina de los niños con Síndrome de Down.

Definición conceptual: aquellas actividades del niño que necesitan de una precisión y un elevado nivel de coordinación.

Definición operativa: movimientos realizados de manera diferente por una o varias partes del cuerpo, movimientos de mas precisión.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: si / no

Codificación de la variable:

Obtienen 1 punto si la respuesta es correcta y 0 punto si es incorrecta.

o Patologías asociadas al Síndrome de Down.

Definición conceptual: enfermedad que aparece frecuentemente en conjunto con el Síndrome de Down.

Definición operativa: patologías que se ven frecuentemente asociadas a los niños con Síndrome de Down.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: cardiopatías congénitas / visuales: miopía - estrabismo / auditivas / obesidad.

Codificación de la variable:

Identifican completamente las características físicas aquellos que en la pregunta obtuvieron 3 puntos, medianamente los que obtuvieron 2 puntos, escasamente los que obtuvieron 1 punto y no identifica alguna los que obtuvieron 0 punto.

o Integración total al aula

Definición conceptual: integración del niño con Síndrome de Down en el aula de manera psico, social, física y pedagógicamente.

Definición operativa: integración del niño con Síndrome de Down en el aula en todas sus áreas, sin excepciones.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: Psico, social, física y pedagógicamente/ Se espera que el niño este socialmente integrado / Que obtenga ganancias educativas sin ser integrado socialmente.

Codificación de la variable:

Los que reconocen la integración total en el aula obtienen 3 puntos y los que no la reconocen 0 punto.

o Integración de los niños con Síndrome de Down en las escuelas comunes

Definición conceptual: dictamen o juicio del maestro respecto a la integración de los niños con Síndrome de Down en las escuelas comunes pública y privada.

Definición operativa: opinión que presenta el maestro sobre la integración de los niños con Síndrome de Down en las escuelas comunes, en las mismas condiciones y en relación continúa con los niños sin esta discapacidad.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: si / no

o Realización de actividades educativas en el aula

Definición conceptual: realización de actividades dirigidas a la educación de los niños en promoción de salud.

Definición operativa: si realiza o no actividades de promoción de salud en el aula.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: si / no

o Percepción del maestro respecto a la integración de un equipo multidisciplinario para el abordaje de estos niños.

Definición conceptual: dictamen o juicio del maestro respecto a la integración de un equipo multidisciplinario para el abordaje de niños con Síndrome de Down.

Definición operativa: opinión que presenta el maestro respecto a la integración para la educación de estos niños, de otras disciplinas, que puedan potenciar y trabajar en conjunto para la mejor educación de los mismos.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: si / no

- o Percepción del maestro respecto a la Enfermera como miembro de un equipo multidisciplinario para el abordaje de estos niños.

Definición conceptual: dictamen o juicio del maestro respecto a la Enfermera como miembro de un equipo multidisciplinario para el abordaje de estos niños.

Definición operativa: opinión que presenta el maestro respecto a si la Enfermera debe formar parte de un equipo multidisciplinario para el abordaje de estos niños.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: si / no.

- o Medios por los cuales recibo la información.

Definición conceptual: medios a través de los cuales obtuvo la información el maestro.

Definición operativa: formas a través de las cuales el maestro se instruye sobre Síndrome de Down.

Clasificación: cualitativa nominal.

Categoría: curricular, cursos, talleres educativos brindados por especialistas en el tema, familiares o amigos de niños con Síndrome de Down, bibliografía de Síndrome de Down.

RESULTADOS

Tabla 1 - Distribución de maestros según ámbito de la institución.

Dependencia de la institución.	FA	FR%
Publica	34	85
Privada	6	15
TOTAL	40	100

Fuente: entrevistas realizadas a los maestros de escuelas comunes pública y privada de la ciudad de Montevideo.

Tabla 2 - Distribución según sexo de los maestros.

Sexo	FA	FR%
Masculino	2	5
Femenino	38	95
TOTAL	40	100

Tabla 3 - Distribución según edades de los maestros.

Edad	FA	FR%
23-32	10	25
33-42	11	27
43-52	12	30
53-62	6	15
63-72	1	3
TOTAL	40	100

Tabla 4- Distribución según años de egreso de magisterio de los maestros.

Años de egreso de magisterio	FA	FR%
1-4	6	15
5-9	4	10
10-14	7	17
15-19	4	10
20-24	5	12
25-29	8	20
30-34	4	10
35-40	2	6
TOTAL	40	100

Tabla 5 – Distribución según años de ejercicio como maestros

Años de ejercicio como maestro.	FA	FR%
1-4	7	17
5-9	6	15
10-14	4	10
15-19	7	17
20-24	4	10
25-29	6	15
30-34	5	12
35-40	1	4
TOTAL	40	100

Tabla 6 - Distribución según experiencia con niños con Síndrome de Down.

Experiencia cf niños con Síndrome de Down	FA	FR%
No presenta	21	52
Aula	13	33
Extracurricular	6	15
TOTAL	40	100

Tabla 7 - Distribución según relación entre años de ejercicio como maestro y experiencia con niños con Síndrome de Down.

Años de ejercicio/ Experiencia	Si	FR%	No	FR%	TOTAL	FR% TOTAL
1-4	3	43	4	57	7	100
5-9	4	67	2	33	6	100
10-14	2	50	2	50	4	100
15-19	3	43	4	57	7	100
20-24	1	25	3	75	4	100
25-29	3	50	3	50	6	100
30-34	2	40	3	60	5	100
35-40	1	100	0	0	1	100

Tabla 8 - Distribución según relación de ámbito de la Institución y experiencia con niños con Síndrome de Down.

Ámbito /Experiencia	SI	FR%	NO	FR%	TOTAL	FR% TOTAL
Ámbito público	14	41	20	59	34	100
Ámbito privado	5	83	1	17	6	100

Tabla 9 - Distribución según identificación de las características físicas de los niños con Síndrome de Down.

Identificación de características físicas	FA	FR%
Identifica completamente	2	5
Identifica medianamente	22	55
Identifica escasamente	16	40
No identifica	0	0
TOTAL	40	100

Tabla 10 – Distribución según identificación de las características de crecimiento de los niños con Síndrome de Down.

Características de crecimiento del niño con Síndrome de Down	FA	FR%
Identifica las características	32	80
No identifica las características.	8	20
TOTAL	40	100

Tabla 11 – Distribución según identificación de los sentidos alterados en los niños con Síndrome de Down

Sentidos alterados	FA	FR%
Identifica completamente	12	30
Identifica medianamente	16	40
No identifica alguna	12	30
TOTAL	40	100

Tabla 12 – Distribución según reconocimiento de la capacidad de atención de los niños con Síndrome de Down.

Capacidad de atención	FA	FR%
Reconoce la diferencia	35	87
No reconoce la diferencia	5	13
TOTAL	40	100

Tabla 13 – Distribución según reconocimiento de la capacidad de reacción de los niños con Síndrome de Down.

Capacidad de reacción	FA	FR%
Reconoce la diferencia	34	85
No reconoce la diferencia	6	15
TOTAL	40	100

Tabla 14 – Distribución según reconocimiento de la capacidad de aprendizaje de los niños con Síndrome de Down.

Capacidad de aprendizaje	FA	FR%
Reconoce la diferencia	37	92
No reconoce la diferencia	3	8
TOTAL	40	100

Tabla 15- Distribución según reconocimiento de la motricidad fina de los niños con Síndrome de Down

Motricidad fina	FA	FR%
Reconoce dificultad	29	72
No reconoce dificultad	11	28
TOTAL	40	100

Tabla 16 -- Distribución según identificación del maestro de las patologías asociadas al Síndrome de Down

Patologías asociadas	FA	FR%
Identifica completamente	7	17
Identifica medianamente	12	30
Identifica escasamente	19	48
No identifica alguna	2	5
TOTAL.	40	100

Tabla 17 - Distribución según información sobre características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down.

Información sobre características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down	FA	FR%
no presenta información	1	3
presenta escasa información	11	27
presenta información medianamente	26	65
presenta suficiente información	2	5
TOTAL.	40	100

Tabla 18 - Distribución según relación entre ámbito de la institución y presencia de información sobre características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down.

Ámbito/ Presencia de información	No presenta	FR%	Esc.	FR%	Med.	FR%	Suf.	FR%	TOTAL	FR% Total
Publico	1	3	8	23	23	68	2	6	34	100
Privado	0	0	3	50	3	50	0	0	6	100

Tabla 19 - Distribución según relación entre presencia de información y experiencia con niños con Síndrome de Down.

Experiencia / Presencia de Información.	SI	FR %	NO	FR%	TOTAL	FR% TOTAL
No tiene	0	0	1	100	1	100
Escasa	3	27	8	73	11	100
Medianamente	14	54	12	46	26	100
Suficiente	2	100	0	0	2	100

Tabla 20 - Distribución según medios por los cuales recibió la información

Medios por los cuales recibió la Información	FA	FR%
Curricular	0	0
Cursos	3	6
Talleres educativos	9	19
Familiares y/o amigos de personas con S. de Down	17	36
Bibliografía sobre Síndrome de Down	19	39
TOTAL	48	100

Tabla 21 - Distribución según reconocimiento de la integración total en el aula de los niños con Síndrome de Down.

Integración total en el aula	FA	FR%
Reconoce la integración total	27	68
No reconoce la integración total	13	32
TOTAL	40	100

Tabla 22 - Distribución según consideración de la integración de los niños con Síndrome de Down en las escuelas comunes

Integración en las escuelas comunes	FA	FR%
Consideran que si	24	60
Consideran que no	16	40
TOTAL	40	100

Tabla 23 - Distribución según relación entre edad y no consideración de la integración en las escuelas comunes.

