



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON SÍNDROME
DE DOWN. UNIDAD EDUCATIVA MELVIN JONES - LA LIBERTAD 2017**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

AUTOR(ES)

PARRALES SUÁREZ ZULEMA JAZMIN

REYES VERA GIANELLA ALEXANDRA

TUTORA

LIC. DÍAZ AMADOR YANEDSY, MSc.

PERÍODO ACADÉMICO

2017 – 2018

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA

Yo, LAÍNEZ QUINDE AMARILIS, en mi calidad de MAGISTER EN DISEÑO Y EVALUACIÓN DE MODELOS EDUCATIVOS, por medio de la presente tengo a bien indicar que he procedido hacer la revisión de sintaxis y ortografía del presente trabajo de investigación con el tema: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN. UNIDAD EDUCATIVA MELVIN JONES - LA LIBERTAD 2017, previo a la obtención del título de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, elaborado por las señoritas PARRALES SUÁREZ ZULEMA JAZMIN y REYES VERA GIANELLA ALEXANDRA, estudiantes de la CARRERA DE ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD. UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA. Certifico que está redactada con el correcto manejo del lenguaje, claridad en la expresión, coherencia en los conceptos e interpretaciones, adecuado empleo de la sinonimia. Además de haber sido escrita de acuerdo a las normas ortográficas y sintaxis vigentes.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente como estime conveniente.

La Libertad, 2018



LIC. AMARILIS LAÍNEZ QUINDE, MSc.

C.I. 0916928393

MAGISTER EN DISEÑO Y EVALUACIÓN DE MODELOS EDUCATIVOS

Nº DE REGISTRO SENESCYT 1050-12-86029478

TRIBUNAL DE GRADO

La Libertad, 2018

APROBACIÓN DE TUTOR

Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, MSc.
**DECANO DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

Lic. Sonnia Santos Holguín, MSc.
**DIRECTORA DE LA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Lic. Isoled Herrera Pineda, PhD.
PROFESORA DE ÁREA

Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc.
TUTORA

Atentamente,

Ab. Lidia Villamar Moran, Mgt.
SECRETARÍA GENERAL

La Libertad, 2018

APROBACIÓN DE TUTOR

En mi calidad de Tutor/a del trabajo de investigación: Intervención de enfermería en el cuidado del niño con Síndrome de Down. Unidad Educativa Melvin Jones - La Libertad 2017, elaborado por las señoritas PARRALES SUÁREZ ZULEMA JAZMIN y REYES VERA GIANELLA ALEXANDRA, estudiantes de la CARRERA DE ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD. UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente.

Lic. Díaz Amador Yanedsy, MSc.

TUTORA

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de investigación es el resultado del esfuerzo conjunto que formamos a lo largo de este tiempo, por tal razón agradecemos infinitamente a Dios por darnos la sabiduría y guiarnos en el transcurso de nuestra carrera universitaria en donde obtuvimos conocimientos, experiencias que nos servirán en la vida profesional.

A la Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc. Tutora de nuestro trabajo de investigación, que con su dedicación, paciencia y conocimientos científicos supo guiarnos para que este trabajo sea culminado de manera satisfactoria; más que tutora fue amiga que con sus ánimos nos permitió continuar acertadamente en cada paso que dimos en todo este proceso.

A la Unidad Educativa Melvin Jones por abrirnos las puertas y permitirnos trabajar con este afectivo grupo de niños/as con Síndrome de Down, a cada una de las docentes y terapistas por incluirnos diariamente en sus planificaciones educativas.

Finalmente, darle gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en el trayecto de la ejecución de este trabajo de investigación.

Parrales Suárez Zulema

Reyes Vera Gianella

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA	i
TRIBUNAL DE GRADO	¡Error! Marcador no definido.
APROBACIÓN DE TUTOR	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE GENERAL.....	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
1. Planteamiento del problema	3
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Enunciado del problema.....	4
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos	6
1.5. Viabilidad y factibilidad.....	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco teórico	7
2.1. Marco Institucional	7
2.1.1. Marco Legal	7
2.1.1.1. Constitución Política de la República del Ecuador 2008.....	7
2.1.1.2. Código de la Niñez y Adolescencia	10
2.1.2. Organigrama.....	11
2.2. Marco Contextual.....	12
2.2.1. Antecedentes Investigativos	12
2.2.2. Fundamentación Científica.....	12
2.2.2.1. Concepto de Síndrome de Down.....	12
2.2.2.2. Historia	13
2.2.2.3. Etiología.....	14
2.2.2.4. Manifestaciones Clínicas.....	14
2.2.2.5. Diagnóstico	14
2.2.2.6. Tipología	17
2.2.2.7. Cuidados en el hogar del niño con Síndrome de Down.....	18

2.2.2.8.	Tratamiento.....	20
2.2.2.9.	Riesgo de Recurrencia	22
2.2.2.10.	Patologías relacionadas al Síndrome de Down	23
2.2.2.11.	Entorno familiar	25
2.2.2.12.	Sentimientos usuales de padres	26
2.2.2.13.	La educación del niño con Síndrome de Down e Implicación de padres y educadores en el desarrollo de las habilidades sociales, autonomía personal y la autorregulación.....	28
2.2.3.	Fundamentación de Enfermería	29
2.2.3.1.	Jean Watson “Teoría del Cuidado Humano”.	29
2.2.3.2.	Modelo de Virginia Henderson “14 Necesidades Básicas”.....	30
2.2.4.	Definición de términos utilizados en el desarrollo de la investigación.....	31
2.3.	Hipótesis, Variables y Operacionalización	33
2.3.1.	Hipótesis.....	33
2.3.2.	Asociación empírica de variables.....	33
2.3.3.	Operacionalización de variables.....	34
CAPÍTULO III.....		36
3. Diseño Metodológico		36
3.1. Tipo de Estudio		36
3.2. Universo y Muestra		37
3.3. Técnicas e instrumentos		37
3.3.1. Observación Participativa y la implementación del proceso de atención de enfermería		37
3.3.2. Encuesta		38
3.3.3. Planes de cuidados.		39
CAPITULO IV		43
4.1. Análisis e Interpretación de resultado.....		43
4.2. Conclusiones		48
4.3. Recomendaciones.....		49
BIBLIOGRAFÍA.....		51
APÉNDICES Y ANEXOS		

INTRODUCCIÓN

Según, Manassero, G., (2016). En la Guía de Práctica Clínica, señala que el Síndrome de Down (SD) es una alteración cromosómica numérica, que origina retardo mental y otros trastornos del desarrollo causado por la presencia de una dosis extra de genes que se encuentran en el cromosoma 21. En efecto estas personas poseen un nivel de discapacidad de menor a mayor grado de complejidad, dado que la influencia de la familia juega un papel fundamental donde se logren desarrollar actividades cognitivas, psicológicas, sociales y emocionales que influirán en el desarrollo infantil.

De acuerdo a lo planteado por la Organización de Naciones Unidas, (2017), en el mundo el Síndrome de Down se da 1 de cada 1.100 recién nacidos. Estas personas suelen presentar dificultades ópticas. También, del 60% al 80% poseen problemas auditivos y del 40% al 45% tienen afecciones cardíacas. Los niñas/os con SD muestran habitualmente defectos del sistema digestivo. Los cuidadores de estas personas muestran preocupación ya que predominan las alteraciones nutricionales debido a esta alteración cromosómica.

Ciertos estudios realizados en el Ecuador demuestran que el país cuenta con 7457 casos de Síndrome de Down, siendo una incidencia elevada en comparación con otras naciones, a causa de que esta modificación genética se da en madres de edad avanzada, de cada 550 nacidos vivos nace un niño con esta patología. Por lo tanto es importante conocer sobre esta discapacidad intelectual para insertarlos de manera oportuna en la sociedad (Peñaloza, J., Perlaza, K., Pillacela, D., Pineda V. & Pozo, C., 2013).

La provincia de Santa Elena cuenta con la Unidad Educativa “Melvin Jones”, establecimiento particular sin fines de lucro que apoya a personas de escasos recursos económicos de la provincia, incluyendo ciertos tipos de discapacidades. Intervienen profesionales competentes a fines, brindando una enseñanza global con alcance escolar de calidad y cordialidad con ajuste curricular a sus necesidades tales como: Tratamientos, didácticas psíquicas y metodologías educativas especiales. El Síndrome de Down prevalece en 30 personas que comprenden preescolares y escolares.

En considerables ocasiones el conocimiento que posee el personal de enfermería frente al cuidado del niño con SD es escaso, principalmente en relación a las actividades del aprendizaje y al apoyo psicológico que se le brinda, debido a la alteración genética que padecen. Por lo tanto, en esta investigación se desarrollarán intervenciones de enfermería encaminadas al cuidado y manejo de la familia frente al niño que padece el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones - La Libertad 2017

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema

1.1. Descripción del problema

El niño con Síndrome de Down necesita varios cuidados que parten desde la familia hacia la formación académica, debido a esto es indispensable que los padres o cuidadores y el sistema educativo preparen a los niños para lograr las destrezas necesarias para que ellos de cierta forma se integren a la sociedad.

En investigaciones realizadas a nivel mundial sobre el Síndrome de Down en varias revistas de salud se registran datos con alto porcentaje de dicha patología, donde se estima que:

La frecuencia aumenta con la edad materna, y de forma exponencial por encima de los 35 años. Sin embargo, dos tercios de los casos ocurren en mujeres que no han alcanzado dicha edad. 1 de cada 1.000 nacidos vivos tiene el Síndrome de Down. Entre el 30 - 40 % de la discapacidad intelectual son personas con SD. Más de 5 millones de personas con SD en el mundo. Ciertamente 650.000 personas en Europa, 42.000 en España, 7.500 en Andalucía. (Asociación del Síndrome de Down Granada, 2016).

Lo cual demuestra que en los diferentes países la frecuencia de los nacidos vivos con Síndrome de Down constituye una de las principales enfermedades cognitivas.

El Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas, (2012), plantea que está constituido por 9 países latinoamericanos, como: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Venezuela, Paraguay, Uruguay y Ecuador el Síndrome de Down evidencia un caso cada 600 a 700 nacidos vivos. Por otra parte, (Nazer, J. & Cifuentes, L., 2012). Además demuestra que Chile es el país donde existen sucesos de SD, aquí se muestra 1 caso cada 450 nacimientos, mientras que los otros países restantes tienen una tasa inferior.

Según, Jijón, M., (2017). Presidente de la Sociedad Genética del Ecuador manifiesta que:

De las 7457 personas con SD, 3597 (48.24%) son mujeres y 3860 (51.76%) hombres. La tasa de prevalencia en el país es de 0.06 por 100 habitantes, las provincias de Manabí, Sucumbíos y Santo

Domingo tienen la mayor prevalencia 0.09 por 100 habitantes mientras que en Carchi, Chimborazo, Imbabura y Pichincha es de 0.03%.

De lo que se concluye que el país muestra una significativa cifra de casos con esta discapacidad intelectual genética con 2 de cada 1000 nacidos vivos, rescatando que en la actualidad el material genético en las mujeres de 25 a 30 años se está viendo afectada por esta enfermedad.

La Unidad Educativa Melvin Jones brinda una educación con ajuste curricular a las necesidades de los alumnos pertenecientes a la institución, no obstante la falta de personal hace que no todos los niños adquieran el conocimiento impartido en cada clase debido a que su proceso de aprendizaje es lento y varía según la situación de cada niño/a, por tal motivo se va a realizar intervenciones de enfermería en el cuidado del niño con SD que favorezcan su proceso de aprendizaje y demostrar que ellos son capaces de adquirir diferentes tipos de destrezas.

1.2. Enunciado del problema

En base a los antecedentes anteriormente descritos se enuncia la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en el cuidado del niño con Síndrome de Down. Unidad Educativa Melvin Jones - La Libertad 2017?

Variables de Estudios

1. Variable Independiente

Intervenciones de Enfermería

- Terapias conductuales
- Terapias cognitivas
- Potenciación de la comunicación
- Ayuda para el afrontamiento

2. Variable Dependiente

Síndrome de Down

- Trisomía 21
- Translocación cromosómica
- Mosaicismo o trisomía en mosaico

1.3. Justificación

El Síndrome de Down es una de las alteraciones genéticas más frecuentes en la actualidad, siendo una causa significativa en el desarrollo intelectual del individuo. Para afrontar esta situación es necesario que los niños/as reciban educación especializada de acuerdo a la capacidad intelectual que posea y en los cuidadores el respectivo apoyo psicológico, que les permita y ayude afrontar el cuidado de sus hijos/as. Por tal motivo se realizarán intervenciones de enfermería haciendo énfasis en el cuidado de los infantes con SD, basándose en técnicas de recolección de datos, tales como: La observación, encuesta y proceso de atención de enfermería, propósito principal que defenderá el tema de investigación.

En el trayecto de nuestra Carrera Universitaria principalmente en las prácticas pre profesionales en nuestra provincia, se observó varios casos de infantes que padecían el Síndrome de Down y en consecuencia algunos de los padres tenían afectación en la esfera psicológica, incidiendo: El miedo, depresión por afrontamiento y la responsabilidad que demanda el cuidado de los infantes con este Síndrome, lo cual motivó a ejecutar intervenciones de enfermería en el cuidado de los niños/as con Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones - La Libertad 2017.

El presente trabajo de investigación resultará beneficioso para los representantes y cuidadores, ya que mediante las intervenciones del proceso de atención de enfermería adquirirán y mejorarán según el caso los conocimientos y el manejo adecuado en el cuidado de los infantes que padecen este Síndrome, debido a que estas actividades, tales como: terapias conductuales y cognitivas le proporcionarán mejorar el aprendizaje y su desarrollo con el medio social.

La Unidad Educativa Melvin Jones tendrá apoyo profesional de enfermería para la realización de todas las actividades previstas en función de los niños y padres/representantes legales, donde lograrán adquirir más información acerca de estos cuidados específicos en el Síndrome de Down, ya sea en la institución o en el hogar.

A su vez favorecerá a la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena sobre toda la información necesaria que apoye a la docencia en incrementar los conocimientos sobre intervenciones y actividades a los futuros Licenciados en Enfermería, los cuales serán puesto en práctica en la mejora continua de la calidad de vida de los niños/as que padecen el Síndrome de Down.

1.4. Objetivos

Objetivo General

Ejecutar intervenciones de enfermería en el cuidado de niños/as con Síndrome de Down. Unidad Educativa Melvin Jones - La Libertad 2017

Objetivos Específicos.

- Aplicar terapias cognitivas y conductuales a los niños/as que padecen el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.
- Potenciar la comunicación mediante terapias grupales entre los representantes y cuidadores de los niños/as que padecen el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.
- Ayudar en el afrontamiento de situaciones mediante talleres de orientación a representantes y cuidadores de los/as niños/as con Síndrome de Down que asisten a la Unidad Educativa Melvin Jones.
- Evaluar las intervenciones de enfermería realizadas en los talleres de orientación sobre el cuidado a tener en los niños/as que padecen el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.

1.5. Viabilidad y factibilidad

Este trabajo se considera viable y parcialmente factible debido a que es necesario que los padres autoricen la participación de sus hijos en esta investigación, no obstante, la participación de los docentes, personal administrativo y terapistas se encuentran con la disponibilidad de brindar su ayuda, convirtiéndose en el soporte primordial y comprometiéndose a responder cada interrogante. Para realizar este trabajo se requieren recursos económicos y materiales los cuales serán autofinanciados por las autoras para llevar a cabo el cumplimiento del objetivo planteado.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Marco Institucional

El Ing. Jorge Saavedra Núñez y la Lic. Eliana Palma de Saavedra en Mayo del 1995, oficializaron la creación del Centro Médico Educativo Melvin Jones en el Ecuador, ubicado en la Ciudad Libertad de la provincia de Santa Elena. La gran influencia de las diferentes discapacidades que existían en la provincia, los motivó desinteresadamente a la apertura de esta institución sin fines de lucro y con gran desarrollo actualmente.

El conocimiento de la sociedad acerca de las discapacidades sean mentales o psíquicas era escaso, por tal motivo el personal de la institución se comprometió a sensibilizar a las personas sobre este tema integrando en este proyecto a padres, docentes, representantes administrativos gubernamentales y la colectividad en general, con el fin de realizar grupos participativos con individuos concernientes mediatamente o inmediatamente con la discapacidad, para obtener un enfoque claro de las acciones a realizar.

En la actualidad esta institución brinda ayuda a personas de escasos recursos económicos con diversas discapacidades brindando cuidados y rehabilitando a prescolares, escolares, adolescentes, jóvenes y un grupo de adultos mayores, velando por su calidad de vida y calidez para integrarlos en la sociedad. Cuentan con una cantidad de 100 estudiantes y cada uno de ellos presenta algún tipo de discapacidad. Son educados por equipos técnicos (1 psicólogo, 1 terapeuta de lenguaje, 2 terapeutas físicos y un terapeuta ocupacional), educativos (8 docentes) y tres personas que ayudan con la formación artesanal. De este modo apoyan en el bienestar de los usuarios y a su vez se logra conseguir autonomía en ellos.