Edad / no Integración en escuelas comunes	NO	FR%
23-32	2	12
33-42	4	25
43-52	7	44
53-62	2	12
63-72	1	7

Tabla 24 - Distribución según relación entre experiencia con niños con Síndrome de Down e integración en las escuelas comunes.

Experiencia/ Integración en escuelas comunes	Si	FR%	No	FR%	TOTAL	FR% Total
Presenta experiencia	15	79	4	21	19	100
No presenta experiencia	9	43	12	57	21	100

Tabla 25 – Distribución según realización de actividades educativas en promoción de salud en el aula.

Actividades educativas	FA	FR%
Realiza	38	95
No realiza	2	5
TOTAL	40	100

Tabla 26 – Distribución según consideración de trabajar en conjunto con un equipo multidisciplinario para el abordaje del niño con Síndrome de Down.

Integración de un equipo multidisciplinario	FA	FR%
Consideran que si	38	95
Consideran que no	2	5
TOTAL	40	100

Tabla 27 – Distribución según consideración de la Enfermera como miembro de un equipo multidisciplinario

La Enfermera como miembro de un equipo multidisciplinario	FA	FR%
Consideran que si	27	71
Consideran que no	11	29
TOTAL	38	100

ANALISIS

La muestra seleccionada fue de 40 maestros de escuelas públicas y privadas comunes de la ciudad de Montevideo, los cuales accedieron a la realización de la entrevista. El instrumento de recolección de datos fue un formulario con preguntas abiertas, de respuestas múltiples y cerradas, las cuales luego fueron codificadas. (ver anexo N° 5)

De la población de maestros entrevistados, el 85% perteneció al ámbito público y el 15% al ámbito privado de la ciudad de Montevideo. Siendo el 95% del sexo femenino y 5% del sexo masculino. (Ver tablas 1 y 2)

Las edades que predominaron fueron entre 43 - 52 años con un 30%, seguido con un 27% entre 33 - 42 años, mientras que la menor cantidad de maestros se encuentra entre 63 - 72 años con un 3%. (Ver tabla 3)

En cuanto a los años de egreso de magisterio, el mayor porcentaje de maestros, 20%, tiene entre 25 - 30 años de egreso, por lo cual ninguno tuvo acceso a la profesionalización en discapacitados ya que esta se realizó hasta el año 1984. (Ver tabla 4)

En el plan realizado en el año 1992 y en los siguientes planes se introduce una asignatura dirigida a la salud, "Educación para la Salud", pero esta no incluye como tema discapacidad; el 42% de los maestros entrevistados cursan a partir de este año. (ver anexo N° 6)

Haciendo referencia a los años de ejercicio como maestro, el mayor porcentaje, 17%, presenta entre 15 - 19 años y entre 1 - 4 años de ejercicio, y solo un 4% presenta entre 35 - 40 años de ejercicio. (Ver tabla 5)

Con respecto a la experiencia con niños con Síndrome de Down el 48% refiere haber tenido, el 33% la tuvo en el aula y 15% en el área extracurricular, estos datos demuestran que, aunque en bajos porcentajes, la inclusión de niños con Síndrome de Down se lleva a cabo en escuelas comunes. (Ver tabla 6)

Relacionando estas dos últimas variables, años de ejercicio como maestros y la experiencia con niños con Síndrome de Down, obtuvimos que del total de la

ANALISIS

La muestra seleccionada fue de 40 maestros de escuelas públicas y privadas comunes de la ciudad de Montevideo, los cuales accedieron a la realización de la entrevista. El instrumento de recolección de datos fue un formulario con preguntas abiertas, de respuestas múltiples y cerradas, las cuales luego fueron codificadas. (ver anexo N° 5)

De la población de maestros entrevistados, el 85% perteneció al ámbito público y el 15% al ámbito privado de la ciudad de Montevideo. Siendo el 95% del sexo femenino y 5% del sexo masculino. (Ver tablas 1 y 2)

Las edades que predominaron fueron entre 43 - 52 años con un 30%, seguido con un 27% entre 33 - 42 años, mientras que la menor cantidad de maestros se encuentra entre 63 - 72 años con un 3%. (Ver tabla 3)

En cuanto a los años de egreso de magisterio, el mayor porcentaje de maestros, 20%, tiene entre 25 - 30 años de egreso, por lo cual ninguno tuvo acceso a la profesionalización en discapacitados ya que esta se realizó hasta el año 1984. (Ver tabla 4)

En el plan realizado en el año 1992 y en los siguientes planes se introduce una asignatura dirigida a la salud, "Educación para la Salud", pero esta no incluye como tema discapacidad; el 42% de los maestros entrevistados cursan a partir de este año. (ver anexo N° 6)

Haciendo referencia a los años de ejercicio como maestro, el mayor porcentaje, 17%, presenta entre 15 - 19 años y entre 1 - 4 años de ejercicio, y solo un 4% presenta entre 35 - 40 años de ejercicio. (Ver tabla 5)

Con respecto a la experiencia con niños con Síndrome de Down el 48% refiere haber tenido, el 33% la tuvo en el aula y 15% en el área extracurricular, estos datos demuestran que, aunque en bajos porcentajes, la inclusión de niños con Síndrome de Down se lleva a cabo en escuelas comunes. (Ver tabla 6)

Relacionando estas dos últimas variables, años de ejercicio como maestros y la experiencia con niños con Síndrome de Down, obtuvimos que del total de la

muestra, en el rango de 5 - 9 años de ejercicio hay mayor concentración de maestros con experiencia con niños con Síndrome de Down y en el rango de 20 - 24 años de ejercicio se encuentra la mayor cantidad de maestros que no tienen experiencia con niños con Síndrome de Down. (Ver tabla 7)

En cuanto a la relación entre la variable experiencia con niños con Síndrome de Down y el ámbito donde trabajan los maestros, obtuvimos que en el ámbito privado a diferencia del ámbito público, el mayor porcentaje de maestros tuvo experiencia con niños con Síndrome de Down. (Ver tabla 8)

Para conocer la información que poseen los maestros sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down, analizamos 8 variables las cuales detallaremos a continuación.

En cuanto a las características físicas de los niños con Síndrome de Down, el 55% de los maestros las identificó medianamente y solo un 5% las identificó completamente. (Ver tabla 9)

El 80% identificó las características de crecimiento de estos niños. (Ver tabla 10)

Con respecto a la alteración de los sentidos que presentan estos niños, 40% reconoció la alteración medianamente, 30 % completamente y el mismo porcentaje no la reconoció, mientras que el 4% identificó sentidos que no presentan alteración. (Ver tabla 11)

Esto lo consideramos de gran importancia a la hora de educar, es preciso considerar el estado general de salud y la funcionalidad de los órganos de los sentidos, en particular la visión y audición; es evidente que su mal funcionamiento ha de repercutir muy negativamente en los procesos de entrada de la información.

Haciendo referencia al desarrollo de las capacidades de atención, reacción y aprendizaje, más del 80% de la población de maestros entrevistados, reconoció que estas capacidades son diferentes a la de los niños sin esta discapacidad. (Ver tablas 12, 13 y 14)

Otra variable analizada fue la alteración de la motricidad fina que presentan estos niños, la que el 72 % de la muestra reconoció. (Ver tabla 15)

Si se tienen en cuenta estas características, puede ajustarse la metodología educativa de acuerdo a sus necesidades y de esta manera los escolares con Síndrome de Down podrían aprender más y mejor. En el aula se debe tratar de compensar, estimular, activar o buscar alternativas que compensen estas dificultades.

En cuanto a las patologías que pueden presentarse asociadas al síndrome de Down, el 48% de los maestros las identificó escasamente y solo el 17% las identificó completamente. (Ver tabla 16) Sería fundamental que los maestros tuvieran información al respecto para poder en el ámbito escolar identificar signos y síntomas que lleven a estas patologías e informar oportunamente para su control y derivación a especialistas, además de poder educar a los niños sobre estas patologías, por ejemplo informando y fomentando la alimentación saludable la cual es un pilar fundamental en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. El 95% de los maestros manifestó que realiza actividades educativas en promoción de salud en el aula, dentro de las cuales se destacaron promoción de hábitos de higiene, higiene bucal, alimentación saludable, prevención de accidentes en el hogar y control pediátrico periódico. (Ver tabla 25)

De esta manera el maestro está contribuyendo no solo a una mejor integración en el aula, sino también a un buen control de salud y una mejor calidad de vida de estos niños.

El resultado de la suma de las 8 variables codificadas antes mencionadas, nos lleva a que el 65% de los maestros presentan medianamente información sobre características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down, para abordarlos en el aula, un 27% presenta escasa información y en cambio solo un 5% demostró presentar suficiente información. (Ver tabla 17)

Relacionando esto último con el ámbito al que pertenece la institución, en el ámbito privado un 50% presenta medianamente información y un 50%

presenta escasa, mientras que en el ámbito público un 68% presenta medianamente información y solo un 6 % presenta suficiente información.(Ver tabla 18)

Dentro de los maestros que presentan escasa información un 73% no presentó experiencia con niños con Síndrome de Down, mientras que un 27% si presento experiencia. De los maestros que presentan medianamente información un 54% refiere haber tenido experiencia y un 46% refiere no haberla tenido, mientras que de los que demostraron tener suficiente información para abordar al niño con Síndrome de Down en el aula, el 100% refirió haber tenido experiencia con estos. (Ver tabla 19)

El 100% de los maestros plantearon que recibieron la información acerca de Síndrome de Down en el ámbito extracurricular, el 39% por medio de bibliografía sobre el tema, el 36% por familiares y/o amigos de personas con Síndrome de Down; mientras que el menor porcentaje lo hicieron por cursos (6%) y talleres educativos (19%). (Ver tabla 20) Estos datos revelan que en la muestra seleccionada no existió formación brindada por magisterio quedando en manos del maestro su autoformación.

En cuanto a la consideración de los maestros con respecto a la integración total en el aula, el 68% reconoció la integración psico, social, física y pedagógicamente mientras que el 60% consideró la integración de los niños con Síndrome de Down en las escuelas comunes y un 40% no la consideró, argumentando que no están capacitados para abordarlos ya que no presentan la información suficiente para satisfacer sus necesidades y demandas de aprendizaje, además de existir una superpoblación en las aulas. (Ver tabla 21 y 22). De estos maestros que no consideraron la integración en las escuelas comunes, el 44% se encontró en el rango de edad entre 43 - 52 años. (Ver tabla 23). A su vez del total de la población de maestros un 57% que no considera la inclusión en las escuelas comunes, no ha tenido experiencia con niños con Síndrome de Down. (Ver tabla 24)

El 95% del total de la muestra, hizo referencia que para llevar a cabo la integración, es necesario que exista un equipo multidisciplinario y el 71% consideró que la Enfermera debe formar parte de este equipo, que tendría como finalidad reconocer y trabajar sobre las necesidades especiales de cada niño y brindar al maestro información sobre las características de estos niños y de esta manera lograr el abordaje integral en el aula. (Ver tablas 26 y 27)

Una integración de este tipo, total en las escuelas comunes, hace posible que el niño con Síndrome de Down sea un miembro más de la clase, con sus diferencias y semejanzas, favoreciendo no sólo a éstos niños sino también a los demás alumnos, quienes serán educados desde y en la diversidad, desde y en los valores sociales.

CONCLUSION

Del trabajo de investigación final, se concluye que se cumplió con los objetivos propuestos, ya que se identificó que información poseen los maestros de nuestra muestra sobre las características de crecimiento y desarrollo de los niños con Síndrome de Down.

Del análisis de los datos obtuvimos que la mayoría presenta medianamente información para abordar a los niños con Síndrome de Down en el aula, según los criterios del investigador, y esta información es extracurricular, ya que en el programa de magisterio actual (plan 2008) si bien hay una asignatura que trata temas de la salud, "Educación para la salud", esta no incluye temas sobre Discapacidades, una especialización opcional sobre esto esta incluida en el programa que comenzará a implementarse cuando la generación 2008 finalice lo curricular de la carrera. (ver anexo N° 6)

Con esto concluimos que es una necesidad sentida por los maestros que fueron entrevistados, recibir información sobre los niños con Síndrome de Down para poder abordarlos integralmente en el aula, ya que el maestro es un pilar fundamental en el proceso de formación del niño y necesita además de la preparación curricular conocimientos específicos.

En esto, el Enfermero comunitario puede desarrollar sus funciones, realizando educación para la salud y de acuerdo a las necesidades detectadas para el abordaje de estos niños en conjunto con el maestro, sensibilizar e informar sobre el Síndrome de Down, brindándoles conocimientos sobre sus características de crecimiento y desarrollo, sobre las patologías que pueden estar asociadas y sus signos y síntomas, de manera que el maestro posea herramientas para realizar un plan ajustado a las necesidades del niño, planificando los tiempos destinados al mismo y seleccionando los materiales didácticos y las formas de abordaje pertinentes. Ya que estos niños al tener dificultades en sus capacidades de atención y reacción y un ritmo de aprendizaje mas lento, necesitan un educador que comprenda estas

dificultades y tenga en cuenta la motivación como un elemento indispensable para el éxito, considerando que no solo se incluyen estos niños en las escuelas comunes para sociabilizar sino también para obtener ganancias educativas.

De esta manera se estará contribuyendo a la integración total del niño, de modo que pueda actuar con madurez y responsabilidad, desarrollar su autonomía personal y adquirir conocimientos y destrezas que les permitan integrarse al máximo en el grupo social y cultural al que pertenecen.

SUGERENCIAS

- Realizar un relevamiento de las personas con Síndrome de Down en el Uruguay y las que tienen acceso a la educación.
- Formación de profesionales capaces de brindar un cuidado integral a niños/as con Síndrome de Down: brindándoles conocimientos sobre el tema.
- Creación de un equipo multidisciplinario que trabaje en conjunto con diferentes asociaciones que aborden este tipo de capacidad diferente, pudiendo así retroalimentarse en conocimientos.
- Elaboración por parte del equipo multidisciplinario de estrategias que contengan acciones educativas dirigidas a los maestros para profundizar los conocimientos sobre el Síndrome de Down, y programar acciones en salud que favorezcan el abordaje y la integración plena en el aula de estos niños.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Alfonso Roca M.T. Álvarez-Dardet.C. "Enfermería Comunitaria I".
- ◆ Curso "Enfermería en rehabilitación en niños/as y adolescentes". Centro de postgrado./Facultad de Enfermería.
- ◆ Diccionario de las ciencias de la educación. Volumen II. Diagonal/ Santillana, S. A. 1993. Impreso en Madrid España.
- ◆ Ediciones científicas y tecnológicas.Masson-Salvat. Barcelona, 1992
- ◆ Elia B. Pineda – Eva Luz de Alvarado. Metodología de la investigación. Tercera edición. Organización Panamericana de la Salud 2008.
- ◆ J. Ferroler Mora. Diccionario Filosófico. Tomo II. Primera Edición 1994. Editorial Ariel, S. A. Barcelona.
- ◆ Luis Gasso. "El niño Down. Mitos y realidades". Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V. 1991. Cáp.4 pág. 29.
- ◆ Doma L.Wong- Lucille F. Luhaley, Manual clínico de enfermería pediátrica
- ◆ Plan de estudio 93
- ◆ Ramos Calero, E. "Enfermería Comunitaria. Métodos y técnicas". Ediciones DAE, Madrid, 2000.
- ◆ Paginas de Internet.
- ◆ <http://www.ama.org.mx>
- ◆ <http://www.derechos.org/nizkor>
- ◆ <http://www.inecuba.org/ciudadanos/temas/tema07/tema07.htm> Fecha: 18/08/09
- ◆ <http://www.parlaments.cat/>
- ◆ <http://www.corn21.com/edu/edu/areas/area/areas/areas.htm>
- ◆ <http://www.uva.edu.mx/~fca/fca/tesis/Micrografias%20y%20Fotomicrografiasurtaen.pdf>

ANEXOS

- **Anexo N° 1 Sistema educativo uruguayo.**
- **Anexo N° 2 Ley general de educación N° 18.437 y ley N° 16095 personas discapacitadas.**
- **Anexo N° 3 Instrumento de recolección de datos.**
- **Anexo N° 4. Valores otorgados para codificación de variables.**
- **Anexo N° 5 Libro de codificación de las variables.**
- **Anexo N° 6 Plan de estudio del 1992 y Plan de estudio del 2008**
- **Anexo N° 7 Inclusión educativa.**

ANEXO N° 1

EL sistema educativo uruguayo esta organizado en niveles¹:

Educación pública: escuelas urbanas integradas por: escuelas urbanas comunes, escuelas de practica, escuelas de tiempo completo, y escuela de contesto socio cultural critico.

Escuelas rurales: integradas por: escuelas rurales comunes e internados rurales.

Educación privada: los colegios privados se clasifican en colegios habilitados y autorizados, esto esta determinado por la institución que permita el funcionamiento de la institución. La habilitación es brindada por el consejo de educación primaria.

1. Educación preescolar
2. Educación primaria
3. Educación media: ciclo básico y segundo ciclo
4. Educación terciaria o superior

Educación preescolar o inicial:

Atiende la población infantil comprendida entre los 3 a 5 años inclusive, tiene el carácter de obligatoria para los niños de 5 años de edad.

Educación primaria:

Atiende a la población de 6 a 14 años en las modalidades de educación común, especial (atiende a los niños con capacidades diferentes) y rural. Es de carácter gratuito y obligatorio.

¹: <http://educacion.com.uy/>

Educación media:

Ciclo Básico: atiende a la población estudiantil egresada del ciclo de primaria, es común a todas las orientaciones y es de carácter obligatorio.

Segundo ciclo: Bachillerato diversificado y educación técnica: el primer grado del bachillerato se divide en 3 áreas básicas, biología, humanística y científica, las que se diversifican en 6 opciones en el segundo y último grado y es requisito para el ingreso a estudios terciarios.

Educación técnica: tiene distintas modalidades las que se extienden de 1 a 7 años. Se divide en 4 sectores, agrario, industrial, artístico artesanal y servicios.

Educación técnico profesional: a través de sus cursos mas avanzados habilita el ingreso a estudios universitarios y de formación docente.

Educación terciaria superior:

Este nivel se divide en terciario universitario y terciario no universitario.

Según decreto 308/995 aprobado el 11 de agosto de 1995.

Terciario Universitario: comprende la Universidad de la República (autónoma y gratuita), así como 5 universidades privadas.

Terciario no universitario: comprende a institutos de formación docente, centro de diseño industrial en la órbita del Ministerio de Educación y Cultura, Escuela Militar, Escuela Naval y Escuela Militar de Aeronáutica en la órbita del Ministerio de Defensa, Escuela Nacional de Policía en la órbita del Ministerio del Interior, e Institutos privados.

ANEXO Nº 2

Ley Nº 18.437 ²

LEY GENERAL DE EDUCACIÓN

APROBACIÓN

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO II

DE LOS PRINCIPIOS DE LA EDUCACIÓN

Artículo 6º. (De la universalidad).- Todos los habitantes de la República son titulares del derecho a la educación, sin distinción alguna.

El cuidado y educación de los hijos e hijas para que éstos alcancen su plena capacidad corporal, intelectual y social, es un deber y un derecho de los padres.

Artículo 7º. (De la obligatoriedad).- Es obligatoria la educación inicial para los niños y niñas de cuatro y cinco años de edad, la educación primaria y la educación media básica y superior. A tales efectos, se asegurará la extensión del tiempo pedagógico y la actividad curricular a los alumnos de educación primaria y media básica.