2.1.1. Marco Legal

Considerando importante como sustento legal en el tema de investigación tenemos los siguientes:

2.1.1.1. Constitución Política de la República del Ecuador 2008

TITULO II: DERECHO

CAPÍTULO SEGUNDO

SECCIÓN SEPTIMA

SALUD

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

TÍTULO II

DERECHOS

CAPÍTULO TERCERO

SECCIÓN QUINTA

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la

participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar. El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

TÍTULO II

DERECHOS

CAPÍTULO TERCERO

SECCIÓN SEXTA

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Art. 47: El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo.

8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos.

9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.

TÍTULO VII

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

CAPÍTULO PRIMERO: INCLUSIÓN Y EQUIDAD

SECCIÓN SEGUNDA

SALUD

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

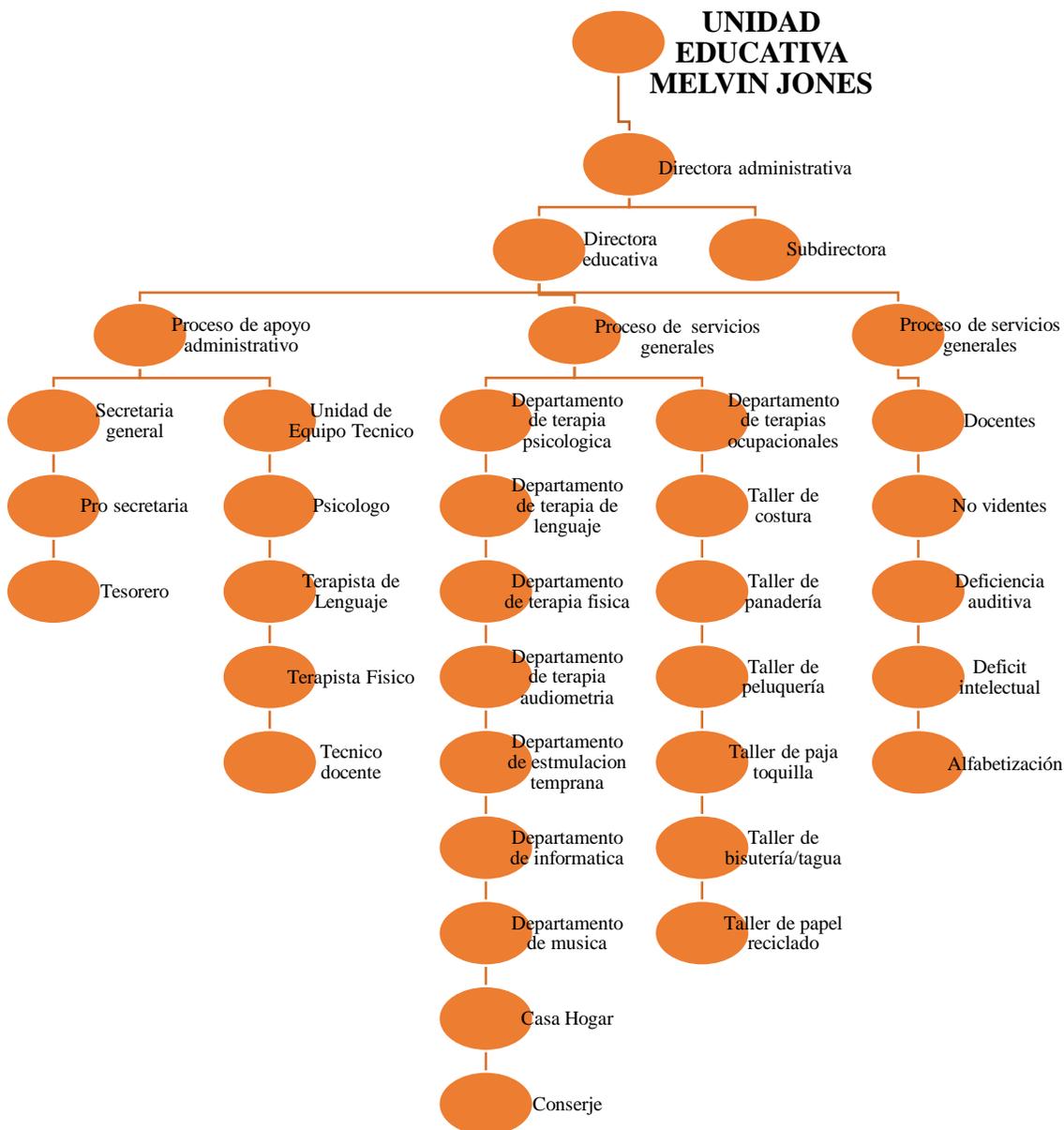
2.1.1.2. Código de la Niñez y Adolescencia

CAPÍTULO II

DERECHOS DE SUPERVIVENCIA

Art. 20.- Derecho a la vida. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo. ¿Se prohíben los experimentos de manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento de niños, niñas, adolescentes y la utilización de cualquier técnica, práctica que ponga en peligro su vida o afecte la integridad y desarrollo integral.

2.1.2. Organigrama



Fuente: Unidad Educativa Melvin Jones.

Elaborado por: PARRALES SUÁREZ ZULEMA Y REYES VERA GIANELLA.

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Antecedentes Investigativos

Según, Oltra, M., (2017). En su estudio Síndrome de Down en las aulas de Educación Infantil afirma que:

La integración escolar en centros ordinarios es la forma más adecuada de escolarización de los alumnos con Síndrome de Down. El objetivo fundamental en la educación de estos alumnos es el logro del máximo grado de integración social, integración familiar, integración en el tiempo de ocio e integración laboral.

Se puede afirmar que para el autor antes mencionado, la integración escolar en centros ordinarios es la forma más adecuada de escolarizar a los alumnos con Síndrome de Down, no obstante, es necesario que exista una actitud favorable de los docentes donde se apliquen medidas de tipo didáctico y organizativas apropiadas para esta especial atención.

Según, Arcón, K., (2017). En su estudio Nivel de depresión en progenitores de niños con Síndrome de Down, manifiesta que:

Predomina el nivel de depresión moderado con 30 padres para un 27,8%, le sigue el nivel de depresión Intermitente con 27 individuos y un 25%, seguido de los que se evaluaron como normales 26 para un 24,07%, 21 tiene una leve perturbación para un 19,4%. Es de destacar que no hay ningún progenitor con una depresión extrema y solo el 3,7% es grave.

Se puede observar que el nivel de depresión de los padres se encuentra en un estado moderado y es necesario rescatar que no existe niveles de depresión extrema demostradas en mencionado estudio.

2.2.2. Fundamentación Científica

2.2.2.1. Concepto de Síndrome de Down

Según, Cala, O., (2013), en la revista de ciencias médicas manifiesta que el Síndrome de Down es un trastorno genético producido por la afluencia de una reproducción extra del cromosoma 21 o una porción, en vez de los dos tradicionales. Las células del ser humano poseen 46 cromosomas repartidos en 23 pares. Uno de estos pares establece el sexo de la

persona, los 22 se señalan del 1 al 22 en orden de su dimensión decreciente. Es decir, la enfermedad se debe a una trisomía en el par 21 del genoma.

El cromosoma añadido transforma completamente el progreso sistemático del cuerpo y cerebro. La determinación del Síndrome de Down se realiza por los resultados de exámenes de laboratorio de cromosomas que se ejecuta al recién nacido poco después del nacimiento. Se determina por la existencia de nivel variable de discapacidad cognitiva y unas fisionomías propias que le dan una apariencia reconocible fenotípicamente.

2.2.2.2. Historia

El Síndrome de Down asienta sus inicios desde el descubrimiento de un cráneo sajón del siglo VII, en el que se describieron estructuras relacionadas con un individuo afectado. En 1430 Andrea Mantegna crea la pintura “La Virgen y el Niño” donde representa un niño con facies de la trisomía, así como el cuadro de Sir Joshua Reynolds en 1773 “Lady Cockburn y sus hijos”, en el que aparece uno de los hijos con características típicas del SD. (Asociación del Síndrome de Down, 2017).

Las primeras descripciones del síndrome atribuían su origen a diversas enfermedades de los progenitores, estableciendo su patogenia en base a un retroceso de un estado filogenético primitivo. Duncan en 1886 detalla a una niña de cabeza pequeña, redonda, con ojos almendrados, con la lengua colgada y que manifestaba efímeras palabras. Finalmente, en 1909 Shuttleworth, menciona por primera vez la edad materna avanzada como un factor de riesgo para la aparición del síndrome. (Asociación del Síndrome de Down, 2017).

En 1932 se hace referencia por primera vez a una división anormal de cromosomas como causa del Síndrome de Down, en 1956 Tjio y Levan descifran la existencia de 46 cromosomas en el ser humano. En 1959 Lejeune, Gautrier y Turpin afirman que estas personas portan 47 cromosomas. (Asociación del Síndrome de Down, 2017).

En 1965 la Organización Mundial de la Salud, efectúa el cambio de nombre por gestión del representante de Mongolia, pues el nombre con el que se conocía a esta patología que eran mongol o mongolismo resultaban ofensivos para su nación, por esto se propuso la denominación alternativa de “trisomía 21”. (Asociación del Síndrome de Down, 2017).

2.2.2.3. Etiología

El Síndrome de Down se origina en un 95% de casos por la trisomía del cromosoma 21 debido a la no disyunción meiótica en el óvulo. El 4% se debe a una Translocación cromosómica entre el cromosoma 21 y otro cromosoma acrocéntrico que normalmente es el 14 o el 22. Ocasionalmente puede encontrarse una translocación entre dos cromosomas 21. Por último un 1% se presenta por una trisomía en mosaico, con cariotipo normal y trisomía 21. (Ártigas. M, 2012)

2.2.2.4. Manifestaciones Clínicas

Ártigas, M., (2012) en su estudio Síndrome de Down menciona que estos niños fenotípicamente se caracterizan por presentar los siguientes rasgos: La cabeza se muestra con una leve microcefalia, hueso occipital aplanado y el cuello es corto. En la cara, los ojos se caracterizan por ser almendrados y por poseer las manchas Brushfield, presentan un pliegue de piel que cubre el ángulo interno y la carúncula lagrimal del ojo. La nariz es pequeña con la raíz nasal aplanada.

La boca, se caracteriza por presentar una protrusión lingual. Las orejas poseen un hélix muy plegado, el conducto auditivo suele ser muy estrecho. En las manos, los metacarpianos y falanges son cortos, esto se denominada braquidactilia. Presentan también hipoplasia de la falange media del quinto dedo conocida como clinodactilia. En el pie, existe una hendidura entre el primer y segundo dedo denominado signo de la sandalia.

En los genitales, frecuentemente se presenta criptorquidia y el pene es pequeño. La piel, es redundante en la región cervical, siendo más notable en la etapa fetal y neonatal. En las extremidades inferiores, suele observarse livedo reticularis más conocido como cutis marmorata.

2.2.2.5. Diagnóstico

Según, la Asociación Down, (2012), expresa que el Síndrome es diagnosticado antes del nacimiento más conocido como diagnóstico Prenatal y después del nacimiento se diagnóstica como postnatal.

- Diagnóstico Prenatal

Existen dos tipos de pruebas para diagnosticar el Síndrome de Down antes del parto: Pruebas exploratorias o cribado y pruebas de diagnóstico invasivas.

Las primeras, exploratorias o cribado son presuntivas, no invasivas, calculan el riesgo pero no diagnostican que el feto tenga el Síndrome de Down, tampoco son agresivas, es decir, no producen riesgo de aborto, determinado mediante dos tipos de análisis: ecográfico y análisis bioquímicos de sangre. Las segundas, requieren métodos invasivos cuya finalidad es la obtención de una muestra de tejido fetal. Los tres principales son: la placenta o corion, el líquido amniótico y la sangre fetal. Así tendremos respectivamente la biopsia de corion (BC), la Amniocentesis y la Cordocentesis.

Pruebas exploratorias o de cribado

Cribado prenatal ecográfico: La ecografía es uno de los más importantes y extendidos, ésta se realiza con un equipo que emite ondas de sonido de alta frecuencia hacia las estructuras corporales y recoge los ecos provocados para proyectarlos como imágenes. La prueba ecográfica se inicia desde las 10 a 12 semanas de gestación. Son múltiples los indicadores ecográficos que pueden hacer sospechar que el feto pueda padecer del Síndrome de Down, aunque no todos ellos tienen el mismo valor/pronóstico.

Entre los marcadores principales se encuentra la translucencia nucal, que indica la presencia de un pliegue en la nuca más grueso de lo normal, debido a la acumulación de líquido subcutáneo en la nuca del feto. No es un signo definitivo del Síndrome de Down, pero puede aparecer con otros trastornos cromosómicos. Otro de los parámetros es la presencia de osificación del hueso de la nariz fetal; si el hueso no está formado a las 12 semanas es más probable que se trate de un feto con esta alteración.

Cribado bioquímico: Se basa en la determinación en suero materno de una serie de sustancias bioquímicas de origen fetal o placentario. El cribado debe conjugarse con la edad materna, ajustada al momento del parto, y ser calibrado según la semana de gestación para establecer la probabilidad de que el feto tenga Síndrome de Down.

Pruebas de diagnóstico invasivas

Biopsia de corion

Obtención de una muestra de corion, tejido que posteriormente constituirá la placenta. Este tejido tendrá la misma información genética que el feto, porque ambos se originan de la misma célula. Según la vía de acceso al tejido corial, el riesgo de pérdida fetal atribuible a este sistema de muestreo es de un 1%. Este proceso se realiza entre las 10 a 13 semanas de gestación. Los resultados se obtienen entre 2 a 7 días para el análisis directo y 12 a 15 días para los cultivos.

Amniocentesis

Consiste en la obtención de una muestra de líquido amniótico, en el que se encuentran células de descamación fetal, es decir, con la misma dotación cromosómica que el feto. La vía de acceso al líquido es por punción abdominal, siempre con control ecográfico. Esta técnica tiene un riesgo de pérdida fetal situado entre un 0,5% y un 1% cuando es realizada por profesionales debidamente entrenados.

La amniocentesis se realiza después de la semana 15 de gestación, ya que la poca cantidad del líquido amniótico existente antes de esta semana, no permite realizar la prueba. Al igual que en la biopsia de corion, se trata de un análisis fetal indirecto, pues se estudian células que proceden de la célula original, por lo tanto, si la primera tenía una trisomía 21 u otra alteración cromosómica, se verá reflejada en la muestra. La fiabilidad es muy alta, superando el 99%.

Las células de la muestra pueden analizarse directamente en 24 a 48 horas, por los métodos de FISH o PCR. El resultado definitivo es el estudio citogenético, para lo cual es preciso un cultivo celular, en cuyo caso el análisis puede demorarse entre 12 a 18 días.

Cordocentesis

Método que consiste en la punción del cordón umbilical a través de la pared abdominal de la madre, para la obtención de sangre fetal; en el caso del Síndrome de Down será para el estudio del cariotipo fetal. En comparación con los otros métodos, su riesgo de pérdida fetal

es alto, situado en el 3% cuando la punción se realiza en un centro experimentado. Esta prueba no se recomienda hacerla antes de las 20 semanas de gestación. Los resultados cromosómicos suelen tenerse antes de una semana.

- Diagnóstico Postnatal

El diagnóstico después del parto se basa en los datos que proporciona la valoración física del médico, en donde el recién nacido refleja la presencia de los rasgos característicos de esta alteración genética que posteriormente se confirmará mediante el cariotipo, examen mediante el cual se pueden observar y analizar todos los cromosomas en las células. Este estudio no sólo confirmará el diagnóstico, sino que ayudará a identificar el tipo de alteración cromosómica. (Federación Iberoamericana de Síndrome de Down, 2014).

2.2.2.6. Tipología

- Trisomía 21

Lorenzo, A., (2015). Manifiesta que la trisomía 21 es el tipo más frecuente de Síndrome de Down, es la consecuencia del fallo genético, que se da en el transcurso de la reproducción celular. El par 21 de cromosomas no se libera de forma adecuada, en consecuencia, en uno de los 2 gametos habrá 24 cromosomas en vez de 23. Al acoplarse con otro gameto de sexo opuesto nace una célula con 47 cromosomas. Después en la mitosis se crean células semejantes, cada una con 47 cromosomas, que acabarán formando el feto.