Los padres, madres, o responsables legales de niños, niñas y adolescentes, tienen la obligación de inscribirlos en un centro de enseñanza y observar su asistencia y aprendizaje.

Artículo 8º. (De la diversidad e inclusión educativa).- El Estado asegurará los derechos de aquellos colectivos minoritarios o en especial situación de

² <http://www.leyes.gub.uy/>

vulnerabilidad, con el fin de asegurar la igualdad de oportunidades en el pleno ejercicio del derecho a la educación y su efectiva inclusión social.

Para el efectivo cumplimiento del derecho a la educación, las propuestas educativas respetarán las capacidades diferentes y las características individuales de los educandos, de forma de alcanzar el pleno desarrollo de sus potencialidades.

Artículo 9º. (De la participación).- La participación es un principio fundamental de la educación, en tanto el educando debe ser sujeto activo en el proceso educativo para apropiarse en forma crítica, responsable y creativa de los saberes. Las metodologías que se apliquen deben favorecer la formación ciudadana y la autonomía de las personas.

Artículo 10. (De la libertad de enseñanza).- La libertad de enseñanza estará garantizada en todo el territorio nacional y tal como lo establece el artículo 68 de la Constitución de la República, la intervención del Estado será "al solo objeto de mantener la higiene, la moralidad, la seguridad y el orden públicos". Asimismo, promoverá la calidad y pertinencia de las propuestas educativas.

Artículo 11. (De la libertad de cátedra).- El docente, en su condición de profesional, es libre de planificar sus cursos realizando una selección responsable, crítica y fundamentada de los temas y las actividades educativas, respetando los objetivos y contenidos de los planes y programas de estudio.

Asimismo, los educandos tienen la libertad y el derecho a acceder a todas las fuentes de información y de cultura, y el docente el deber de ponerlas a su alcance.

TÍTULO II

SISTEMA NACIONAL DE EDUCACIÓN

CAPÍTULO II

LA EDUCACIÓN FORMAL

Artículo 21. (Concepto).- La educación formal estará organizada en niveles y modalidades que conforman las diferentes etapas del proceso educativo, que aseguran su unidad y facilitan la continuidad del mismo.

Artículo 22. (De la estructura).- La estructura de la educación formal comprenderá los siguientes niveles:

Descripción

0 Educación inicial: 3, 4 y 5 años de edad

1 Educación primaria

2 Educación media básica

3 Educación media superior

Incluye tres modalidades: educación general, educación tecnológica y formación técnica profesional

4 A) Educación terciaria

Incluye cursos técnicos no universitarios, tecnicaturas y educación tecnológica superior

B) Formación en educación con carácter universitario

C) Educación terciaria universitaria: Incluye carreras de grado

5 Educación de postgrado

Artículo 23. (De la movilidad de los estudiantes).- Los conocimientos o créditos correspondientes, adquiridos dentro de cualquiera de los niveles educativos, serán reconocidos o revalidados de forma de permitir la movilidad horizontal de los educandos.

Se facilitará la movilidad de los estudiantes entre las modalidades de los niveles 2, 3 y 4, reconociendo o revalidando los conocimientos adquiridos en cada una de ellas, con el propósito de crear un sistema de formaciones variado y no compartimentado.

Artículo 24. (De la educación inicial).- La educación inicial tendrá como cometido estimular el desarrollo afectivo, social, motriz e intelectual de los niños y niñas de tres, cuatro y cinco años. Se promoverá una educación integral que fomente la inclusión social del educando, así como el conocimiento de sí mismo, de su entorno familiar, de la comunidad y del mundo natural.

Artículo 25. (De la educación primaria).- La educación primaria tendrá el propósito de brindar los conocimientos básicos y desarrollar principalmente la comunicación y el razonamiento que permitan la convivencia responsable en la comunidad.

Artículo 26. (De la educación media básica).- La educación media básica abarcará el ciclo inmediato posterior a la educación primaria. Profundizará el desarrollo de las competencias y los conocimientos adquiridos y promoverá el dominio teórico-práctico de diferentes disciplinas que pueden ser, entre otras, artísticas, humanísticas, biológicas, científicas y tecnológicas.

Artículo 27. (De la educación media superior).- La educación media superior abarcará hasta tres años posteriores a la educación media básica, según las modalidades ofrecidas en el nivel y tendrá un mayor grado de orientación o especialización. Tendrá tres modalidades: la educación general que permitirá la continuidad en la educación terciaria (bachilleratos generales); la tecnológica que permitirá continuar estudios terciarios y la inserción laboral (bachilleratos tecnológicos); y la formación técnica y profesional que estará orientada

principalmente a la inserción laboral. La culminación de todas sus modalidades permitirá la continuidad educativa.

Artículo 28. (De la educación técnico profesional).- La educación técnico profesional estará dirigida a personas de quince años y más. Tendrá el propósito de la formación para el desempeño calificado de las profesiones y de técnicos medios y superiores vinculados a diferentes áreas ocupacionales; comprendiendo la formación profesional (básica y superior), técnica y tecnológica del nivel medio incluyendo a las tecnicaturas. Las propuestas de la educación técnico profesional deben permitir la continuidad educativa de los educandos. Los conocimientos o créditos adquiridos serán reconocidos o revalidados para continuar estudios en los niveles educativos que correspondan.

Artículo 29. (De la educación terciaria).- La educación terciaria requerirá la aprobación de los ciclos completos de educación primaria y media (básica y superior); profundiza y amplía la formación en alguna rama del conocimiento; incluye, entre otras, la educación tecnológica y técnica.

Artículo 30. (De la educación terciaria universitaria).- La educación terciaria universitaria será aquella cuya misión principal será la producción y reproducción del conocimiento en sus niveles superiores, integrando los procesos de enseñanza, investigación y extensión. Permitirá la obtención de títulos de grado y postgrado.

Artículo 31. (De la formación en educación).- La formación en educación se concebirá como enseñanza terciaria universitaria y abarcará la formación de maestros, maestros técnicos, profesores, profesores de educación física y educadores sociales, así como de otras formaciones que el Sistema Nacional de Educación requiera.

Artículo 32. (De la educación de postgrado).- Los postgrados universitarios corresponden a estudios realizados con posterioridad a la obtención de un primer grado universitario o licenciatura. Estos cursos pueden ser de especialización, diplomaturas, maestría o doctorado.

Artículo 33. (De las modalidades de la educación formal):- La educación formal contemplará aquellas particularidades, de carácter permanente o temporal, personal o contextual, a través de diferentes modalidades; entendidas como opciones organizativas o metodológicas, con el propósito de garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho a la educación. Se tendrá especial consideración a la educación en el medio rural, la educación de personas jóvenes y adultas y la educación de personas con discapacidades, promoviéndose la inclusión de éstas en los ámbitos de la educación formal, según las posibilidades de cada una, brindándoles los apoyos necesarios.

Artículo 34. (De la educación formal en el medio rural).- La educación formal en el medio rural tendrá por objetivo asegurar, como mínimo, la educación obligatoria de las personas, teniendo en cuenta las especificidades del medio en que se desarrolla.

Artículo 35. (De la educación formal de personas jóvenes y adultas).- La educación formal de jóvenes y adultos tendrá como objetivo asegurar, como mínimo, el cumplimiento de la educación obligatoria en las personas mayores de quince años.

Publicada D.O. 20 nov/989 - Nº 22989

Ley Nº 16.095³

PERSONAS DISCAPACITADAS

SE ESTABLECE UN SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPITULO VII

Educación

Artículo 33.- El Ministerio de Educación y Cultura facilitará y suministrará al discapacitado en forma permanente y sin límites de edad, en materia educativa, física, recreativa, cultural y social, los elementos o medios científicos, técnicos o pedagógicos necesarios para que desarrolle al máximo sus facultades intelectuales, artísticas, deportivas y sociales.

Artículo 34.- Los discapacitados deberán integrarse con los no discapacitados en los cursos curriculares, desde la educación preescolar en adelante, siempre que esta integración les sea beneficiosa en todos los aspectos.

Si fuera necesario se les brindará enseñanza especial complementaria en su establecimiento de enseñanza común, con los apoyos y complementos adecuados. En aquellos casos en que el tipo o grado de la discapacidad lo requiera, la enseñanza se impartirá en centros educativos especiales, por maestros especializados en la materia.

³ Ley Nº 16.095, publicada en el B.O. Nº 22.989, de 20 de noviembre de 1989.

Los programas se adaptarán a la situación particular de los discapacitados.

Artículo 35.- Los discapacitados se beneficiarán del derecho a la educación general, reeducación y formación profesional adecuada.

Artículo 36.- A los discapacitados cuya incapacidad de iniciar o concluir la fase de escolaridad obligatoria haya quedado debidamente comprobada, se les otorgará una capacitación que les permita obtener una ocupación adecuada a su vocación y posibilidades.

A estos efectos, las escuelas especiales contarán con talleres de habilitación ocupacional atendidos por profesores competentes y equipados en forma adecuada.

Artículo 37.- Se facilitará a todo discapacitado que haya aprobado la fase de instrucción obligatoria la posibilidad de continuar sus estudios.

Artículo 38.- El Ministerio de Educación y Cultura en todos los programas y niveles de capacitación promoverá la inclusión en los temarios de los cursos regulares la información y el estudio de la discapacidad en relación a la materia de que se trate y la importancia de la rehabilitación así como la necesidad de la prevención.

Artículo 39.- Se promoverá la sensibilización y la educación de la comunidad sobre el significado y la conducta adecuada ante las diferentes discapacidades, así como la necesidad de prevenir la discapacidad, a través de las distintas instituciones o cualquier agrupamiento humano organizado.

Artículo 40.- Los centros de recreación, deportivos o sociales, no podrán discriminar en el ingreso a las personas amparadas por la presente ley.

ANEXO N° 3

INFORMACION QUE POSEEN LOS MAESTROS SOBRE SINDROME DE DOWN.

IDENTIFICACION DEL FORMULARIO

- 1- N° de formulario
- 2- Fecha
- 3- Nombre del entrevistador
- 4- Iniciales del entrevistado

DATOS DEMOGRAFICOS

5- **Ámbito de la institución:**

6- **Sexo**

Masculino

Femenino

7- **Edad (en años)**

8- **Años de egreso de magisterio**

9- **Años de ejercicio**

10- **¿Ha tenido experiencia con niños con Síndrome de Down?**

No

Aula

Área extracurricular

14- ¿Tiene un niño con Síndrome de Down la misma capacidad de atención que un niño sin esta discapacidad?

Si No

15- ¿La capacidad de reacción de los niños con Síndrome de Down es igual que en un niño sin esta discapacidad?

Si No

16 - En cuanto a la capacidad de aprendizaje de los niños con Síndrome de Down, esta es igual a la de un niño sin esta discapacidad?

Si No

17 - Los niños con Síndrome de Down, ¿tiene dificultad para realizar actividades que precisan de la motricidad fina (por ejemplo: cepillado de dientes, sujetar utensilios de cocina (cubiertos), vestirse, sujetar un lápiz, sujetar tijeras, etc.)?

Si No

18 - ¿Cuáles de estas patologías pueden estar asociadas al Síndrome de Down?

Cardiopatía congénita

Visuales. Miopía , estrabismo

Auditiva

Obesidad

CONSIDERACIONES PERSONALES

19-Para que un niño con Síndrome de Down sea integrado totalmente en el aula común como debe ser integrado:

Psico, social, física y pedagógicamente.

Solo se espera que el niño este socialmente integrado.

Que obtenga ganancias educativas sin ser integrado socialmente.

20- ¿Considera que los niños con Síndrome de Down deben estar integrados en las escuelas comunes?

Si No

¿Porque?

21- ¿Realiza actividades educativas para promoción de salud en el aula?

Si No

Nómbrelas.

22- ¿Cree que se debería trabajar en conjunto con un equipo multidisciplinario para el abordaje de estos niños?

Si No

23- Si cree necesario la integración de un equipo multidisciplinario, ¿Considera a la Enfermera como miembro de este?

Si No

24. ¿Por que medios recibió la información que posee sobre Síndrome de Down?

- Curricular:
- Cursos
- Talleres educativos brindados por profesionales inmersos en el tema.
- Familiares y/o amigos de personas con síndrome de down
- Bibliografía sobre síndrome de down.

VALORES OTORGADOS PARA CODIFICACIÓN DE VARIABLES.

Esto se llevará a cabo de la siguiente manera:

En el caso de las preguntas dicotómicas, SI o NO, se otorgarán 1 punto si la respuesta es correcta y 0 punto si es incorrecta. Esto debido al grado de complejidad de las mismas, ya que consideramos que las preguntas de respuestas múltiples son más complejas que estas y otorgarles el mismo valor nos puede derivar a sesgos en la investigación.

En las preguntas de respuestas múltiples se procederá de la siguiente forma:

Pregunta N° 11: se otorgarán 3 puntos si marca las 8 opciones correctas, 2 puntos si marca de 4 a 7 de las correctas, 1 punto si marca de 1 a 3 de las opciones correctas y 0 punto si no identifica alguna.

Se considerará que identifica completamente aquellos que obtengan 3 puntos, medianamente los que obtengan 2 puntos, escasamente los que obtengan 1 punto y no identifica alguna si obtiene 0 punto.

Pregunta N° 12: se otorgarán 3 puntos si marca la opción correcta y 0 punto si marca alguna de las opciones incorrectas.

Pregunta N° 13 se otorgarán 3 puntos si marca las 2 opciones correctas, 2 puntos si marca 1 de las 2 correctas y 0 punto si no marca opciones correctas.

Se considerará que identifica completamente aquellos que obtengan 3 puntos, medianamente los que obtengan 2 puntos y no identifica alguna los que obtengan 0 punto.

Pregunta N° 18: se otorgarán 3 puntos si marca las 4 opciones correctas, 2 puntos si marca 3, 1 punto si marca 1 o 2 de las opciones correctas y 0 punto si no marca alguna.

Se considerará que identifica completamente aquellos que obtengan 3 puntos, medianamente los que obtengan 2 puntos, escasamente los que obtengan 1 punto y no identifica alguna los que obtengan 0 punto.

Los datos cuantitativos recabados serán analizados mediante estadística descriptiva por medio del resumen en tablas de FA, FR% y se representarán a través de gráficos.

Para los datos cualitativos que se obtengan de algunas de las preguntas realizadas en el formulario, se realizará un análisis descriptivo.