- Translocación cromosómica

Risco, R., (2012), en la Revista Médica Vallejana expresa que el Síndrome de Down por translocación se debe al reordenamiento del componente cromosómico. Se encuentran 3 cromosomas 21, uno de ellos se adhiere a otro cromosoma, en vez de estar apartado. El cromosoma 21 de más es el que produce las dificultades que forman el Síndrome de Down. En este tipo, el cromosoma 21 agregado puede unirse al cromosoma 14, 13, 15 o 22. En ciertas ocasiones, dos cromosomas 21 consiguen asociarse uno a otro.

El 4% de las personas con Síndrome de Down es de tipo Translocación cromosómica, lo cual no es fácil de determinar, para esto se estudian los cromosomas de los padres para diagnosticar si es hereditaria o no. La probabilidad de un 10 a 15% que tenga SD se debe sí

que la translocación se da en el cromosoma 14 o 21 si la madre es la portadora, mientras que en un 3 a 5% es si el padre porta la translocación. (Risco, K., 2012).

- Mosaicismo o trisomía en mosaico

Este tipo de Síndrome de Down se da en 1% de esta población, sucede cuando ya se ha desarrollado el cigoto, mientras la mitosis sigue su curso. Puede ser que el ADN no se fraccione adecuadamente en una de las células hijas. En consecuencia tendrá una composición de 2 tipos de células, algunas tendrán 47 cromosomas o 46 habituales. Estas personas presentan menor nivel de incapacidad intelectual, mientras que los rasgos físicos y potencial dependerán de la cantidad de células trisómicas. (Lorenzo, A., 2015).

2.2.2.7. Cuidados en el hogar del niño con Síndrome de Down.

- Alimentación

Según la Red Nacional de Atención Temprana de Down España, (2013), en su guía de alimentación para niños con Síndrome de Down los alimentos que se deben utilizar en los primeros 18 meses son:

A los 6 meses, se agregarán a la dieta complementaria los cereales sin gluten, verduras, frutas, se recomienda iniciar con naranja, pera, manzana, plátano, administrándolas, a cucharaditas en forma de puré. Desde los 8 a 9 meses, se insertará huevo exclusivamente la yema, siempre bien cocido y sin exceder las 3 unidades en la semana. De los 10 a 11 meses, yogurt, verduras como la espinaca, nabo, remolacha, col y coliflor sin exceder, pues producen flatulencia, A los 12 Meses se insertará a la dieta un huevo completo. A 18 meses legumbres en puré y leche de vaca.

Es indispensable que el niño siga una dieta balanceada, sin embargo la obesidad es frecuente en los niños que padecen esta alteración genética, debido a su bajo gasto energético y metabolismo basal reducido, por eso, la práctica de deportes les proporciona la forma física y la resistencia que necesitan para realizar sus actividades diarias, mejorar su salud y controlar su tendencia al sobrepeso. (Flórez, J. & Ruiz, E., 2018).

- Actitud de los padres de los niños con Síndrome de Down ante la comida.

La Red Nacional de Atención Temprana de Down España, (2013), menciona que es importante tener en cuenta, el entorno en el que el niño come, con las siguientes instrucciones: Enseñar al niño a que adopte una posición erguida, es necesario que se sienta a comer con los demás, pues estos momentos serán apropiados para desarrollar la comunicación con los integrantes de la familia, evitando distractores. El niño/a no debe percibir una situación de tensión durante las comidas, pues debe asociarlo a una situación agradable.

- Higiene

Al niño/a con Síndrome de Down es importante enseñarle hábitos de higiene básicos, como: baño, lavado de dientes, usar ropa limpia, con el fin de que ellos sean más autónomos; ellos tienen la gran capacidad de comprender, así practicarán y harán estos hábitos durante su vida. La higiene de la persona es la barrera principal frente a las enfermedades, es el obstáculo primordial contra las infecciones y la base de la salud del individuo. El aseo consiste en técnicas sencillas que cada persona debe realizar por su cuenta. (Builes, S., 2016).

La salud bucal es fundamental para los niños/as con trisomía 21 aunque tengan menor prevalencia de caries en comparación con niños/as no portadores. Esto se debe por la demora de la erupción de los dientes y por el crecimiento de la capacidad obstructiva de la saliva observada en estos niños que padecen Síndrome de Down. (Areias, C., et al., 2014).

La limpieza natural de los dientes es afectada por la dificultad que tienen los niños/as con SD para hacer gárgaras y tragar en conjunto con la mala masticación, por lo que es necesario instaurar normas de higiene oral eficaces. Debido a esto se producen halitosis y pérdida precoz de dientes permanentes. Es importante la revisión de un odontólogo desde los 2 años de vida con una revisión periódica cada seis meses y así evitar las patologías bucales. (Areias, C. & Andrade, D., 2014).

- Espacios de Recreación

El juego es fundamental en la vida de cada niño, debido a que es una actividad importante en el desarrollo, pero educativamente refuerza los conocimientos, crea un ámbito más

armónico y dinámico a la hora de aprender. Los niños en forma general requieren de estímulos para desarrollar el aprendizaje y para desarrollar las capacidades motoras, emocionales y cognitivas, en especial a los niños con Síndrome de Down ya que ellos requieren una instrucción distinta. (Carchi, J., 2016).

La recreación es un derecho básico de los niños/as, beneficiándolos en el progreso físico intelectual y social, no solo ayuda a la personalidad, sino que se desarrolla al ámbito local, proporcionando dinámicas de mejoramiento y auto dependencia. Las actividades de recreación son fundamentales porque mantienen al niño/a animado mediante juegos que le ayudarán a tener un óptimo desenvolvimiento en su estilo de vida. (Carchi, J., 2016).

2.2.2.8. Tratamiento

El niño con Síndrome de Down debe tener un cuidado terapéutico desde los primeros días de vida, contando con un abordaje multidisciplinario, tomando en cuenta los diferentes aspectos de desarrollo del niño y los problemas asociados, consolidando las cualidades potenciales con el fin de prevenir el desgaste de habilidades en las que estime un retraso de desarrollo. Para lograr resultados positivos se debe trabajar en conjunto, es decir, profesionales y familia del niño con Síndrome de Down. (Madrigal, A., 2012).

El Síndrome de Down no tiene cura, hasta la actualidad no existe algún fármaco con que se pueda prevenir o eliminar la aparición del aumento del cromosoma 21. (Madrigal, A., 2012).

Rehabilitación

- **Terapia Física**

Los niños con Síndrome de Down necesitan fisioterapia desde los primeros días de vida ya que ellos se caracterizan por poseer tono muscular bajo, esta terapia consta de la realización de una secuencia de ejercicios físicos orientados al progreso de la capacidad de movimientos y hacer que camine más estable, ayudando al desarrollo motor. Las terapias se pueden realizar en ambiente clínico, sin embargo, son más positivas si son incorporadas en la práctica diaria del niño en forma de juegos. (Tardio, E., 2013).

La fisioterapia es primordial para el transcurso de desarrollo del sistema nervioso del niño, sin desenlazar el aspecto sensorial y psíquico en el momento de comenzar un programa general de estimulación, debido a que el movimiento nace en respuesta a la estimulación. Es importante que los padres comprendan el objetivo de estas terapias ya que con constancia no solo ayuda al desarrollo motor grueso, sino también en el lenguaje, la educación y el desarrollo de habilidades sociales. (Winders, S., 2017).

- Psicomotricidad

La psicomotricidad constituye las interacciones emocionales, sensoriales, cognitivas y sensorio motrices en la competencia de ser y de manifestarse en un contexto psicosocial. Ejerce una tarea primordial en el progreso integral de la personalidad, abarca un conjunto de metodologías de intervención enfocadas a estimular los sucesos voluntarios a través del dinamismo corporal y expresión simbólica. El niño, progresivamente, debe irse desarrollando en el conocimiento, control, dominio de posturas y movimientos globales y distales. (Madrigal, A., 2012).

- Terapias asistidas con animales

Los animales son considerados como los mejores amigos, por tal razón, ciertos animales logran convertirse en grandes terapeutas rehabilitadores y, asimismo en ayudantes para niños con discapacidad en las actividades diarias. Terapéuticamente animales como los caballos, delfines y mascotas son favorables para niños con Síndrome de Down. La terapia con estos animales tiene consecuencias positivas tanto en apariencia corporal, psíquica y social para los niños/as. (Guñido, L.,2014).

La Terapia acompañada por los animales ofrece una experiencia completa de cariño y provee oportunidades para la terapia física y emocional. Fortalece los músculos por las caminatas en caballo, nadar con delfines, a su vez las mascotas como los perros brindan confianza y autoestima en el niño motivándolos a tener relaciones recíprocas y hacerse más fuertes.

- Terapias artísticas: Danza, Teatro y afines

Suárez, M., (2015), en su trabajo de investigación de arte terapia en el Síndrome de Down, manifiesta que “*Arte terapia es una especialización profesional de servicio humano, que utiliza diversos medios artísticos y los procesos creativos con fines terapéuticos, educativos, de prevención, rehabilitación y desarrollo personal*” Es decir, esta terapia actúa en diferentes ámbitos de personalidad y actitudinal del niño.

- Musicoterapia

El Congreso Nacional del Síndrome de Down, (2015), menciona que la musicoterapia emplea la música como un eficaz mecanismo para causar cambios efectivos en la conducta. La finalidad del músico terapeuta en el momento que labora con un niño/a que demanda cuidados especiales es ayudarlo a lograr su máximo potencial. La musicoterapia logra estimular el progreso en diversos aspectos: a nivel social, emocional, cognitivo, académico y también motriz amoldándose a cada niño para mejorar el habla y coordinación.

2.2.2.9. Riesgo de Recurrencia

Ártigas, M., (2012), en su estudio del Síndrome de Down menciona que el riesgo de recurrencia se logra determinar prenatalmente ejecutando un análisis cito genético del líquido amniótico o de vellosidades coriónicas. La amenaza depende de la edad materna, así mismo como del cariotipo de los padres. En cuanto a una trisomía 21, la recurrencia para las mujeres de 30 años a más es igual a su edad. El porcentaje más alto se da en adolescentes.

Riesgo de Recurrencia en embarazos, por el cariotipo del niño con Síndrome de Down.			
Hijo Precedente	Cariotipo		Riesgo de Recurrencia
	Madre	Padre	
Trisomía	Normal	Normal	Riesgo de recurrencia elevado que en un embarazo normal, en una madre de la misma edad.
Mosaico	Normal	Normal	Bajo
Translocación	Normal	Normal	1% - 2%
	21/D	Normal	<2%
	Normal	21/22	33%
	21/21	Normal	100%
	Normal	21/21	100%

Fuente: Ártigas López Mercé (2012). Síndrome de Down. Trisomía 21

2.2.2.10. Patologías relacionadas al Síndrome de Down

- Control motor e hipotonía

El tono muscular y la fuerza es deficiente en relación a la destreza para darse vueltas, sentarse, sujetarse, pararse y caminar, sin embargo, ellos consiguen aprender a colaborar en actividades físicas como el resto de niños. La debilidad muscular, adicional a la inclinación a estar con la lengua afuera, hace que los niños con el Síndrome de Down tengan dificultad para una alimentación adecuada, independiente de la toma de pecho o leche en biberón. (Winders, S., 2017).

Es viable que los niños requieran alimentarse también con suplementos nutricionales para avalar que cuenten con todos los nutrientes, vitaminas y minerales necesarios en la alimentación. En ciertos casos, los músculos frágiles pueden provocar dificultades en el tracto digestivo, desde la deglución hasta el estreñimiento. Para resolver los diferentes problemas digestivos de los niños las familias deben recurrir al gastroenterólogo. (Cifuentes, L., 2012).

- Problemas de Visión

Los niños con Síndrome de Down pueden tener anomalías de visión desde temprana edad y van aumentando el riesgo con la edad. Los padres deben recurrir a la primera consulta con el oftalmólogo desde los primeros meses de vida, es importante rehuir la existencia de cataratas, patología más prevalente en estos niños y que se debe actuar inmediatamente. Las próximas consultas deben ser periódicamente, una vez al año si no presenta problemas visuales. (Puig, J. & Galán, E., 2014).

Las cataratas en el Síndrome de Down prevalecen en un 86% y muestran peculiaridades distintas que dependen de la edad a la que surgen. En el recién nacido es frecuente por la forma ocular arqueadas y adyacentes, en los adolescentes corticales puntiformes, y en el adulto evolucionan las anteriores. Otras afecciones oculares menos prevalentes pueden ser: ametropías, estrabismo, nistagmo, blefaritis, fístulas y obstrucciones lagrimales. (Puig, J., & Galán, E., 2014).

- Defectos Cardíacos

En el Síndrome de Down los niños muestran con frecuencia cardiopatías congénitas más alta que la población en general. En el estudio *Cardiopatías congénitas en niños con Síndrome de Down* (Núñez, F. & López, J., 2012) menciona que:

Las cardiopatías más comúnmente asociadas a SD son aquellas que se deriva de un defecto en el desarrollo de los cojinetes endocárdicos, llegando a afectar hasta al 50% de niños con SD y cardiopatía. Existen dos formas principales: un defecto parcial limitado al tabique interauricular que da lugar a una CIA tipo ostium primum (OP) y un defecto completo que da lugar al canal auriculoventricular común (CAV). Además de estos dos defectos, existen formas intermedias o transicionales con distintos grados de defecto.

En este sentido es importante la valoración frecuente de un cardiólogo, entre el 35 a 60 % de esta población la requiere para tener un diagnóstico y tratamiento adecuado ya que el tener SD no otorga mayor peligro de mortalidad para una cirugía, no obstante, sí muestra complicaciones y estancias más extensa postoperatoria.

- Infecciones

El Síndrome de Down puede producir dificultades en el sistema inmunitario que problematizan la posibilidad del cuerpo para combatir las infecciones. Los cuidadores de niños con esta patología se deben comprometer a que éstos reciban todas las vacunas de inmunización para impedir infecciones.

Las infecciones de las vías respiratorias superiores, son las más frecuentes en niños con Síndrome de Down, estas se identifican por la extensión en la dificultad y larga persistencia de la enfermedad, que puede ser por defectos del sistema inmunitario. Las irregularidades del sistema abarcan: mesurada linfopenia de los linfocitos T y B, variación en la propagación de células T incitada por mitógeno, disminución en las objeciones de anticuerpos concretos a la inmunización y deterioros en la quimiotaxis de neutrófilos. (Iglesias, M. & Moreno, L., 2016).

- Enfermedades de la sangre

Los individuos con Síndrome de Down son vulnerables a padecer leucemias. Los cánceres más habituales en estos niños comprenden la mielopoyesis transitoria deficiente sucesiva de leucemia mieloide aguda, después leucemia linfática aguda y en menos asiduidad tumores sólidos. La Leucemia Linfática Aguda (LLA) es un padecimiento maligno que se identifica por la propagación incontrolada de células linfoides inmaduras, en la médula ósea obstruyendo la hematopoyesis normal. (Fernández, B., 2012).

- Epilepsia

Enfermedad caracterizada por convulsiones, es más probable en niños con Síndrome de Down y aumenta el riesgo con la edad, sin embargo, las convulsiones suelen ocurrir entre los primeros 2 años de vida o después de los 30 años, se tratan y controlan con medicinas. Estas son una pérdida de control del cuerpo por el cerebro, una exageración repentina de la actividad eléctrica, pero si éstas no se asocian con fiebres se le denomina epilepsia. (Tello, J., Mena, A., David, P. Julio, M., & Contreras, B., 2012).

2.2.2.11. Entorno familiar

La familia desde todos los ámbitos es el primer ambiente primordial donde todos sus integrantes se desenvuelven e instruyen de acuerdo a su educación, nivel afectuoso, social, intelectual y físico. Por tal razón, ellos, son quienes encajan a los más pequeños a un mundo donde tienen que relacionarse tanto con las personas como con objetos; donde se establece un comportamiento y actitud ante diversas situaciones que se dan en el entorno familiar.

La familia con un niño con Síndrome de Down pasa por diversas situaciones difíciles desde el nacimiento de su hijo, ya que las citas médicas son frecuentes no como otro niño, por tal motivo, el compromiso, el amor, la confianza que deben brindar debe ser enfática y permanente, y esto para ellos es preocupante, las emociones son diversas, pero no es imposible criar a niños con SD, la actitud de los padres y el resto de la familia sellan una pauta de cómo les van a tratar las demás personas a los niños con SD.

Desde el diagnóstico nacen los momentos más difíciles para los padres, ya que deben afrontar una etapa de su vida difícil pero no insostenible. Según, (Madrigal, A., 2012). Los padres en ciertas ocasiones pasan por un proceso de duelo donde se ponen a manifiesto

diversos sentimientos como la confusión, negación, enfado, resentimiento, culpa ya que no entienden el porqué del diagnóstico, pero al final de esta etapa llegan a asimilar y aceptar la situación con realismo y buscar ciertas soluciones para el bienestar del niño con SD.

2.2.2.12. Sentimientos usuales de padres

Alegría: el tener un niño con Síndrome de Down es difícil pero no imposible, es importante superar la noticia con la ayuda de profesionales o personas que estén pasando la misma situación porque les ayudarán a saber las capacidades que tienen los niños/as que padecen este síndrome, así como alegría por la nueva vida y experiencias que les espera. (Ramírez, N., 2014).

Amor: es un sentimiento inevitable, recíproco, con bases sólidas, comprometido y voluntario. Se demuestra de diferentes actitudes como el comprender, enseñar, proteger, entender y tener una buena relación con toda la familia para que el niño/a sienta ese amor global y que es importante en el ambiente familiar. Siempre decir te quiero y demostrar cariño no está de más, ellos se sentirán seguros con el medio y con ellos mismos. (Ramírez, N., 2014).

Depresión: trastorno más frecuente en la etapa de padres con circunstancia de tener hijo con Síndrome de Down. Según, (Almeida, E., Castro, R., Guzmán, M., Mena, M., Sarzosa G. & Segovia, G., 2017) este se determina por la presencia de tristeza, indiferencia, insociabilidad, imposibilidad para el placer, sentimiento de rechazo, falta de aprecio, desvelos, sucesos de conducta extrovertida, sensación persistente de culpa. Ya en situaciones crónicas se presenta la anorexia, pérdida de peso, sensación de abatimiento e ideas de suicidio.

Ira: Sentimientos que se puede presentar en situación de maternidad posiblemente se genera por la insatisfacción de no cumplir una necesidad, un sueño. Esta emoción también se presenta por las dificultades que desencadenarían los efectos frustrantes que provocan a su vez una consecuencia adyacente en el mismo sujeto y la relación que crea con su medio; también activaría al individuo a afrontar los conflictos y mostrar al resto que resulta inadecuado el embate con conductas agresivas. (Ramírez, N., 2014).

Según, (Ramírez, N., 2014) en su estudio de la ira como un sentimiento, considera que este es un estado emocional combinado por distintos afectos como irritabilidad, furor y rabia; los que estarían siendo acompañados por la actividad del sistema nervioso autónomo, sistema endocrino y la rigidez muscular. La ira, como impresión solo motiva estilos o estímulos hacia hábitos agresivos, conductas que pueden estar encaminadas a otros o hacia sí mismo.

Estrés: Sentimiento que se deriva de requerimientos exigentes que deben tener como padres, también se puede dar por la conducta y temperamento del niño con Síndrome de Down a las cuales tienen que enfrentarse, aunque no todas las familias presentan estrés ya que algunas tienen la capacidad de adaptarse a los nuevos acontecimientos de menesteres de sus hijos y del ambiente familiar. (Pérez, G., 2016).

El estrés parental forma un complicado desarrollo en el que los padres se sienten desbordados por lo que deben enfrentar en su función como padres. Esta sensación psicológica se determina por ser un mecanismo estimulante que provoca el uso de medios útiles para enfrentar de un modo satisfactorio la acción del papel parental, siendo tan nocivo la falta necesaria de aceleración como unos niveles excesivos de estrés. (Pérez, J. & Menéndez, S., 2014).

Ansiedad: Momentos de ánimo, elementos en confusiones de emociones y con diferentes respuestas psicológicas y fisiológicas que desafían los individuos en todo lo que a cambios emocionales y comportamientos desadaptadas se trata. El origen se debe a componentes genéticos, pericias traumáticas, por circunstancias ambientales que crea juicios alterados y que tiene como resultados inconvenientes en lo emocional y laboral. (Vargas, C., 2015).

Según, (Vargas, C., 2015). Toda la sintomatología de la ansiedad por lo usual son distintas pero que agreden por idéntico a las personas, de este modo se muestra en madres y padres de hijos con requisitos educativos especiales que poseen graves dificultades de ansiedad; más cuando los sujetos no están capacitadas a los estilos de vida diaria. Ya que pasan por escenarios negativos, estresantes; conjuntamente de los prejuicios que exhiben de sentirse desamparadas y sin nadie que ayude a la solución a los problemas.

2.2.2.13. La educación del niño con Síndrome de Down e Implicación de padres y educadores en el desarrollo de las habilidades sociales, autonomía personal y la autorregulación.

La educación es un derecho fundamental de todo individuo, que garantiza el acceso a una educación de calidad en igualdad de oportunidades, incluyendo a personas con discapacidad. Cabe recalcar que el niño/a no aprende sólo en la escuela; las experiencias en el hogar también intervienen en su aprendizaje. Por tanto, el desarrollo de la autonomía personal, capacidad comunicativa, socialización, va a estar influenciada principalmente por la responsabilidad de la familia. (Asociación Down, 2012).

La familia constituye la institución básica en el desarrollo y la educación de sus hijos, convirtiéndose en el primer entorno natural en donde los miembros que la constituyen evolucionan y se desarrollan a nivel afectivo, físico, intelectual y social. La participación de los padres constituye un elemento esencial para el éxito de la intervención educativa en los niños/as y jóvenes con discapacidad desde su edad temprana con el fin de favorecer así su desarrollo. (Fundación Española del Síndrome de Down, 2015).

La autonomía personal es un proceso que desarrolla toda persona a lo largo de la vida, cada etapa tendrá nuevas exigencias que dependerán de la capacidad, experiencias de aprendizaje y expectativas de los educadores de cada niño/a, donde aprenderá acciones de autonomía en el aseo, alimentación, vestido, realización de tareas domésticas, organización; siendo los padres los principales influyentes, representando un símbolo formativo que se reflejará en sus actividades diarias.

Según, Martín. T., (2015). En su trabajo de investigación sobre el Síndrome de Down desde la percepción familiar menciona que:

La atención temprana desde 0 a 3 años atiende y ayuda a potenciar las diferentes áreas de desarrollo del bebé como el movimiento, comunicación, autonomía y los procesos mentales. Se pone en marcha con la finalidad de crear un ambiente que favorezca el desarrollo evolutivo del niño/a desde las distintas áreas de desarrollo.

Además de fomentar el interés y la reacción adecuada del niño a los estímulos del entorno se pretende reducir la aparición de efectos secundarios asociados al Síndrome de Down y cubrir las necesidades de la familia y el entorno.

El trabajo de habilidades sociales y autonomía personal se comienza a partir de los 3 años hasta la edad adulta a través de programas que desarrollen su autonomía personal y social mediante habilidades que favorezcan la resolución de problemas y de comunicación. Con ello, se pretende conseguir que conozcan y controlen su propio cuerpo valorando sus posibilidades y limitaciones, para actuar de una forma más autónoma en las actividades habituales. (Martín, T., 2015).

El desarrollo de la autorregulación es fundamental para el desarrollo de la atención, el funcionamiento ejecutivo, control cognitivo, regulación social y emocional, así como cuidar los aspectos emocionales, aumentar su autoestima haciéndoles sentir capaces de hacer las cosas por sí mismos, guarda una íntima relación con el desarrollo de la atención. (Fundación Iberoamericana, 2013)

2.2.3. Fundamentación de Enfermería

2.2.3.1. Jean Watson “Teoría del Cuidado Humano”.

Scilopoti, C., (2014). Watson registra que la acción de cuidar es esencial del ser vivo y es un hecho natural que el ser humano ejecuta. La Teoría del Cuidado Humano mantiene que, ante el peligro de sensibilizar la atención del paciente a raíz de la enorme reorganización administradora de mayores sistemas de cuidado de salud a nivel mundial, se hace inevitable la recuperación de los diferentes aspectos humanos que debe contar el profesional de enfermería.

La teoría del Cuidado Humano de Watson se fundamenta en supuestos primordiales:

1. Cuidando se logra demostrar y practicar positivamente un trato interpersonal, en breve, el cuidado se transfiere en relación a las costumbres culturales que poseen las diferentes comunidades y en manera propia las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados se realizan dependiendo de las características de la persona o comunidad

requiriendo de conocimientos del entorno que rodea a la persona y de la comprensión del individuo en sí.

2. El cuidado se establece de acuerdo a componentes asignados a complacer según las necesidades humanas, destino, resultados y metas.
3. Fomenta la salud, el desarrollo personal y familiar.
4. La cultura del cuidado se suma a la ciencia ancestral ya que no solo se refiere a curar o medicar, sino también a complementar el juicio biomédico o biofísico con la conducta humana para crear, fomentar, o recobrar la salud.
5. La habilidad de cuidar es fundamental en la enfermería. Una persona tiene que ser acompañado en las diferentes etapas como la toma de decisiones, por ende, debe enfocarse en un cuidado perceptible pero comprometido a la vez, fundado en el juicio y en la experiencia de una manera terapéutica.

En efecto, el personal de enfermería debe cuidar de las personas a nivel general sin discriminación alguna, en este caso es necesario que los niños con Síndrome de Down reciban cuidados óptimos y eficaces que logren satisfacer las necesidades humanas individuales y colectivas pertenecientes al entorno en el que habitan.

2.2.3.2. Modelo de Virginia Henderson “14 Necesidades Básicas”.

Las 14 Necesidades Básicas que expone Henderson en su teoría parten desde las necesidades físicas hasta las psicológicas basadas en el modelo de la teoría de Abraham Maslow. Esta teórica manifiesta que la persona es un todo completo con 14 necesidades básicas en el cual aspira la independencia y se esfuerza por lograrla, por tanto, cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es considerada como un todo. (Bonill, C. & Amezcua, M., 2016).

Para Virginia Henderson, el concepto de necesidad no lo relaciona con dificultad, sino como requisito, debido a que cada necesidad está relacionada con las diferentes dimensiones del individuo a nivel biológico, psicológico, sociocultural y espiritual. Aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia, todas son requisitos fundamentales para mantener la salud. Las necesidades básicas pueden ser universales y específicas. Las primeras

se consideran comunes y esenciales para todos y las segundas satisfacen de manera distinta en cada persona. (Bonill, C. & Amezcua, M., 2016).

Las 14 Necesidades Básicas tal como las formula Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

La atención y la motivación son dos factores muy importantes en el aprendizaje que habitualmente suelen estar poco presentes en las personas con deficiencia intelectual. Por lo tanto, es necesario que los niños con SD logren adquirir una estimulación temprana que consiga que ellos alcancen la satisfacción de sus necesidades básicas atendiendo sus características, productos de la alteración genética objeto de esta investigación.

2.2.4. Definición de términos utilizados en el desarrollo de la investigación.

Acrocéntrico: Centrómero desplazado del cromosoma que se encuentra ubicado en los extremos, lo cual hace que los brazos de los cromátides sean desiguales. (Glosario Genética, 2017).

Alfafetoproteína: Glicoproteína, la aplicación demuestra en el diagnóstico y pronóstico de enfermedades cancerígenas del hígado, y se utiliza para determinar deformaciones fetales. (Maldonado, G. & Pereira, L., 2015).

Ametropías: Defecto de refracción en el ojo que impide que las imágenes se plasmen apropiadamente en la retina. (Real Academia Española, 2017).

Braquicefalia: Cráneo más o menos redondo, ya que su diámetro mayor supera en menos de un cuarto. (González, L., 2012).

Cariotipo: Imagen del grupo de cromosomas de una célula, organizados por pares y según su tamaño. Es importante para precisar el análisis en los casos de retraso mental y complicaciones de fecundación en las mujeres. (Marnet, S., 2013).

Corion: Revestimiento externo que rodea al embrión en su desarrollo y que coadyuva a crear la placenta. (Real Academia Española, 2017).

Estrabismo: Inestabilidad sensorio-motor ocular, mientras uno de los ojos conserva la orientación de la línea de mirada encima del objeto, la posición estática del eje visual del otro ojo se desvía en sentido perpendicular. (Perea, D., 2016).

Estriol: Hormona sexual estrógeno de considerable influencia sobre el carácter femenino. (Viafla, F., 2016).

Fenotipo: Propiedades visibles físicas de un organismo. (Marnet, S., 2013).

Fisonomías: Aspecto del semblante de un individuo, está establecida por las propiedades del cabello, las cejas, los ojos, la nariz y la boca. (Pérez, G., 2017).

Fístula: Trayecto congénito que comunica anormalmente dos órganos entre sí o con el exterior. (Almeida, E., et al. 2017).

Hipoplasia nasal: Longitud del hueso nasal igual o menor a 2.5 mm. (Maldonado, F., 2012).

HCG: Hormona Gonadotropina Coriónica, proteína sintetizada principalmente por los tejidos embrionarios. (Velásquez, P., 2012).

Linfopenia: Cantidad de linfocitos inferior al valor normal, conocido como linfocitopenia (Real Academia Española, 2017).

Microcefalia: Anomalía congénita, caracterizada por un tamaño pequeño de la cabeza con relación al resto del cuerpo, un subdesarrollo del cerebro que conduce a cierto grado de retraso mental. (Almeida, E., et al. 2017).

Mitosis: División celular en la que antes de la duplicación del material genético, cada célula hija recibe un grupo completo de cromosomas. (Real Academia Española, 2017).

Nistagmo: Movimiento involuntario de los ojos. Este movimiento puede ser lento y rápido, y generalmente lesiona ambos ojos. (American Academy of Ophthalmology, 2014).

Síndrome de Down: Anomalía que comprende la aparición de un tercer cromosoma, en vez de los pares normales. El afectado presenta retraso mental y alteración de la apariencia física. (Almeida, E., et al. 2017).

Trisomía: Presencia de un cromosoma repetido tres veces, dentro de una dotación diploide. (Almeida, E., et al. 2017).

2.3. Hipótesis, Variables y Operacionalización

2.3.1. Hipótesis.

Las Intervenciones de enfermería contribuyen en el cuidado del niño con Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones - La Libertad 2017

2.3.2. Asociación empírica de variables.

- Variable Independiente:

Intervenciones de Enfermería

Tratamiento efectuado por el profesional de enfermería basado en el criterio y el conocimiento clínico dirigidos al individuo, familia y comunidad enfocados a mejorar sus resultados. La clasificación de estas intervenciones incluye el tratamiento y prevención de esta enfermedad en el ámbito fisiológico, psicosocial, fomento de la salud y cuidados indirectos. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería, 2014).

- Variable Dependiente:

Síndrome de Down

Según, La Organización de Naciones Unidas, (2016), describe que resulta de una consecuencia genética producida por la presencia de material genético de más en el cromosoma 21 que se convierte en discapacidad intelectual. Es debido a un desarrollo de división imperfecto en que los materiales genéticos no logran dividirse en la creación de los gametos, lo que forma un cromosoma más, conocido como trisomía 21. No se conoce el origen de la no disyunción en sí, no obstante tiene alguna relación con la edad de la embarazada.

2.3.3. Operacionalización de variables.

Variable independiente: Intervenciones de Enfermería.

Niños/as con Síndrome de Down

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Terapias conductuales	Ambiente estructurado y físicamente seguro	Si
		No
	Conducta	Atento
		Feliz
		Distraído
	Comprensión de actividades	Si
No		
Terapias cognitivas	Estimulación de la memoria	Alto
		Medio
		Bajo
	Comunicación	Buena
		Regular
		Mala
	Actividades de estimulación	Cantar
		Bailar
		Pintar
		Ejercicios

	Adaptación de actividades	Si
		No

Cuidadores y/o representantes legales de niños/as con Síndrome de Down.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Cuidados al Niño con Síndrome de Down	Conocimiento	Poco
		Mucho
		Nada
	Cuidados brindados en el hogar	Higiene
		Alimentación
		Espacios de recreación
		Salud
		Afecto
	Alimentación	2 veces al día
		3 veces al día
		5 veces al día
	Capacitación	Siempre
A veces		
Nunca		
Potenciación de la comunicación	Apoyo Recibido	Moral
		Psicológico
		Económico
		Interinstitucional
	Preocupación.	Si
		No
Ayuda para el afrontamiento	Importancia de compartir experiencias	A veces
		Si
		No
	Sentimientos frecuentes	Alegría
		Amor
		Depresión
		Ira
		Estrés
		Ansiedad
		Adecuado
Taller	Ambiente	Regular
		Inadecuado
		Excelente
	Utilidad	Buena
		Escasa

Variable independiente: Síndrome de Down

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
SÍNDROME DE DOWN	Conocimiento	Si
		No
	Diagnóstico	Durante el embarazo
		Después del embarazo
	Tipo de Síndrome de Down	Trisomía 21
		Translocación cromosómica
		Trisomía en mosaico
		No sabe
	Edad Materna	Antes de los 20 años
		Entre 21 y 34 años
		Más de 35 años

CAPÍTULO III.

3. Diseño Metodológico

3.1. Tipo de Estudio

El presente trabajo de investigación es de enfoque mixto (cuali- cuantitativo), tipo exploratorio descriptivo, detallando lo siguiente:

- Cualitativo.