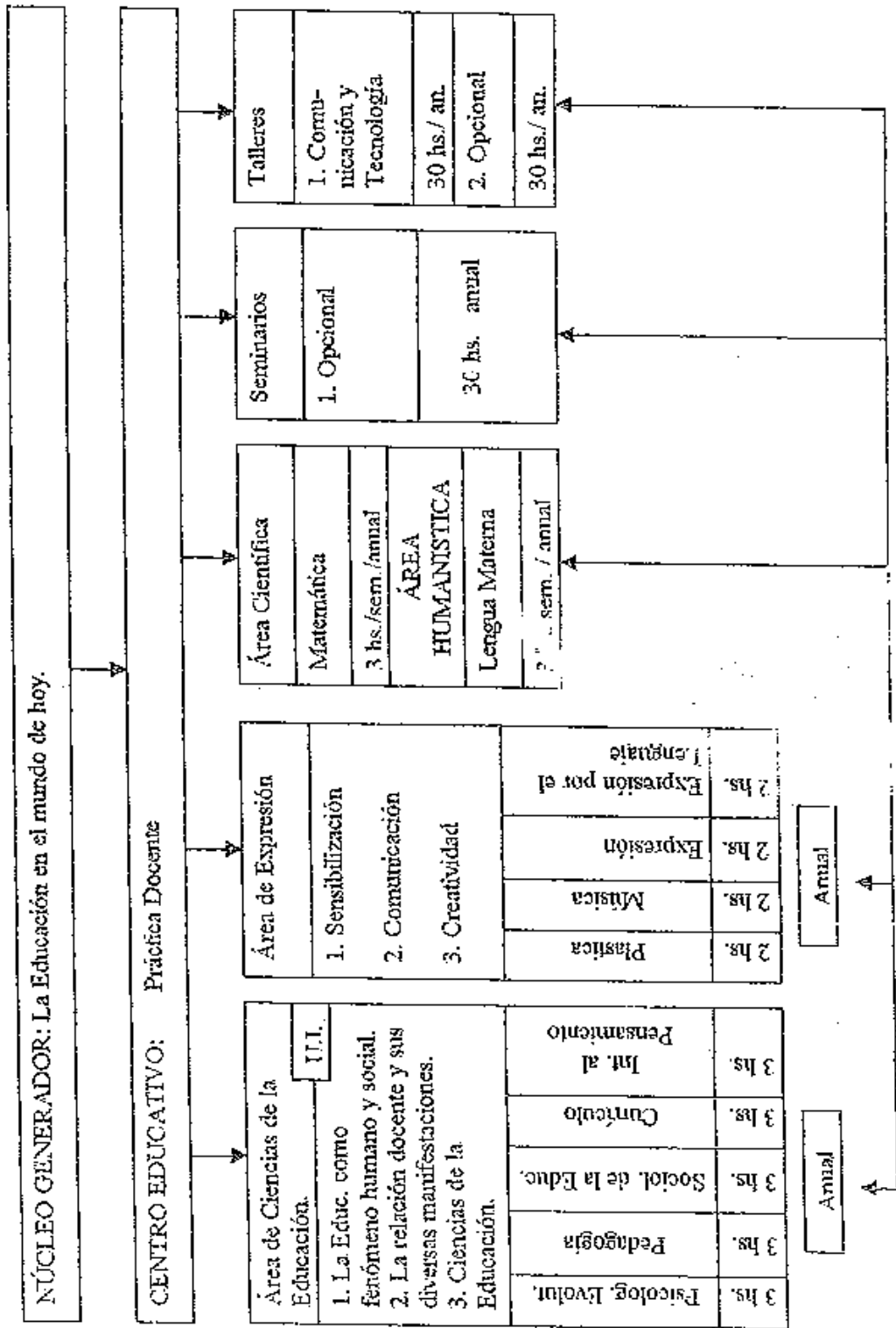
ANEXO N° 6

ADMINISTRACION NACIONAL DE EDUCACION PÚBLICA
CONSEJO DIRECTIVO CENTRAL

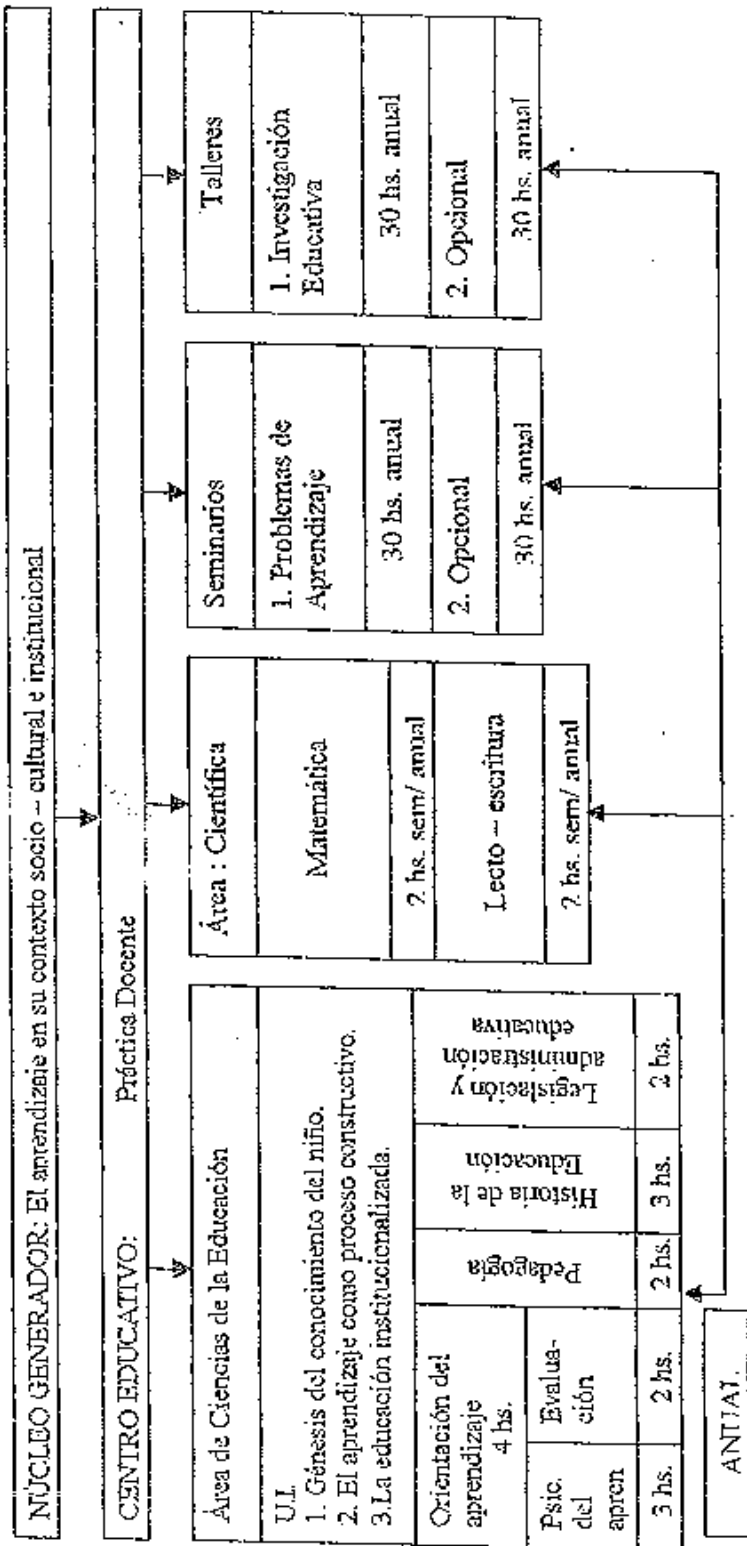
DIRECCION DE FORMACION Y PERFECCIONAMIENTO DOCENTE
PLAN DE FORMACION DE MAESTROS 1992

DICIEMBRE 1993

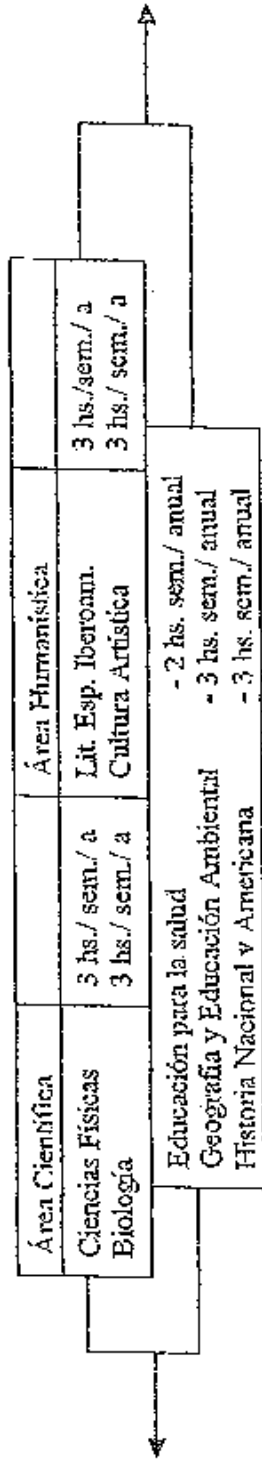
PLAN MAGISTERIAL 1992: MAESTRO DE EDUCACIÓN COMUN
 DISEÑO CURRICULAR
 1er. AÑO



2do. AÑO

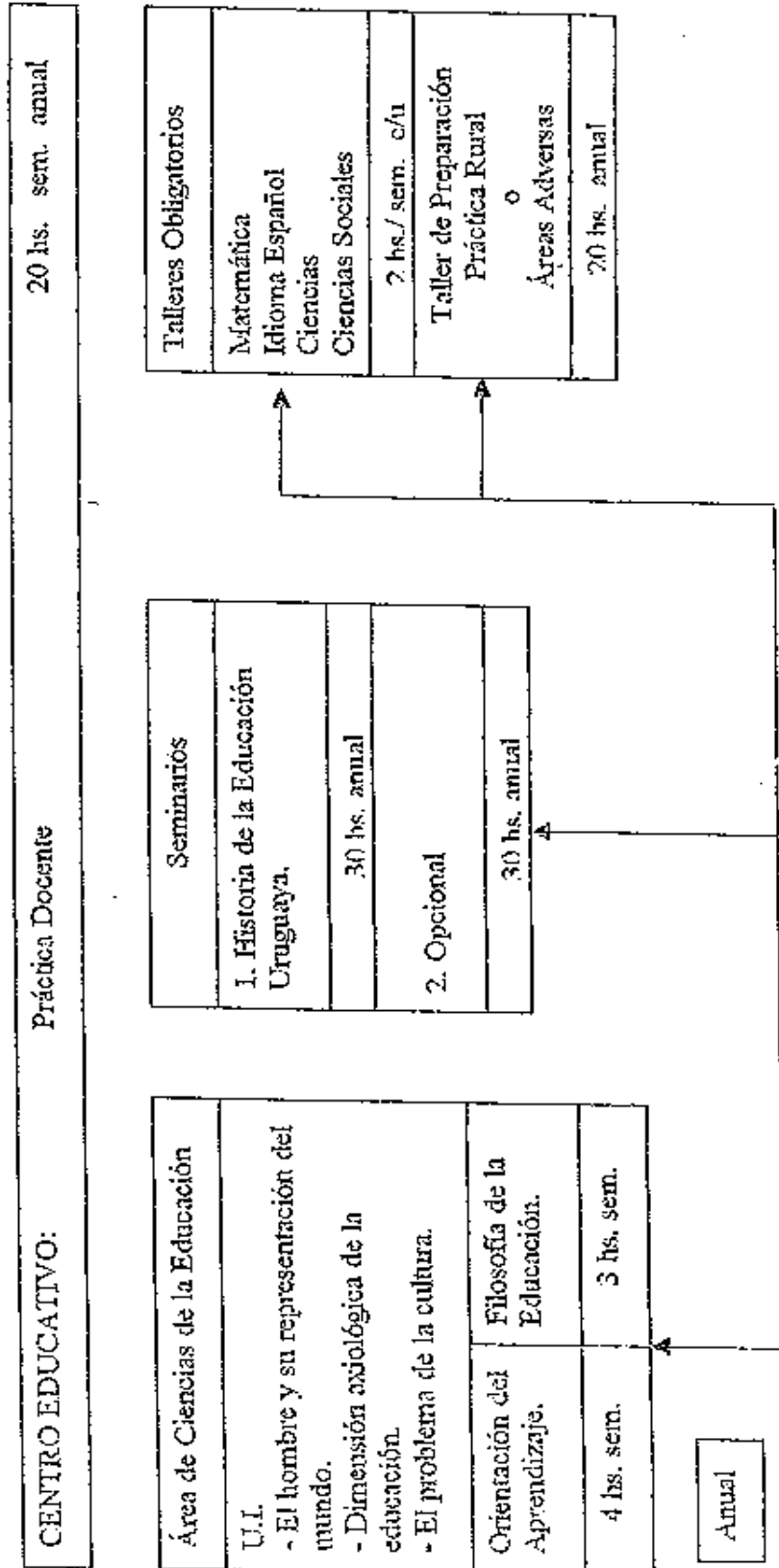


ASIGNATURAS DE EXTENSIÓN CURRICULAR



3er. AÑO

NÚCLEO GENERADOR: La educación como objeto de la reflexión filosófica



REFERENCIAS
U.I. = Unidad Integrada

Carga Horaria

1er. AÑO

ASIGNATURA	ANUAL
Pedagogía	3 h/sem.
Sociología de la Educación	3 h/sem.
Psicología Evolutiva	3 h/sem.
Curículo	3 h/sem.
Int. Al Pensamiento Científico	3 h/sem.
Lengua Materna	3 h/sem.
Matemática I	3 h/sem.
Expresión por la Plástica	2 h/sem.
Expresión Corporal	2 h/sem.
Expresión por el Lenguaje	2 h/sem.
Expresión por la Música	2 h/sem.

) En el segundo semestre los cursos del Área de Expresión se desarrollarán en forma prác en las Escuelas manteniendo la misma carga horaria a lo largo del año.

SEMINARIO _____ ANUAL
Obligatorio 30 h/sem.

TALLERES _____
Obligatorio: Comunicación y Tecnología. 30 h/sem.
Opcional: 1 (uno) 30 h/sem.

2do. AÑO

ASIGNATURA	ANUAL
Pedagogía	2 h/sem.
Psicología del Aprendizaje	3 h/sem.
Historia de la Educación	3 h/sem.
Legislación y administración educativa	2 h/sem.
Evaluación Educativa	2 h/sem.
Orientación del Aprendizaje	4 h/sem.
Matemática II	2 h/sem.
Lecto escritura	2 h/sem.
Práctica Docente	16 h/sem.