Porque se describió la realidad psicológica de los padres/representantes legales conociendo el ámbito sanitario, social y educativo del infante que padece el Síndrome de Down proporcionando datos no numéricos, que al momento de ser analizados permitieron ejecutar las intervenciones de enfermería enfocadas en el cuidado del sujeto de estudio. (Ruiz, N., 2013).

- Cuantitativo.

A través de la encuesta se determinó el número exacto de los infantes que padecen el Síndrome de Down pertenecientes a la Unidad Educativa Melvin Jones, donde se realizaron gráficos estadísticos que al ser interpretados, reflejaron el porcentaje de las preguntas realizadas y las actividades evaluadas a los padres/representantes y a cada uno de los infantes. (Ruiz, N., 2013).

- Tipo exploratorio.

De acuerdo con (Donis, J., 2013) la investigación de tipo exploratoria se realiza para evidenciar las diferentes dificultades metodológicas y éticas, donde la coherencia y viabilidad del instrumento utilizado apoyen a la recolección de la información; es decir se acudió a la Unidad Educativa Melvin Jones en busca del objeto de estudio para obtener testimonios de padres, profesores, terapeutas e infantes, permitiendo el conocimiento a profundidad del investigador y acceder a los datos con más facilidad.

- Tipo descriptivo.

Debido a que se consideró la exploración y descripción de las variables al investigar el Síndrome de Down y las intervenciones de enfermería a cumplir en los infantes con este tipo de discapacidad, resultando ser medidos y descritos para conocer el proceso de educación y adquisición de habilidades, ya sea en los infantes y/o representantes. (Donis, J., 2013).

3.2. Universo y Muestra

La presente investigación toma como universo a 107 infantes que asisten a la Unidad Educativa Melvin Jones y la muestra de estudio estuvo representada por 30 infantes de diversas edades con diagnóstico: Síndrome de Down, tomando en cuenta los criterios de inclusión: Infantes cuyos padres desearon participar en la investigación.

3.3. Técnicas e instrumentos

3.3.1. Observación Participativa y la implementación del proceso de atención de enfermería

La Observación es la forma más antigua para realizar una investigación cualitativa, ya que permite analizar y describir hechos, actitudes, emociones y conductas en los infantes con Síndrome de Down; además de evaluar las cualidades y desconciertos de los padres/representantes. La observación participativa se realizó mediante la inserción de las investigadoras en las diferentes áreas con que cuenta esta institución, interactuando y permaneciendo en las jornadas de estudio para darnos cuenta de la realidad del tema investigado. (Fagundes, K. & Mendes, M., 2014).

El proceso de atención de enfermería consiste en una serie de etapas ordenadas lógicamente de los que se vale el profesional enfermero para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar la asistencia proporcionada tanto a los padres y/o representantes legales como a los infantes que padecen el Síndrome de Down, basadas en el método científico para la identificación de necesidades y resolución de problemas de salud. (Gomis, D., 2009). Se pudo evidenciar a través de los planes de cuidado las deficiencias del cuidado por parte del representante y/o cuidador debido al déficit de conocimiento sobre la enfermedad y el inadecuado manejo en aquellas actividades de la vida diaria llevadas a cabo desde el hogar y complementadas en el medio institucional.

3.3.2. Encuesta

Se utilizó como instrumento la encuesta, considerando las variables: Intervenciones de Enfermería y Síndrome de Down, destacándose las sub-variables: Terapias conductuales, terapias cognitivas, potenciación de la comunicación y ayuda al afrontamiento de cuidados al niño con Síndrome de Down. De acuerdo con (López, C. & Fachelli, J., 2015). La encuesta es una técnica de recogida de datos que se realiza a través del interrogatorio a los sujetos de estudio, cuya finalidad es obtener medidas sistemáticas sobre los conceptos derivados de la problemática investigada.

La encuesta fue realizada a los padres/representantes, para recolectar la información concerniente sobre el cuidado que tiene cada uno de sus representados, con el fin de identificar las falencias y obtener datos estadísticos.

De acuerdo al instrumento utilizado, se realizó la validación por medio de profesionales competentes en esta área de estudio, tales como: Dr. Reinaldo Delgado Mena, Especialista en MGI y Fisiatría y por la Lic. Mary Janina Sánchez Aquino, Magíster en Diseño y Evaluación en Modelos Educativos, considerando por parte de ellos que la encuesta se ajusta a los requisitos dispensables y resultando ser el adecuado para que los infantes, padres/tutores y/o cuidadores participen en el trabajo de investigación: Intervención de Enfermería en el cuidado del niño con Síndrome de Down. Unidad Educativa Melvin Jones - La Libertad. 2017.

3.3.3. Planes de cuidados.

Centro: U.E.M.J.

Fecha: Febrero 2018

PATRÓN FUNCIONAL Y/O DISFUNCIONAL	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																																													
Promoción de la salud.	<p><u>Dominio 1:</u> Promoción de la salud</p> <p><u>Clase 2:</u> Gestión de la salud.</p> <p>Mantenimiento ineficaz de la salud r/c afrontamiento familiar ineficaz m/p falta mostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.</p>	<p><u>Dominio:</u> I Salud funcional</p> <p><u>Clase:</u> D Autocuidado</p> <p>Autocuidados: actividades de la vida diaria.</p>	<p><u>Campo :</u> I Fisiológico: básico</p> <p><u>Clase:</u> F Facilitación del autocuidado</p> <p>Intervención: Ayuda con el Autocuidado</p>	<p>Los infantes de la Unidad Educativa Melvin Jones a través de la repetición constante de las actividades lograron desarrollar las prácticas sanitarias básicas de manera independiente, tales como: alimentación e higiene, las mismas que fueron reflejadas en el hogar.</p>																																													
		<p>Indicadores:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>G C</th> <th>S C</th> <th>M C</th> <th>L C</th> <th>N C</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Come</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Uso del inodoro</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Se peina</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Higiene</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Higiene oral</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Se lava las manos</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			G C	S C	M C	L C	N C		1	2	3	4	5	- Come				X		- Uso del inodoro			X			- Se peina		X				- Higiene				X		- Higiene oral	X					- Se lava las manos		X	
	G C	S C	M C	L C	N C																																												
	1	2	3	4	5																																												
- Come				X																																													
- Uso del inodoro			X																																														
- Se peina		X																																															
- Higiene				X																																													
- Higiene oral	X																																																
- Se lava las manos		X																																															

ELABORADO POR:
PARRALES SUÁREZ ZULEMA JAZMÍN Y
REYES VERA GIANELLA ALEXANDRA

PATRÓN FUNCIONAL O DISFUNCIONAL	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																																																														
Cognitivo/ Perceptual	<p><u>Dominio 5:</u> Percepción/ Cognición</p> <p><u>Clase 4:</u> Cognición</p>	<p><u>Dominio:</u> Conocimiento y conducta de la salud</p> <p><u>Clase:</u> Conocimientos sobre salud</p> <p>Conocimiento: cuidado de los hijos</p>	<p><u>Campo 5:</u> Familia</p> <p><u>Clase:</u> Cuidados de la crianza del niño</p> <p>Intervención:</p> <p>Fomentar el desarrollo: niños</p>	<p>Luego de realizar las intervenciones a los niños con SD de la Unidad Educativa Melvin Jones se pudo evaluar que los cuidadores o representantes legales adquirieron conocimientos verídicos y cambiaron su perspectiva de la atención que estaban brindándole a su hijo/a o representado, gracias a la correcta educación y aclaración de dudas que tenían especialmente en los temas de la alimentación, alteraciones digestivas y la higiene bucodental.</p>																																																														
	<p>Conocimientos deficientes en el cuidado del niño con el Síndrome de Down r/c falta de interés en el aprendizaje m/p Comportamientos inapropiados en el cuidado.</p>	<p>Indicadores:</p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las necesidades especiales del niño/a con Síndrome de Down. - Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores o representante legal. - Fomentar en los cuidadores la manera correcta de alimentar al niño con Síndrome de Down mediante capacitaciones grupales. - Fomentar en los cuidadores o representantes legales la Importancia de la Higiene el niño con Síndrome de Down mediante capacitaciones grupales. 																																																															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>C</th> <th>C</th> <th>C</th> <th>C</th> </tr> <tr> <th></th> <th>C</th> <th>E</th> <th>M</th> <th>S</th> <th>E</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Conducta normal del niño</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Necesidades de seguridad</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Necesidades nutricionales</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Necesidades de cuidados físicos</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Necesidades psicológicas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Necesidades emocionales</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Necesidades de socialización</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Necesidades de cuidados básicos</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				N	C	C	C	C		C	E	M	S	E		1	2	3	4	5	- Conducta normal del niño			X			- Necesidades de seguridad			X			- Necesidades nutricionales			X			- Necesidades de cuidados físicos			X			- Necesidades psicológicas				X		- Necesidades emocionales			X			- Necesidades de socialización			X			- Necesidades de cuidados básicos	
	N	C	C	C	C																																																													
	C	E	M	S	E																																																													
	1	2	3	4	5																																																													
- Conducta normal del niño			X																																																															
- Necesidades de seguridad			X																																																															
- Necesidades nutricionales			X																																																															
- Necesidades de cuidados físicos			X																																																															
- Necesidades psicológicas				X																																																														
- Necesidades emocionales			X																																																															
- Necesidades de socialización			X																																																															
- Necesidades de cuidados básicos			X																																																															

ELABORADO POR:
PARRALES SUÁREZ ZULEMA JAZMÍN Y
REYES VERA GIANELLA ALEXANDRA

PATRÓN FUNCIONAL O DISFUNCIONAL	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																																																												
Rol Relaciones	<p><u>Dominio 9:</u> Afrontamiento / Tolerancia al estrés</p> <p>Clase 2: Respuestas al afrontamiento</p> <p>Disposición para mejorar el afrontamiento familiar m/p expresa deseo de conectar con otros que hayan experimentado una situación similar.</p>	<p><u>Dominio:</u> Salud Familiar (VI) <u>Clase:</u> Bienestar Familiar (X)</p> <p>Clima Social de la Familia</p> <table border="1" data-bbox="701 574 1184 1260"> <thead> <tr> <th data-bbox="701 574 1003 630">Indicadores:</th> <th data-bbox="1003 574 1037 630">N D</th> <th data-bbox="1037 574 1071 630">R D</th> <th data-bbox="1071 574 1104 630">A D</th> <th data-bbox="1104 574 1138 630">F D</th> <th data-bbox="1138 574 1184 630">S D</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Mantiene relaciones con los amigos</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Participa en actividades recreativas</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Fomenta el aprendizaje permanente.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Comparten problemas entre sí.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Comparten sentimientos entre sí.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Solucionan juntos los problemas.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Favorece la cohesión.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores:	N D	R D	A D	F D	S D		1	2	3	4	5	- Mantiene relaciones con los amigos			X			- Participa en actividades recreativas			X			- Fomenta el aprendizaje permanente.			X			- Comparten problemas entre sí.			X			- Comparten sentimientos entre sí.			X			- Solucionan juntos los problemas.			X			Favorece la cohesión.				X							X	<p><u>Campo 5:</u> Familia <u>Clase:</u> Cuidados durante la vida Intervención: Terapias grupales de familias</p> <p>Actividades: Determinar los patrones de comunicación de los grupos familiares. Ayudar a los grupos a comunicarse con más eficacia. Facilitar el diálogo grupal entre familias. Ayudar a los miembros a priorizar y seleccionar el problema, a clarificar qué necesitan y esperan unos de otros. Facilitar estrategias para reducir el estrés. Proporcionar educación e información. Ayudar a la mejorar las estrategias de afrontamiento positivas existentes. Compartir el plan de terapia. Ayudar a los miembros a cambiar el modo con el que se relacionan con otros miembros. Animar a los miembros que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y demás sentimientos entre sí. Confrontar las conductas que amenacen la cohesión del grupo (tardanzas, ausencias, socialización extra grupal disruptiva) Observar si se producen respuestas terapéuticas adversas. Planificar las estrategias de conclusión y evaluación.</p>	<p>Los padres y/o representantes de los niños que acudieron a las terapias grupales demostraron interés en cada actividad, se socializaron de manera adecuada con el resto de miembros, y compartieron experiencias. Al final de las terapias se lograron estrategias y acuerdos que servirán a cada familia.</p>
Indicadores:	N D	R D	A D	F D	S D																																																											
	1	2	3	4	5																																																											
- Mantiene relaciones con los amigos			X																																																													
- Participa en actividades recreativas			X																																																													
- Fomenta el aprendizaje permanente.			X																																																													
- Comparten problemas entre sí.			X																																																													
- Comparten sentimientos entre sí.			X																																																													
- Solucionan juntos los problemas.			X																																																													
Favorece la cohesión.				X																																																												
					X																																																											

ELABORADO POR:
PARRALES SUÁREZ ZULEMA JAZMÍN Y
REYES VERA GIANELLA ALEXANDRA

PATRÓN FUNCIONAL O DISFUNCIONAL	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																																																																							
Crecimiento y desarrollo.	<p><u>Dominio 13:</u> Crecimiento y Desarrollo</p> <p>Clase 2: Desarrollo</p> <p>Riesgo de retraso en el desarrollo r/c trastornos genéticos</p>	<p><u>Dominio:</u> Salud Fisiológica (II) <u>Clase:</u> Neurocognitiva (J)</p> <p>Cognición</p> <table border="1" data-bbox="680 565 1157 1227"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indicadores:</th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> <tr> <th>C</th> <th>C</th> <th>C</th> <th>C</th> <th>C</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Comunicación adecuada según la edad.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Comprende el significado de situaciones</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Atiende</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Se concentra</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Está orientado</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Memoria inmediata</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Memoria reciente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Procesa la información</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Toma decisiones apropiadas</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores:	G	S	M	L	N	C	C	C	C	C		1	2	3	4	5	- Comunicación adecuada según la edad.			X			- Comprende el significado de situaciones	X					- Atiende						- Se concentra			X			- Está orientado			X			- Memoria inmediata				X		- Memoria reciente				X		- Procesa la información			X			- Toma decisiones apropiadas	X					<p><u>Campo 3:</u> Conductual <u>Clase:</u> Terapia conductual <u>Intervención:</u> Terapia con juegos</p> <p><u>Actividades:</u> Conversar con los cuidadores y/o representantes para permitir la aplicación de las terapias. Proporcionar un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones. Dar el tiempo suficiente para permitir un juego afectivo. Hacer repetir las instrucciones para estimulación de la memoria. Establecer límites a la sesión de juegos terapéuticos para incentivar una conducta adecuada. Proporcionar un equipo de juegos seguros. Proporcionar un equipo de juegos adecuados al nivel del desarrollo. Proporcionar un equipo de juegos que estimule el juego de roles. Animar al niño a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones. Controlar las reacciones y el nivel de ansiedad del niño durante la sesión de juegos. Continuar con las sesiones de juegos regularmente para establecer confianza y disminuir el miedo debido al equipo no familiar, y especialmente para estimular la memoria y conducta. Realizar las observaciones durante la sesión de juegos.</p>	<p>Los infantes con Síndrome de Down lograron adaptarse a las actividades recreativas con enfoque didáctico que se realizaron para fomentar el desarrollo cognitivo y conductual, teniendo presente que este grupo poseen un déficit específico en la memoria verbal a corto plazo.</p>
Indicadores:	G	S		M	L	N																																																																					
	C	C	C	C	C																																																																						
	1	2	3	4	5																																																																						
- Comunicación adecuada según la edad.			X																																																																								
- Comprende el significado de situaciones	X																																																																										
- Atiende																																																																											
- Se concentra			X																																																																								
- Está orientado			X																																																																								
- Memoria inmediata				X																																																																							
- Memoria reciente				X																																																																							
- Procesa la información			X																																																																								
- Toma decisiones apropiadas	X																																																																										

ELABORADO POR:
PARRALES SUÁREZ ZULEMA JAZMÍN Y
REYES VERA GIANELLA ALEXANDRA

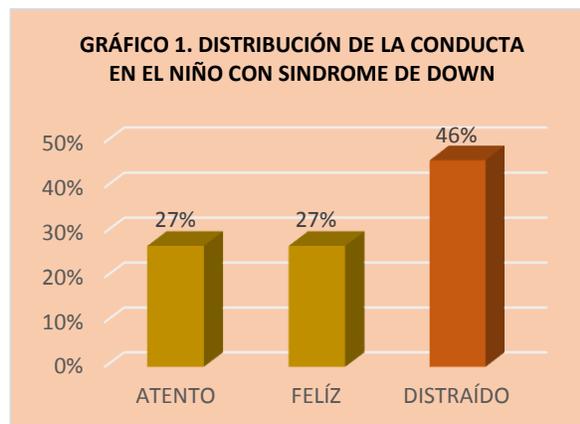
CAPITULO IV

4.1. Análisis e Interpretación de resultado

Una vez obtenido los datos se procede a la tabulación donde se continúa con el análisis e interpretación de los resultados por medio de gráficos estadísticos analizando las intervenciones de enfermería en el cuidado del niño/a con Síndrome de Down perteneciente a la Unidad Educativa Melvin Jones – La Libertad 2017. Este estudio es el producto de la observación, encuesta y proceso de atención de enfermería aplicado en 30 escolares, preescolares y padres que desearon participar en la investigación.

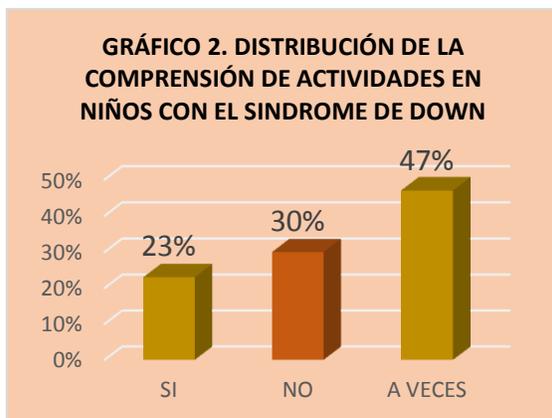
De acuerdo al primer objetivo sobre la aplicación de las terapias cognitivas y conductuales distribuidas en la conducta, comprensión y estimulación de la memoria en los infantes con Síndrome de Down, se puede interpretar que:

El gráfico 1 muestra que el 27% de los niños con el Síndrome de Down se expresa atento, el 27% feliz, el 54% refleja una conducta adecuada mientras que el 46% se muestra distraído frente a cada una de las actividades de carácter cognitivas y conductuales, lo que evidenció una conducta desatinada.



Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema & Reyes Vera Gianella.



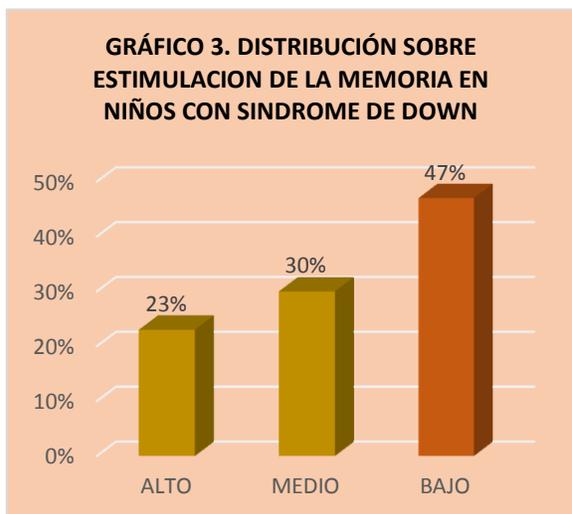
el medio social al cual él debe enfrentarse;

Se observa en el Gráfico 2 que el 23% sí comprende y ejecuta las destrezas previamente explicadas, el 30% no entiende ni ejecuta dichas tareas y el 47% a veces realiza aquellas actividades de componente cognitiva-educativa que le permite al infante desarrollarse con mejor desenvolvimiento en

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema & Reyes Vera Gianella.

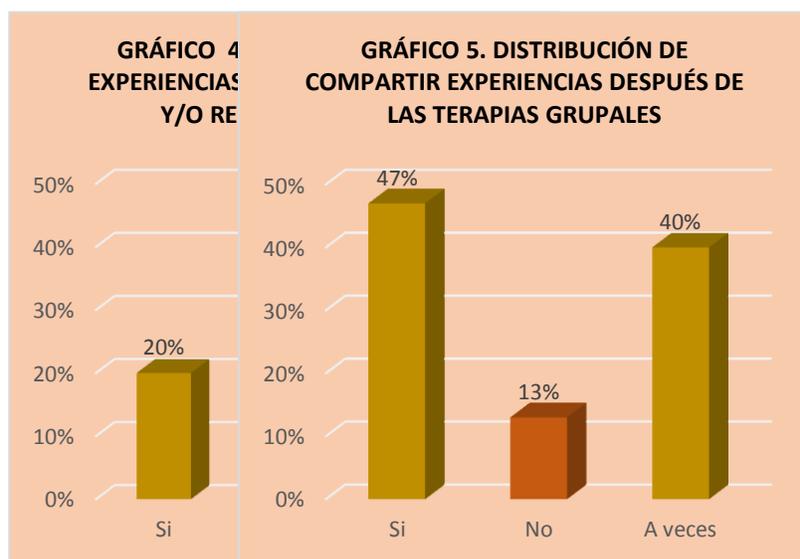
es decir el 70% tiene una comprensión adecuada mientras que el 30% de los infantes no reaccionaron favorablemente a las actividades grupales, por tal razón, se trabajó en talleres individuales con cada niño/a para instruirlos sobre las destrezas cognitivas y conductuales que debe poseer en estos años de enseñanza, realizado con paciencia, dedicación llegando a cada uno de ellos de manera personalizada hasta lograr que entendieran y cumplieran las tareas dispuestas, teniendo en cuenta que en los infantes con SD poseen un proceso de comprensión lento.



De acuerdo al gráfico 3 relacionado con la estimulación temprana de la memoria, el 23% refleja un nivel alto, pues recuerda cada una de las órdenes brindadas, el 30% posee un nivel medio, es decir existen períodos en los que recuerdan y al paso de unos minutos olvidan por completo la destreza indicada y el 47% posee un bajo

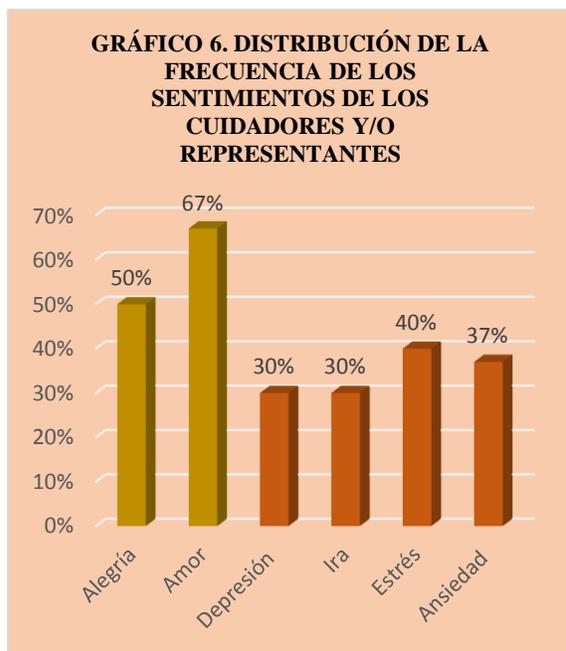
nivel de estimulación de la memoria, ya que explicándoles una y otra vez, no logran ejecutar dichas actividades, resultando ser el más frecuente en los infantes por el bajo nivel intelectual que poseen, debido a no haber recibido las terapias recomendadas desde el nacimiento.

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.
Elaborado por: Parrales Suárez Zulema & Reyes Vera Gianella.

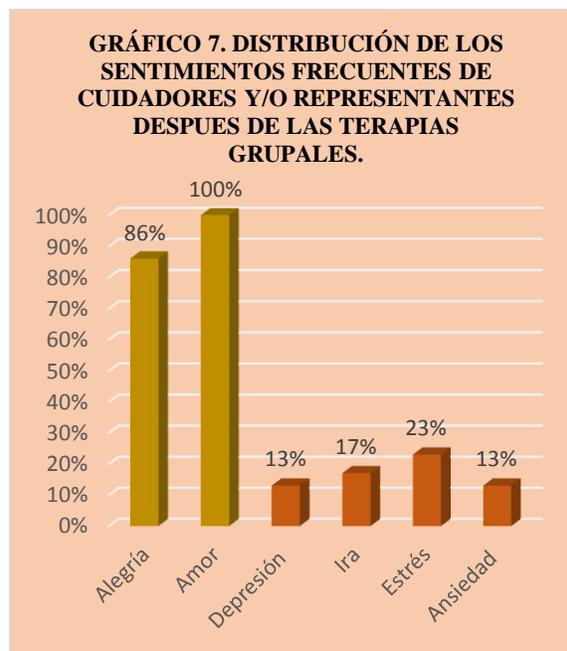


Cumpliendo con el segundo objetivo relacionado con la potenciación de la comunicación entre representantes y/o cuidadores de los infantes que padecen el Síndrome de Down se demuestra en el gráfico estadístico 4, que el 20% manifestó compartir con facilidad las vivencias con su hijo/a, el 33% no se sienten seguros de conversar con personas de su alrededor por el temor del que dirán y el 47% a veces comparten las diferentes experiencias con las personas más cercanas.

Luego de recibir las charlas encaminadas al cuidado que se debe llevar a cabo en el niño con Síndrome de Down se evidenció una percepción positiva de los padres y/o representantes acerca de dicho tema resultando que el 47% manifiestan que si conversan de sus vivencias hacia otras personas, el 40% a veces se sienten seguros de transmitir experiencias, mientras que el 13% sigue con el pensamiento de no compartir las experiencias por el miedo al rechazo.



Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones
Elaborado por: Parrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella



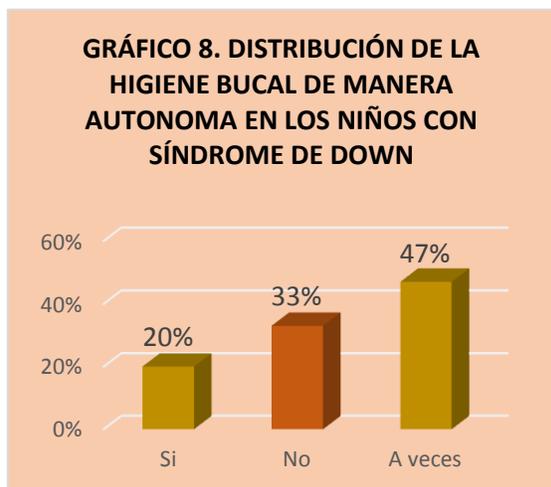
Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones
Elaborado por: Parrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella

De acuerdo al tercer objetivo de la investigación sobre la ayuda al afrontamiento de situaciones mediante talleres de orientación a representantes y/o cuidadores de los niños/as con Síndrome de Down se analiza que:

El 67% expresa amor por su representado, el 50% refleja alegría por el ser querido, tal así que el 40% lo refleja con un estrés mantenido, debido a la poca aceptación del Síndrome desde el momento del nacimiento, el 37% se observó ansioso ante el rol y el 30% demostró ira y depresión evidenciado en el análisis del gráfico 6.

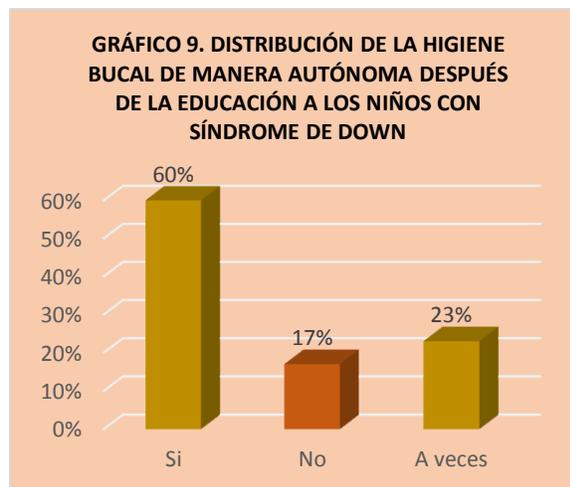
Después de las capacitaciones recibidas se puede inferir en el gráfico 7, que dentro de los sentimientos frecuentes el amor reflejó ser el sentimiento más significativo con el 100%, debido al conocimiento brindado a través de las actividades realizadas, alegría con un 86% por lo que prevalece los sentimientos positivos hacia el apoyo familiar/institucional.

Con relación al cuarto objetivo referente a la evaluación de las intervenciones de enfermería efectuadas en los talleres de orientación sobre el cuidado a tener en los infantes distribuidos de acuerdo a: higiene bucal y alimentación diaria, se evidencia que:



Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: PARRALES SUÁREZ ZULEMA Y REYES VERA GIANELLA

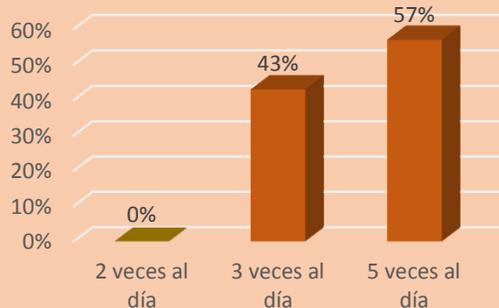


Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.

Elaborado por: PARRALES SUÁREZ ZULEMA & REYES VERA GIANELLA.

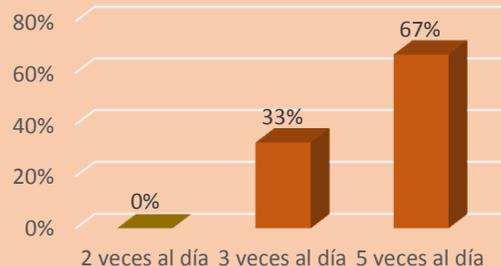
Los datos del gráfico 8 demuestran que el 47% de los padres manifestaron que los niños ocasionalmente se realizan la higiene bucal, el 33% necesitan de ayuda para poder realizar este hábito por sí mismos, mientras que el 20% si realizan habitualmente este procedimiento. Luego de las intervenciones de enfermería ejecutadas en diferentes actividades se hace evidente en el gráfico 9, que el 60% realiza el lavado de dientes por sí mismos, el 17% no logra desarrollar aun esta destreza y el 23% a veces realiza este procedimiento; por lo antes descrito, se evidencia que los infantes mejoraron su higiene bucal en comparación con el pre test que mostraba que solo un 20% realizaba dicha dinámica, razón por la cual se obtuvo un nivel adecuado de autonomía en las actividades sanitarias básicas que favoreció el desarrollo cognitivo y conductual de los infantes.

GRÁFICO 10. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE ALIMENTACION DIARIA AL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN



Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones
Elaborado por: Parrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella

GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DESPUÉS DE LAS CHARLAS BRINDADAS A CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES



Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.
Elaborado por: Parrales Suárez Zulema & Reyes Vera Gianella.

La alimentación

diaria reflejó que el 57% de los padres y/o representantes legales alimentan a sus hijos con las 5 comidas del día incluyendo las meriendas intermedias, no así el 43% que solo considera importante la alimentación 3 veces al día reflejado este dato en el gráfico 10. Al comparar el análisis del gráfico 11, se pudo observar que las charlas brindadas ayudó en un 67% adquirir nuevos hábitos saludables al ingerir alimentos calóricos, según las necesidades energéticas evitando los gluten, los alimentos industriales y las grasas generando en estos infantes la obesidad.

El 33% aún no incorporan en su alimentación este tipo de dieta debido a las costumbres interculturales, pero si demostraron un significativo interés en conocer qué tipo de alimentos pueden incorporar en la dieta de sus representados, así como el número de veces que se debe ingerir, promocionando buenos hábitos alimentarios, autonomía y calidad de vida a la persona con Síndrome de Down.

4.2. Conclusiones

- A través de las intervenciones de enfermería enfocadas en la teoría del cuidado humano realizadas a los infantes con Síndrome de Down, se concluye que las terapias cognitivas y conductuales favorecieron en la estimulación de la memoria, manejos

conductuales entre compañeros y estudiantes e intervinientes en la investigación, destacándose las actividades del baile y canto como fundamental beneficio en la adecuada relación y adaptación personal.

- Las terapias grupales brindadas a los cuidadores y/o representantes potenciaron la comunicación y socialización de experiencias vividas por cada uno de ellos, donde expresaron sentimientos frecuentes, dándose cuenta que la enfermedad del niño/a no resulta un castigo, sino un regalo divino, tal así que dejaron a un lado sentimientos negativos, tales como: depresión, ira, estrés y ansiedad, logrando desarrollar emociones positivas basadas en el amor y la alegría.
- Los cuidadores y/o representantes tenían conocimientos deficientes sobre la enfermedad y los cuidados integrales que se deben brindar al infante con Síndrome de Down, por tal razón las terapias grupales fueron de vital importancia para despejar interrogantes e iniciar un estilo de vida saludable, según el modelo de Virginia Henderson basada en las necesidades, lo cual evitaría futuras complicaciones en este grupo estudiado.
- Las intervenciones de enfermería aplicadas a los niños/as con Síndrome de Down, lograron mediante los diferentes talleres un nivel adecuado de autonomía en las actividades sanitarias básicas y la alimentación, el mismo que ayudó a favorecer al desarrollo cognitivo y conductual a través del rol, incorporando actividades ejecutadas.