SEMINARIOS _____ ANUAL
Obligatorio: Problemas del Aprendizaje 30 hs.
Opcional: 1 (uno) 30 hs.

TALLERES _____
Obligatorio: Investigación Educativa 30 hs.
Opcional: 1 (uno) 30 hs.

3er. AÑO ORIENTACIÓN MAESTRO DE EDUCACIÓN COMÚN.

ASIGNATURAS _____ ANUAL

Filosofía de la Educación 3 h/sem.

Orientación del Aprendizaje 4 h/sem.

Práctica docente 20 h/sem.

SEMINARIOS _____ ANUAL

Obligatorio: Historia de la Escuela Uruguaya 30 h/sem.

Opcional: 1 (uno) 30 h/sem.

TALLERES _____

Obligatorios: Matemática 2 h/sem.

 Idioma Español 2 h/sem.

 Ciencias Sociales 2 h/sem.

 Ciencias 2 h/sem.

Opcional: Área Rural o Áreas adversas 20 hs.

3er. AÑO ORIENTACIÓN MAESTRO DE EDUCACIÓN INICIAL.

ASIGNATURAS ANUAL _____ SEMESTRAL

Psicología Evolutiva 2 hs.

Filosofía de la Educación 3 hs.

Pedagogía 2 hs.

Orientación del Aprendizaje 3 hs.

Expresión por la Plástica 2 hs.

Expresión Musical y Corporal 2 hs.

Expresión por el Lenguaje 2 hs.

Psicomotricidad 3 hs.

Biohigiene 3 hs.

Trabajo Social 2 hs.

Práctica Docente 20 hs.

SEMINARIOS _____ ANUAL

Obligatorio: Psicosociología del Juego 20 hs.

Opcional: 1 (uno) 20 hs.

TALLER _____

Obligatorio: Tecnología Educativa 30 hs.

ASIGNATURAS DE EXTENSIÓN CURRICULAR

A cursar en el transcurso de los tres años.

ÁREA CIENTÍFICA

ASIGNATURAS _____ ANUAL

Biología 3 h/sem.

Ciencias Físicas 3 h/sem.

ÁREA HUMANÍSTICA

ASIGNATURA	ANUAL
Cultura Artística	3 h/sem.
Literatura Española e Iberoamericana	3 h/sem.

PARA LAS DOS ÁREAS

ASIGNATURAS OBLIGATORIAS	ANUAL
Educación para la Salud	2 h/sem.
Geografía y Educación Ambiental	3 h/sem.
Historia Nacional y Americana	3 h/sem.

CARRERA: MAESTRO DE EDUCACIÓN COMUN
PLAN: 1992
CURSO: EXTENSIÓN CURRICULAR
ASIGNATURA: EDUCACIÓN PARA LA SALUD
MODALIDAD: ANUAL
CARGA HORARIA: 2 HORAS

INTRODUCCIÓN.

Las estrategias de este programa anual, se elaborarán a los efectos que el futuro docente esté capacitado para asumir con los suficientes conocimientos, uno de los aspectos de su perfil; procurando que los alumnos y la comunidad educativa logren una calidad de vida adecuada, desarrollándose en dos rubros A y B.

FUNDAMENTACIÓN.

El Ministerio de Salud Pública en el documento "Aspectos Preliminares de Doctrinas, Política y Estrategias", de 1985 señala que "El Derecho a la Salud no es más que el Derecho inalienable, inherente a la persona humana. Es con derecho que no se usufructúa ni se ejerce pasivamente como el derecho a la libertad o a la soberanía nacional, se construye y se conquista, su logro exige, la participación social, la contribución consciente y crítica de todos los miembros de la comunidad".

En ese proceso dinámico de construcción y conquista de la salud individual y colectiva, a la Educación le cabe un rol protagónico y en el Sistema Educativo Formal la escuela debe generar un espacio de aprendizaje y la internalización de conocimientos, actitudes y prácticas que coadyuven en la obtención de una mejor calidad de vida individual y social.

La salud integral –física, mental y verbal– del niño, es imprescindible para un aprendizaje real, es por ello que se vuelve una condición previa a la vez que uno de los fines del hecho educativo.

La Institución Educativa juega un rol preponderante en toda política, plan y estrategia sanitaria, abarcando toda la comunidad: Docentes – Alumnos – Personal Auxiliar – Padres – Vecinos – Instituciones – Barrio , en el fomento del AUTOCUIDADO, a nivel personal, y la AUTOGESTIÓN Y PARTICIPACIÓN ACTIVA, a nivel colectivo, objetivos máximos de la Educación para la Salud.

Esta área se encuadra en la actualidad, en un marco teórico – conceptual, ecológico, participativo ya que posee una alto grado de funcionalidad, derivando sus acciones de los PROBLEMAS CONCRETOS de cada realidad individual o comunitaria, buscando soluciones viables, favoreciendo el proceso de conocimiento de cada contexto y la toma de decisiones locales, apropiadas, congruentes del trabajo conjunto de todos los actores sociales implicados.

OBJETIVOS

Propiciar la incorporación del concepto de salud como un valor y un bien social.

Motivar al estudiante para actuar como promotor de salud en su ámbito de acción.

Aportar estrategias metodológicas prácticas viables, para promover en el aula y en la comunidad cambios favorables en los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas que incidan en la salud.

Marco Teórico Conceptual.

Conceptos básicos de Salud y Educación para la Salud – Evolución Histórica.

El hombre como unidad bio – psico – social en interacción constante con el ambiente.

Componentes del nivel salud. Factores que intervienen en el mismo, a nivel individual y colectivo.

Atención primaria de salud como una estrategia viable sustentada en: la participación activa de la comunidad, la coordinación intersectorial y la promoción de salud:

Promoción.

Protección: prevención primaria.

Recuperación: Prevención secundaria.

Rehabilitación: Prevención terciaria.

CONTENIDOS

UNIDAD TEMÁTICA I

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CONTEXTO NACIONAL Y LOCAL.

En la Educación Formal.

Funciones de la Escuela

Rol del Maestro como promotor de Salud.

Abordaje programático, ocasional o contextual con un encuadre metodológico participativo.

Procedimientos técnicos y recursos a utilizar teniendo en cuenta la realidad sociocultural.

Educación No Formal.

Instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales (O.N.G) y medios masivos de comunicación.

Educación Informal.

La familia y grupos sociales: su incidencia en la salud individual y colectiva.

Servicios y recursos educativos sanitarios existentes a nivel nacional, departamental y comunitario: prestaciones que brindan: Relevamiento y mapeo,

Coordinación y trabajo integrado.

Difusión a la comunidad para su oportuna

utilización.

UNIDAD TEMÁTICA II

ACCIONES ESPECÍFICAS.

La salud materno infantil.

Importancia de la detección precoz y cuidado del embarazo, parto y puerperio.

Características y cuidados del recién nacido.

Vacunación.

Control médico periódico del niño sano.

Necesidades afectivas en el niño.

Estimulación temprana.

El ingreso a la Educación Formal, su integración.

Enfermedades propias de la infancia.

Prevención de accidentes. Primeros auxilios.

Salud bucal y su control.

Nutrición.

Principales problemas sanitarios a nivel nacional y local.

Conocimiento epidemiológico de la realidad.

Prevención de hábitos tóxicos: alcoholismo, tabaquismo, drogadicción.

Situación a nivel individual y colectiva. Problemas propios de la niñez y adolescencia.

Marco teórico conceptual.

Se apoya en las reflexiones establecidas en el Programa de Educación de la Sexualidad.

Objetivos específicos.

Que el docente valore la Educación de la Sexualidad como un elemento primario de la salud del ser.

Estimar la Educación de la Sexualidad como formación integral de los educados, contribuyendo a la construcción de su propia identidad.

Promover la comunicación de la sexualidad humana en el contexto familiar y social donde se desarrolla la vida del educando.

Obtener información científica actualizada y un modelo metodológico alternativo, para su enfoque multi interdisciplinario de la sexualidad humana.

UNIDAD TEMÁTICA III.

Educación de la sexualidad: concepto y filosofía.

Sexualidad y proceso de socialización: los roles y papeles sexuales. Agentes socializadores. Familia y Centro Educativo.

Aspectos éticos de la sexualidad humana.

Desarrollo psico – sexual en la infancia y adolescencia.

Identidad sexual.

Estructuración de la personalidad.

Componentes biológicos – Anatomía

– Fisiología

Aspecto neuroendocrinológico.

La educación de la sexualidad como elemento de promoción de la salud.

Salud y sexualidad. Problemas de salud sexual y reproductiva, su prevención. Enfermedades de transmisión sexual: SIDA.

La educación de la sexualidad en el sistema educativo formal.

SUGERENCIAS.

Dada la amplitud temática, el docente deberá jerarquizarla de acuerdo a la realidad y problemática del área geográfica y las necesidades del momento.

Es importante tener en cuenta los recursos técnicos existentes en la comunidad que puedan apoyar y colaborar en el desarrollo del Seminario Taller.

CARRERA: MAESTRO DE EDUCACIÓN INICIAL

PLAN: 1992

ASIGNATURA: BIOHIGIENE

MODALIDAD: ANUAL

CARGA HORARIA: 3 HORAS

HERENCIA Y AMBIENTE.

Desarrollo prenatal y sus períodos. Desarrollo posnatal. Factores que regulan el desarrollo.

Enfermedades que lo afectan: 1) Desarrollo pseudo statural.

2) Genética humana.

3) Desarrollo anormal.

4) Diferencias sexuales normales y patológicas.