4.3. Recomendaciones

- Se recomienda a la Unidad Educativa Melvin Jones la necesidad de integrar personal altamente capacitado para educar a los niños/as con las diferentes discapacidades,

pues actualmente reciben las clases en grandes grupos y los docentes no logran llegar de manera personalizada a cada infante.

- A los cuidadores y/o representantes se les orienta que acudan a las diferentes charlas relacionadas con la enfermedad, donde se sientan comprometidos con el rol adquirido de manera natural sin existir imposición negativa que atente con la esfera afectiva del infante, teniendo en cuenta incorporar en sus estilos de vida actividades participativas.
- A la Carrera de Enfermería que realice proyectos de vinculación enfocados en niños/as con Síndrome de Down, fomentando un estilo de vida saludable y que se conozca aún más sobre la enfermedad, así como la importancia de los cuidados integrales a tener en estos infantes.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Aguilar Cordero, M. (2012). Tratado de enfermería del niño y adolescente. Cuidados Pediátricos. Tomo I. 2da. Ed. Elsevier: Barcelona, España.
- Aguilar Cordero, M. (2012). Tratado de enfermería infantil. Cuidados pediátricos. Tomo II. 4ta Ed. Océano: Barcelona, España.
- Almeida, E., Castro, R., Guzmán, M., Mena, M., Sarzosa, G., & Segovia, G. (2017). Manual de Enfermería. 1era. Cultural, S.A. Ed. Madrid.
- Ball, J., & Bindler, R. (2010). Enfermería Pediátrica. Asistencia infantil. 4ta. Ed. Pearson: Madrid, España.
- Belotti, A., Caffaratto, A., Filippa, S., Gil, M., & Sarmiento, G., (2013). Integración Escolar de niños con Síndrome de Down en la escuela inclusiva. 1era. Ed. Brujas: Córdoba, Argentina.
- Bernabeu Tamayo, M. (2009). Enfermería Psiquiátrica en Salud Mental. Tomo I. 4ta. Ed. Instituto Monsa de Ediciones, S.A.: Barcelona, España.
- Bernabeu Tamayo, M. (2009). Enfermería Psiquiátrica en Salud Mental. Tomo II. 4ta. Ed. Instituto Monsa de Ediciones, S.A.: Barcelona, España.
- Bulechek, G., Dochterman, J., Butcher. & Wagner, C. (2013). Clasificación de Intervenciones Nic. 6ta. Ed. Elsevier: Barcelona, España.
- Gomis, D. (2009) Manual de enfermería. Teoría más práctica. 4ta. Ed. Editorial Akadia. Buenos Aires, Argentina.
- Herdman, H. (2015) Diagnostico Enfermeros. NANDA. 6ta. Ed. Elsevier: Barcelona, España.
- Martorell, J. (2013). Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos. 2da. Ed. Ediciones Pirámide: Madrid, España.
- Moorhead, S. (2013) Clasificación de resultados de enfermería. 5ta. Ed. Elsevier: Barcelona, España.
- Moreno, M. (2010). Educación física en el discapacitado. 1era. Ed. Lexus: Quilmes, Argentina.

- Risueño, A., & Motta, I. (2013) Trastornos Específicos del Aprendizaje. Una mirada neuropsicológica. 1era. Ed. Bonum: Buenos Aires, Argentina.
- Romo-Leroux, P. (2010). Detención del Desarrollo Psíquico en los niños por lesión cerebral leve y su repercusión en el aprendizaje. 1era. Ed. Universidad de Guayaquil.: Guayaquil, Ecuador:
- Ruiz Ayala, N. (2003). Desarrollo de potencialidades y competencias. 2da. Ed. D´inni Ltda.: Bogotá, Colombia.
- Santucci de Mina, M. (2013). Educandos con capacidades diferentes. 1era. Ed. Brujas: Córdoba, Argentina.

WEB

- Areias, C., Pereira, M., Pérez, D., Macho, V., Coelho, A., Andrade, D., & Sampaio, B. (2014). Enfoque clínico de niños con Síndrome de Down en el consultorio dental, Revista Chilena de Pediatría, 30(6) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000600003
- Artigas, M. (2012). Síndrome de Down Trisomía 21. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6-down.pdf>
- Asociación de Síndrome de Down Granada (2017). El Síndrome de Down. Estadística. Disponible en: <http://www.downgranada.org/el-sindrome-de-down/estadistica>
- Asociación del Síndrome de Down (2017). Historia del Síndrome de Down. Disponible en: <http://www.downgranada.org/el-sindrome-de-down/historia>
- Asociación Down (2012). Educación en el niño con Síndrome de Down. Disponible en: <http://www.sindromedown.net/area/educacion/>
- Asociación Down (2012). Pruebas Prenatales para el diagnóstico de Síndrome de Down. Disponible en: <http://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/96fed9f851821673ad0a7f6468b5314621842c7d.pdf>
- Bonill, C., & Amezcua, M. (2016, 25 de noviembre). Virginia Henderson. GOMERES, Salud, historia, cultura y pensamiento. Disponible en: <http://index-f.com/gomeres/?p=626>

- Builes, S. (2016). La higiene personal como estilo de vida saludable ayudando en los procesos de socialización en el aula de clase de los niños y niñas de la upa popular n° 1. Disponible en: http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/4825/TLPI_BuilesAngelSandraMilena_2016.pdf?sequence=1
- Cala, O. (2013, 23 de abril). Caracterización del Síndrome de Down en la población pediátrica, Revista Chilena de Pediatría, (17). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400005
- Carchi, J. (2016). Diseño de objetivos recreativos que contribuyen al desarrollo psicomotor de niños con Síndrome de Down. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6012/1/12331.PDF>
- Congreso Nacional del Síndrome de Down (2015). La musicoterapia favorece el desarrollo. Disponible en: <https://www.ndscenter.org/la-musicoterapia-favorece-el-desarrollo/>
- Donis, J. (2013). Tipos de diseños de los estudios clínicos y epidemiológicos. Avances en Biomedicina, 2(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3313/331327989005.pdf>
- Espinola, N., Soto, M., Gómez, L., Hernández, G. & Herrera, E. (2015). Cardiopatías congénitas en el Síndrome de Down en una población residente en la Ciudad de México. Anales médicos, 60 (3), 171 – 176 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc153c.pdf>
- Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (2012). Síndrome de Down. Disponible en: <http://www.eclamc.org/sindrome-de-down>
- Fagundes, K., Magalhães, A., Campos, C., Alves, C., Ribeiro, P., & Mendes, M. (2014). Hablando de la observación participante en la investigación cualitativa. Metodología Cualitativa, 23(1, 2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1-2/metodologia1.pdf>
- Federación Iberoamericana de Síndrome de Down (2014). Diagnóstico Síndrome de Down. Disponible en: <https://www.sindromedown.net/sindrome-down/diagnostico-y-primera-noticia/>

- Fernández, B., & Fernández, R. (2012). Alteraciones hematológicas en las personas con síndrome de Down. *Unidad de Síndrome de Down. Asindown*. Valencia, 68(6), 421-423. Disponible en: <http://familias.mobile.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/dea0f40e9b82c3d345f420df59584ae9302cf5a2.pdf>
- Flórez, J., & Ruiz, E. (2018). El síndrome de Down: aspectos biomédicos, psicológicos y educativos. *Fundación Iberoamericana Down21*. Disponible en: <http://www.down21.org/profesional/2125-el-sindrome-de-down-aspectos-biomedicos-psicologicos-y-educativos.html>
- Fundación Española del Síndrome de Down (2015). Educación en el niño con Síndrome de Down. Disponible en: <http://www.down21.org/1459-educacion.html>
- Fundación Iberoamericana. (2013). La atención en el síndrome de Down: estrategias de intervención. Disponible en: <https://www.downciclopedia.org/neurobiologia/la-atencion-en-el-sindrome-de-down-estrategias-de-intervencion>
- Guñido, L. (2014). Mejora de la calidad de vida en niños con síndrome de down a través de los animales. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4250/1/TFG-L232.pdf>
- Iglesias, M., & Moreno, L. (2016). Inmunodeficiencias y síndrome de Down. *Revista de Ciencias Médicas Del Pinar del Río*, 20(3), 389-398. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v20n3/rpr21316.pdf>
- Jijón, M. (2017, 18 de diciembre). En Ecuador existen 7.457 personas con Síndrome de Down. *La Hora*. Disponible en: <https://lahora.com.ec/noticia/1101065161/en-ecuador-existen-7457-personas-con-sindrome-de-down>
- Lorenzo, A. (2015, 28 de Abril). El Síndrome de Down: características y tipos, Bekia Padres. Disponible en: <http://www.bekiapadres.com/articulos/sindrome-down-caracteristicas-tipos/>
- Madrigal A. (2012). El Síndrome de Down. Tratamiento. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO10413/informe_down.pdf
- Manassero, G. (2016). Guía de Práctica Clínica del Síndrome Down. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, (16). Disponible en: <file:///C:/Users/hy/Downloads/338-1-687-2-10-20170705.pdf>

- Martín, T. (2015). El síndrome de Down desde la percepción familiar. Universidad de La Laguna. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1031/EL%20SINDROME%20DE%20DOWN%20DESDE%20LA%20PERCEPCION%20FAMILIAR.pdf?sequence=1>
- Nazer, J., & Cifuentes, L. (2012, 9 de diciembre). Estudio epidemiológico global del Síndrome de Down, Revista Chilena de Pediatría, (82). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000200004
- Nuñez, F., & Lopez, J., (2012). Cardiopatías congénitas en niños con síndrome de Down. Revista Española de Pediatría, (68), 415-420. Disponible en: <http://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/0374e93e8eddb60fbfa863ff7716d68017cf4cf8.pdf>
- Organización de Naciones Unidas (2016). Día Mundial del Síndrome de Down, 21 de marzo. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/downsyndromeday/>
- Organización de Naciones Unidas (2017). Prevalencia del Síndrome de Down. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/downsyndromeday/background.shtml>
- Pérez, G. (2016). Familia y Síndrome de Down: ansiedad y estrés en los progenitores. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/9674/TFM000400.pdf?sequence=1>
- Pérez, J. & Menéndez, S. (2014). Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial. Scielo, 37 (1), 27-34. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n1/v37n1a4.pdf>
- Puig, J., & Galán, E. (2014). Guía Oftalmológica del Síndrome de Down. Down España. Disponible en: http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/99L_guiaoftalmologica4def.pdf
- Ramírez, N. (2015). La ira, una emoción. Expresión y control. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/244789904/La-ira-una-emocion-expresion-y-control-pdf>

- Red Nacional de Atención Temprana de Down España (2013). Guía de alimentación para niños con Síndrome de Down. Disponible en: http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/153L_guiade.pdf
- Risco, R. (2012). El Síndrome de Down por Translocación. Revista Médica Vallejana. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rev.med.vallej/v1n2/a8.pdf>
- Scilipoti, C. (2014). Cuidados de Enfermería en pacientes con lesión medular. Universidad Nacional de Córdoba. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/scilipoti_cintia.pdf
- Suárez, M. (2015). Arteterapia con una adolescente con síndrome de Down y psicosis. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/136235/arteterapia-con-una-adolescente-con-sindrome-down.pdf?sequence=1>
- Tardio, E. (2013, 24 de diciembre). Terapia Física Para Niños con síndrome de Down. Vivir con pasión, compasión y estilo. Disponible en: <http://www.elianatardio.com/2013/12/24/terapia-fisica-ninos-con-sindrome-de-down/>
- Tello, J., Mena, A., David, P., Julio, M., & Contreras, B. (2012). Síndrome de Down, Epilepsia. Revista Chilena de Epilepsia, 12(2). Disponible en: http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/wp-content/uploads/2014/08/201202_sindrome_down.pdf
- Vargas, C. (2015). Nivel de ansiedad en madres de niños con necesidades educativas especiales. Estudio realizado en la Escuela Especial de Niños del Municipio de Pueblo Nuevo Suchitepéquez. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/22/Xiloj-Cornelia.pdf>
- Winders, S. (2017). Objetivos y oportunidades de la fisioterapia para los niños con Síndrome de Down. Portal Down Cantabria. Disponible en: <http://www.downcantabria.com/articuloII.htm>.

APÉNDICES Y ANEXOS

ANEXO 1. PRESUPUESTO.

Rubro	Valor Unitario	Cantidad	Valor total
Materiales			
Hojas A4	\$ 5,00	3	\$ 15,00
Bolígrafos	\$ 0,40	4	\$ 1,60
Lápiz	\$ 0,40	4	\$ 1,60
Borrador blanco	\$ 0,30	4	\$ 1,20
Marcadores	\$ 1,50	1	\$ 1,50
Anillados	\$ 1,50	3	\$ 4,50
Empastados	\$10,00	3	\$ 30,00
Tinta para impresora	\$ 40,00	1	\$ 40,00
Cartulinas	\$ 0,40	3	\$ 1,20
Fomix	\$ 2,50	2	\$ 5,00
Pintura	\$ 2,00	3	\$ 6,00
Equipos			
Internet	\$ 25,00	3	\$ 75,00
Laptop (teclado)	\$ 60,00	1	\$ 60,00
Impresora (mantenimiento)	\$ 50,00	1	\$ 50,00
Recargas de celular	\$ 1,00	10	\$ 10,00
Pendrive	\$ 15,00	2	\$ 30,00
Transporte			
Taxi	\$ 2,50	8	\$ 20,00
Bus	\$ 0,30	80	\$ 24,00
Alimentación			
Almuerzo	\$ 2,50	24	\$ 60,00
Total	\$220.30		\$436,60

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella.

ANEXO 2. CRONOGRAMA.

	Actividades	Fecha		Diciembre				Enero				Febrero	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2		
1	Aprobación del tema de investigación	■											
2	Permiso de la institución para investigación		■										
3	Consentimiento informado por padres y/o representantes			■									
4	Taller de padres de familia: Potenciación de la comunicación y pre-encuesta			■									
5	Actividades cognitivas y conductuales con niños			■		■	■	■	■	■	■	■	■
6	II Taller de padres: Ayuda al afrontamiento						■						
7	Colaboración en terapias con niños			■		■	■	■	■	■	■	■	■
8	III Taller de padres: Higiene y post-encuesta												■
9	Culminación de actividades												■

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella.

ANEXO 3. MODELO DE PLAN DE CUIDADOS ESTABLECIDO EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA.

Centro:

Fecha:

PATRÓN FUNCIONAL Y/O DISFUNCIONAL	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN															
	<u>Dominio:</u> <u>Clase :</u>	<u>Dominio:</u> <u>Clase:</u> Indicadores: <table border="1" data-bbox="989 670 1167 1109"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						1	2	3	4	5						<u>Campo:</u> <u>Clase:</u> Intervención: Actividades:	
1	2	3	4	5															

ELABORADO POR:

ANEXO 4. AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN.



Oficio No. 266 - CE – 2017

La Libertad, 12 de diciembre del 2017.

Lic. Eliana Palma

DIRECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "MELVIS JONES".

Ciudad.-

De mi consideración:

Estimada Directora, me dirijo a usted de la manera más cordial, con la finalidad de solicitarle se dé la apertura a las estudiantes PARRALES SUÁREZ ZULEMA JAZMIN y REYES VERA GIANELLA ALEXANDRA para realizar su Trabajo de Investigación con el tema: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN. UNIDAD EDUCATIVA MELVIN JONES – LA LIBERTAD 2017

El mismo que tendrá un aporte en la salud de los niños, así como también para toda la comunidad peninsular.

Con la seguridad de contar con su apoyo para el desarrollo del trabajo a realizar las estudiantes de la Carrera de Enfermería, quedo ante usted muy agradecida.

Atentamente

Lic. Soraya Santos Holguín, MSc.
DIRECTORA CARRERA ENFERMERIA

c.c./ RRQ.



ANEXO 5. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Santa Elena, diciembre 2017

A quien corresponda.

Yo, SÁNCHEZ AQUINO MARY YANINA, en mi calidad de MAGISTER EN DISEÑO Y EVALUACIÓN DE MODELOS EDUCATIVOS, hago la validación de esta encuesta considerando que reúne los requisitos dispensables para que las señoritas PARRALES SUÁREZ ZULEMA JAZMIN y REYES VERA GIANELLA ALEXANDRA, estudiantes de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD. UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, realicen su trabajo de investigación con el tema: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN. UNIDAD EDUCATIVA MELVIN JONES – LA LIBERTAD 2017

Acepto que el instrumento que se utilizará es el adecuado para que los infantes, padres/ tutores y/o representantes legales sean partícipes de esta investigación.



LIC. SÁNCHEZ AQUINO MARY YANINA, MSc.

C.I. 0915671226

MAGISTER EN DISEÑO Y EVALUACIÓN DE MODELOS EDUCATIVOS

Nº DE REGISTRO SENESCYT 1050-13-86041273

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Santa Elena, diciembre 2017

A quien corresponda.