NUTRICION Y DESNUTRICIÓN DEL LACTANTE Y DEL PRE-ESCOLAR.

ALTERACIONES NEUROPSIQUICAS EN EL PRE-ESCOLAR.

Patología neurológica en lactante y pre-escolar.

Convulsiones.

Faconatosis neurocutaneas.

Patología psiquiátrica en el lactante y pre-escolar.

Causas: Enfermedades mentales.

EPIDEMIOLOGIA Y PROFILAXIS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

Enfermedades infecciosas. Sífilis. Escarlatina. Sarampión. Rubéola. Varicela.

Poliomelitis.

Enfermedades parasitarias en la infancia. Chagas. Sarna. Pediculosis.

Inmunidad.

V) NIÑO MALTRATADO, ACCIDENTES COMUNES EN LA INFANCIA Y PRIMEROS AUXILIOS.

ADMINISTRACION NACIONAL DE EDUCACION PÚBLICA

CONSEJO DIRECTIVO CENTRAL

DIRECCION DE FORMACION Y PERFECCIONAMIENTO DOCENTE

PLAN DE FORMACION DE MAESTROS 2008

2008

SISTEMA NACIONAL DE FORMACIÓN DOCENTE 2008
DOCUMENTO FINAL

1. Diseño Curricular

1er. Año		2do. Año		3er. Año		4to. Año	
Asignatura	H	Asignatura	H	Asignatura	H	Asignatura	H
Práctica Docente y Pasantía de Observación (40HA)	1	Práctica Docente (Intercención) II	2	Práctica Docente (Intervención) III	2	Práctica Docente (Intervención) IV	6
		Didáctica I	3	Didáctica II		Análisis Pedagógico de la PD (T)	3
		Matemática II	3	CC.NN.			
		Lengua II	3	CC.SS.			
Historia	4			Talleres de Profundización Teórica y Apoyo a la Práctica Docente (30HA): Lengua-Matemática-Geografía-Biología-Físico Químico-Historia		Talleres de Profundización Teórica y Apoyo a la Práctica Docente (30HA): Lengua-Matemática-Geografía-Biología-Físico Químico-Historia	3
Geografía	4						
Lengua	4						
Físico -Química	4	Biología	4				
Matemática I	4					Literatura	2
Educación Artística: Lenguajes Artísticos	2	Educación Artística I: Visual Y Plástica	3	Educación Artística II: *Corporal			
				Musical			
Historia de la Formación Docente (30ha)	1			Psicomotricidad (30ha)		Opcional (30ha)	1
						Higiene y Educación para la Salud (30ha)	1
				Producción Intelectual y Estilos de Comunicación (30ha)		Educación Rural (30ha)	1
						Ed. en Contextos Diversos (30ha)	1
Total	23	Total	19	Total	19	Total	22

ANEXO N° 7
Inclusión Educativa

Marco Normativo

- 1 Circular N° 13/2000 acta N° 17 Resolución 40.
- 2 Comunicado emanado de la Inspección Nacional de Educación Especial.

Alumno Integrado: es el que posee diagnóstico de alguna discapacidad que se encuentra matriculado en la educación común. Desarrolla su proceso educativo dentro del sistema regular en forma total o parcial y éste le brinda la posibilidad de aprender y desarrollarse en ámbitos escolares no segregados.

Podrá recurrir apoyos facilitadores de la integración tales como: maestros de apoyo, maestra de apoyo itinerante, escuela especial como individualizada y cualitativa, tarea conjunta con padres, participación de equipos pedagógicos y otras técnicas, etc.

Todos sabemos que la sociedad excluye a muchas personas por distintos motivos, pero lo penar de todo es que la educación en lugar de ser un instrumento para mejorar la sociedad, se convierte en un instrumento reproductor de esta, acentuando las situaciones de desventaja con los numerosos niños que llegan a la escuela.

La integración surge por la preocupación de transformar al sistema educativo en un verdadero instrumento de integración social.

Difícilmente se puedan aceptar las diferencias si no se convive con ellas.

Equidad: igualdad de acceso y de derecho a recibir una educación de calidad que obtenga logros educativos dando respuesta a la diversidad.

Integración educativa

Es la consecuencia del principio de normalización, es decir, el derecho de las personas con discapacidades a participar en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo que necesitan.

Necesidades especiales: "Alumnos cuyas necesidades derivan de sus

capacidades o sus dificultades de aprendizaje y que requieren por lo tanto de una atención especial y mejores recursos educativos que el resto de sus compañeros”

Escuela Integradora: centro fermental del desarrollo de las manifestaciones vitales, de la singularidad, de la autonomía, criticidad e identidad personal de los niños.

Es un espacio de experiencias relacionadas en las que los polos: diferencia – semejanza, individuo – grupo, capacidad – discapacidad, no pueden ser abordados desde su segmentación sino desde la realidad de su articulación social, centreamo la acción pedagógica mas que en las categorizaciones diferenciales. Esta escuela integradora educará a todos respetando y valorando las diferencias.

Modelos de intervención

- Escuela Especial: especifica a una discapacidad, compartiendo actividades no curriculares en ámbitos comunes.
- Doble Escolaridad en escuela especial y escuela común.
- En Escuela Común, horario parcial en Aula de Recursos con maestro especial.
- En el Aula regular con apoyo de: maestros de apoyo y maestros de apoyo itinerante.
- Escuela Especial como CENTRO DE RECURSOS que apoyará a los docentes que atienden y respetan con su propuesta integradora a la diversidad de potencialidades que componen su clase dentro de la escuela común.

Perfil docente del maestro de apoyo y/o apoyo itinerante.

5. Efectivo.
6. Especializado.
7. Voluntario.
8. Excelente relaciones humanas.
9. Convicción integracionista.
10. Formado en educación en la

Rol docente

1. Apoyo a la institución escolar:
2. Detección de alumnos con N.E.E. (Necesidades educativas especiales)
3. Sensibilizar e informar a todo el personal de la escuela sobre la atención de niños con N.E.E. en modalidades integradoras – inclusoras.
4. Coordinación de estrategias de atención con todos los profesionales que inciden sobre la atención del niño.
5. Planificación de los tiempos destinados a los diferentes abordajes.
6. Elaboración y/o selección de materiales didácticos pertinentes a cada caso.
7. Intervención protagónica en el trabajo con padres.
8. Apoyo al niño con N.E.E. y al Maestro de clase:
9. Atención directa a los niños integrados con N.E.E.
10. Realización de evaluaciones pedagógicas pertinentes con elaboración del respectivo informe escrito.
11. Coparticipar en la diversificación curricular que se propondrá.
12. Adaptación de acceso al currículo.
13. Codefinir objetivos y expectativas ajustadas a cada caso-
14. Seleccionar conjuntamente con el maestro de clase los contenidos a abordar priorizando los más relevantes y los que tiendan al logro de los objetivos propuestos.
15. Colaboración en la planificación general del grupo contemplando las N.E.E.
16. Establecer estrategias conjuntas con el maestro integrador sobre la mecánica de la clase.
17. Programación del seguimiento.
18. Apoyo a la tarea con padres:
19. Informar, orientar y planificar actividades educativas conjuntas.
20. Compartir información sobre evolución del niño en la escuela y el hogar.
21. apoyo a la comunidad:
22. sensibilizar, informar y formar a padres y colegas sobre la atención de niños con N.E.E. en modalidades integradoras inclusoras.
23. Utilizar recursos de la comunidad para la atención de las necesidades asistenciales y educativas de los niños.

24. Fomentar servicios inexistentes en la zona de apoyo a la educación de los escolares.

Características generales que debe tener el niño y su entorno

1. Poseer un nivel aceptable de funcionalidad social en el grupo.
2. Tener un nivel mínimo atencional de cierto programa que le permita encarar por momentos aprovechables la tarea propuesta.
3. Tener control de esfínter o de lo contrario en forma institucional – familiar una atención en éste aspecto.
4. Poseer nivel mínimo de algún tipo de comunicación que le permita expresar sus necesidades e intereses.
5. Nivel de desplazamiento autónomo o con la ayuda técnica correspondiente.
6. Compromiso de la familia de cumplimiento de las pautas de apoyo a la integración establecido previamente.
7. Coordinaciones previas entre centro educativo y establecimiento de compromiso mutuo.
8. Asegurar el seguimiento del caso por parte del maestro director de la escuela común y de las otras ayudas con que se cuenten. (maestros de apoyo; maestros de apoyo itinerante; escuela especial como centro de recursos; otras técnicas pertinentes a la atención específica.)
9. Eliminar barreras de acceso en todos los rubros.

Características generales que enmarcan un proceso de integración de niños con N.E.E. al currículum común.

1. La integración debe partir de la opinión de un equipo Maestro, Maestro especial; Maestro director de la escuela común y escuela especial, y otros técnicos si se cuenta con ellos.
2. No se inscribirá un alumno solamente por su integración social, este deberá obtener además ganancias educativas.

Prioridades en la atención de niños por parte del maestro de apoyo.

1. Alumnos con discapacidad diagnosticada incluidos al sistema regular.
2. Alumnos de primer año.
3. Alumnos de educación inicial.

ESCUELA SELECTIVA VALORA:

1. Las capacidades.
2. Los agrupamientos homogéneos.
3. La competitividad.
4. El individualismo.
5. Los modelos cerrados.
6. Los modelos tecnicistas.
7. Los contenidos académicos como medios para desarrollar habilidades y destrezas.

ESCUELA INTEGRADORA VALORA:

1. Los procesos.
2. Los agrupamientos heterogéneos.
3. La cooperación.
4. El aprendizaje solidario.
5. Los proyectos educativos.
6. Los modelos holísticos.
7. Los contenidos culturales y especiales como instrumentos para adquirir y desarrollar estrategias que les permitan resolver a los niños problemas de la vida cotidiana.