Yo, DELGADO MENA REINALDO, en mi calidad de ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, hago la validación de esta encuesta considerando que reúne los requisitos dispensables para que las señoritas PARRALES SUÁREZ ZULEMA JAZMIN y REYES VERA GIANELLA ALEXANDRA, estudiantes de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD. UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, realicen su trabajo de investigación con el tema: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN. UNIDAD EDUCATIVA MELVIN JONES – LA LIBERTAD 2017

Acepto que el instrumento que se utilizará es el adecuado para que los infantes, padres/ tutores y/o representantes legales sean partícipes de esta investigación.



Reinaldo Delgado Mena
Dr. Especialista en MGI y Fisioterapia
No. Registro CU-15-15703

DR. DELGADO MENA REINALDO, MSc.

ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Nº DE REGISTRO SENESCYT CU-15-15703

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDOS A LOS PADRES Y/O REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS/AS QUE PADECEN SÍNDROME DE DOWN DE LA UNIDAD EDUCATIVA MELVIN JONES. CANTÓN LA LIBERTAD, PROVINCIA SANTA ELENA 2017

Estimados Padres y/o Representantes:

Su hijo/a ha sido invitado a participar en el estudio titulado Intervención de enfermería en el cuidado del niño con Síndrome de Down. Unidad Educativa Melvin Jones - La Libertad 2017. Dicha investigación forma parte de los requisitos para la graduación de Licenciatura en Enfermería y estará a cargo de dos estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, tutorado por la docente Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc.

El objetivo de este estudio es ejecutar intervenciones de enfermería en el cuidado del niño con Síndrome de Down, debido a que no conlleva ningún riesgo y recibirá beneficios para el cuidado de su salud. No recibirán compensación económica por participar y al finalizar la investigación los resultados estarán disponibles en las instalaciones de la Carrera de Enfermería si así desea solicitarlos. Participarán en este estudio un total de 30 preescolares. Este consentimiento es importante para el estudio de investigación. Por favor, léalo detenidamente. Haga preguntas sobre cualquier cosa que no entienda. Si no tiene preguntas ahora, usted puede hacerlo en cualquier momento, por los medios de contacto que más abajo se detallan. La participación de su hijo(a) en éste estudio es completamente voluntaria.

Si Usted autoriza a su hijo/a para participar en este estudio se les aplicará una breve encuesta a los padres/tutores y/o cuidadores con el objetivo de obtener datos, sobre el manejo y cuidado a tener con los niños/as que padecen de este Síndrome y una guía evaluativa para niños con Síndrome de Down, enfocada en los aspectos cognitivos y conductuales, asistiendo a talleres de apoyo sobre el manejo y la mejora de su calidad de vida.

Si no deseara que su hijo/a participe no implicará sanción. Además usted tiene el derecho de negarse a responder preguntas concretas, también puede optar por retirarse de

este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada y eliminada.

La información recolectada no será usada para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito. Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación, podrá contactarse con las estudiantes: Srta. Parrales Suarez Zulema y Reyes Vera Gianella Alexandra. Teléfono: Celular: 0960580412-0985723356. Correo electrónico: zulemita@hotmail.com- gianyreyesvera@gmail.com.

Su firma en este documento indica que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en este consentimiento informado.

Nombre del representante

Nombre del preescolar/escolar

Firma de Autoras de la investigación

ANEXO 7. ENCUESTA.



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



PROTOCOLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE
DOWN. UNIDAD EDUCATIVA MELVIN JONES - LA LIBERTAD 2017**

Objetivo: Obtener datos, sobre el cuidado del niño con Síndrome de Down enfocado al desarrollo cognitivo y conductual.

PRE-ENCUESTA PARA CUIDADORES

Síndrome de Down

1. ¿Sabe usted qué es el Síndrome de Down?
 - Si
 - No
2. ¿En qué momento se detectó que su hijo/a padece Síndrome de Down?
 - Durante el embarazo
 - Después del embarazo
3. ¿Conoce qué tipo de Síndrome de Down padece su hijo/a?
 - Trisomía 21
 - Translocación cromosómica
 - Mosaicismo o trisomía en mosaico
 - No sabe
4. ¿Qué edad tenía la madre cuando la niña/o nació?
 - Antes de los 20 años
 - Entre 21 y 34 años
 - Más de 35 años

Cuidados al niño con Síndrome de Down

5. ¿Cómo considera usted el conocimiento que tiene acerca de los cuidados al niño con Síndrome de Down?
 - Poco
 - Mucho
 - Nada
6. ¿Qué tipo de cuidados le brinda a su hijo/a en casa?
 - Higiene
 - Alimentación
 - Espacios de Recreación
 - Salud
 - Afecto
7. ¿El niño realiza la higiene bucal por sí mismo?

- Si
 - No
 - A veces
8. ¿Cuántas veces al día su hijo/a ingiere alimentos?
- 2 Veces al día
 - 3 veces al día
 - 5 veces al día
9. ¿Asiste constantemente a charlas sobre el cuidado del niño con Síndrome de Down?
- Siempre
 - A veces
 - Nunca

Potenciación de la comunicación

10. ¿Qué tipo de apoyo ha recibido al inicio de esta etapa?
- Moral
 - Psicológico
 - Económica
 - Interinstitucional
 - Educativa
11. De ese tipo de ayuda. ¿Cuál le ha aparecido la más importante?
- Moral
 - Psicológico
 - Económica
 - Interinstitucional
 - Educativa
12. ¿Siente algún tipo de preocupación por los cuidados brindados en el hogar?
- Si
 - No
 - A veces

Ayuda al afrontamiento

13. ¿Comparte experiencias vividas con su hijo/a que padece el Síndrome de Down?
- Si
 - No
 - A veces
14. ¿Qué sentimientos frecuentemente intervienen en su vida diaria en relación con su hijo/a que padece el Síndrome de Down?
- Alegría
 - Amor
 - Depresión
 - Ira
 - Estrés
 - Ansiedad



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



PROTOCOLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON SINDROME DE
DOWN. UNIDAD EDUCATIVA MELVIN JONES - LA LIBERTAD 2017

Objetivo: Obtener datos, sobre el cuidado del niño con Síndrome de Down enfocado al desarrollo cognitivo y conductual.

PRE Y POST GUIA EVALUATIVA PARA NIÑOS CON SINDROME DE DOWN

Terapia Conductual

1. ¿El ambiente en el que el niño con Síndrome de Down desarrolla sus actividades es adecuado?
 - Si
 - No
2. Durante las actividades el desarrollo del niño es:
 - Atento
 - Feliz
 - Distraído
3. ¿Existe nivel de comprensión en las actividades orientadas y realizadas por el niño?
 - Si
 - No
 - A veces

Terapia Cognitiva

4. ¿Cuál es la respuesta del niño frente a las instrucciones de las actividades?
 - Alto
 - Medio
 - Bajo
5. ¿Cómo es la relación entre niños y el personal educativo?
 - Buena
 - Regular
 - Mala
6. ¿Qué actividades realiza frecuentemente con facilidad?
 - Bailar
 - Cantar
 - Pintar
 - Ejercicios
7. ¿Se adapta fácilmente a las actividades?
 - Si
 - No
 - A veces



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



PROTOCOLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE
DOWN. UNIDAD EDUCATIVA MELVIN JONES - LA LIBERTAD 2017

Objetivo: Obtener datos, sobre el cuidado del niño con Síndrome de Down enfocado al desarrollo cognitivo y conductual.

POST-ENCUESTA PARA CUIDADORES

Cuidados al niño con Síndrome de Down

1. ¿Qué tipo de cuidados le brinda a su hijo/a en casa?
 - Higiene
 - Alimentación
 - Espacios de Recreación
 - Salud
 - Afecto
2. ¿El niño realiza la higiene bucal por si misma?
 - Si
 - No
 - A veces
3. ¿Cuántas veces al día su hijo/a ingiere alimentos?
 - 2 Veces al día
 - 3 veces al día
 - 5 veces al día
4. ¿Asiste constantemente a charlas sobre el cuidado del niño con Síndrome de Down?
 - Siempre
 - A veces
 - Nunca

Potenciación de la comunicación

5. ¿Después de las charlas brindadas siente algún tipo de preocupación por los cuidados brindados en el hogar?
 - Si
 - No
 - A veces

Ayuda al afrontamiento

6. ¿Comparte experiencias vividas con su hijo/a que padece el Síndrome de Down?
 - Si
 - No
 - A veces
7. ¿Qué sentimientos frecuentemente intervienen en su vida diaria en relación con su hijo/a que padece el Síndrome de Down?
 - Alegría
 - Amor
 - Depresión
 - Ira
 - Estrés
 - Ansiedad

Taller

8. ¿Los conocimientos recibidos en el taller serán de utilidad para su vida diaria?
 - Si
 - No
9. ¿Los acuerdos y compromisos adquiridos en el taller permitirán mejorar el cuidado de mi hijo/a que padece el Síndrome de Down?
 - Si
 - No

ANEXO 8. TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

PRE – ENCUESTA PARA CUIDADORES/REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS/AS CON SÍNDROME DE DOWN.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN ACERCA DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL SÍNDROME DE DOWN PARA CUIDADORES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	80%
NO	6	20%
TOTAL	30	100%

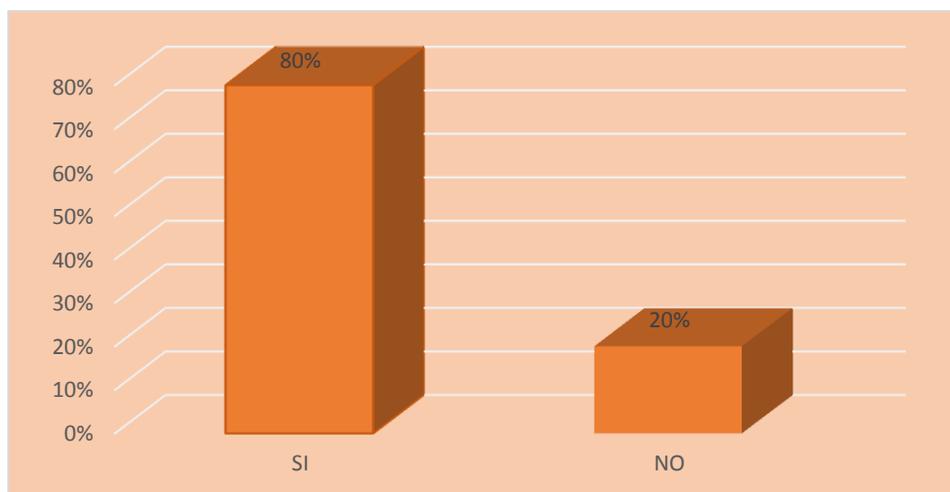


Gráfico 1. DISTRIBUCIÓN ACERCA DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL SÍNDROME DE DOWN PARA CUIDADORES

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: Párrales Suárez Zulema & Reyes Vera Gianella

Análisis: Al analizar el gráfico presentado se observa que el 20% de los padres y/o representantes legales no tienen claridad sobre el Síndrome de Down, debido a que en el momento del nacimiento nunca se les explicó la forma general de este síndrome; mientras que el 80% si tienen conocimientos idóneos acerca de la patología que adquirió su hijo/a, relevando una amplia información desde el momento de su nacimiento tanto de manera verbal como informativa a través de los medios audiovisuales sobre esta patología.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE DOWN.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANTES DEL EMBARAZO	0	0%
DESPUES DEL EMBARAZO	30	100%
TOTAL	30	100%

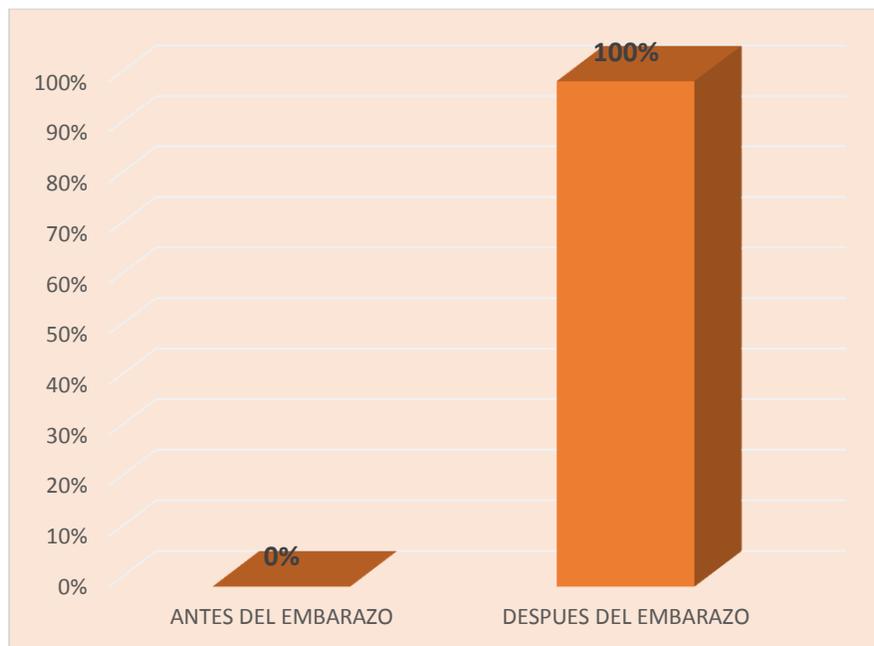


GRÁFICO 2. DISTRIBUCION SOBRE EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE DOWN

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: PARRALES SUÁREZ ZULEMA & REYES VERA GIANELLA

Análisis: El gráfico 2 demuestra que el 100% de las madres se enteraron del diagnóstico después del parto, es decir a las madres no se le realizaron las pruebas diagnósticas en el transcurso de la gestación, por el factor económico y/o la falta de información.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN SOBRE TIPOLOGÍA DEL SÍNDROME DE DOWN.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trisomía 21	1	3%
Translocación cromosómica	0	0%
Mosaicismo o trisomía en mosaico	0	0%
No sabe	29	97%
TOTAL	30	100%

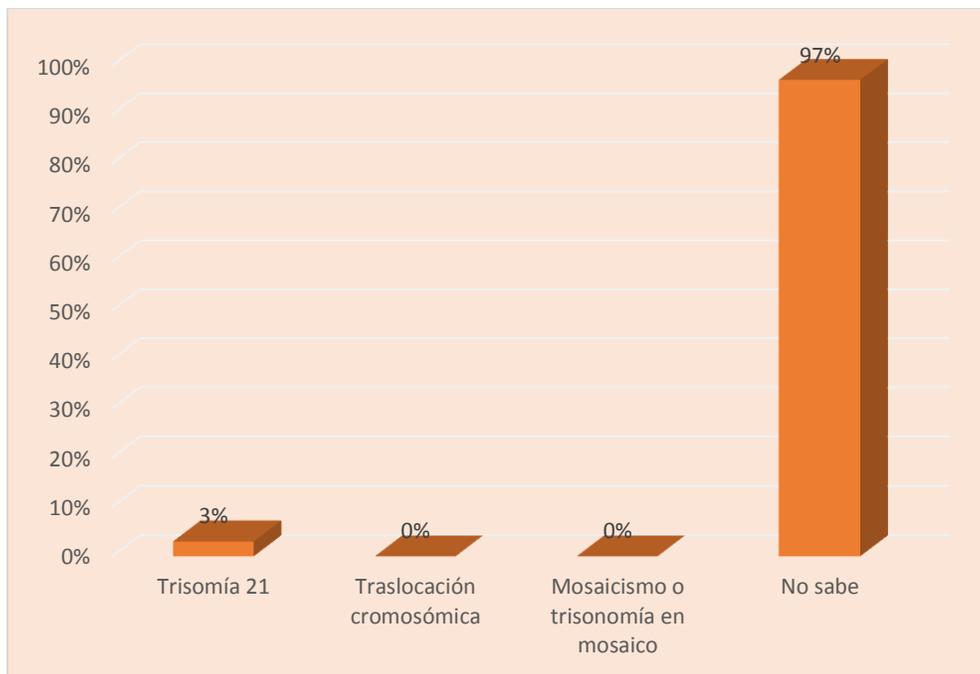


GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN SOBRE TIPOLOGÍA DEL SINDROME DE DOWN

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: PARRALES SUÁREZ ZULEMA Y REYES VERA GIANELLA

Análisis: En el gráfico 3, se identifica que el 3% de los representantes legales manifestó saber la tipología del Síndrome de Down que padece su hijo/a, tal como: Trisomía 21; mientras que el 97% no tenía noción de que clase de SD era portador su

representado/a, ya que no consideran importante esta parte, debido al desconocimiento de las diversas tipologías.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD MATERNA EN QUE SE DIÓ EL EMBARAZO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antes de los 20 años	1	4%
Entre 21 y 34 años	7	23%
Más de 35 años	22	73%
TOTAL	30	100%

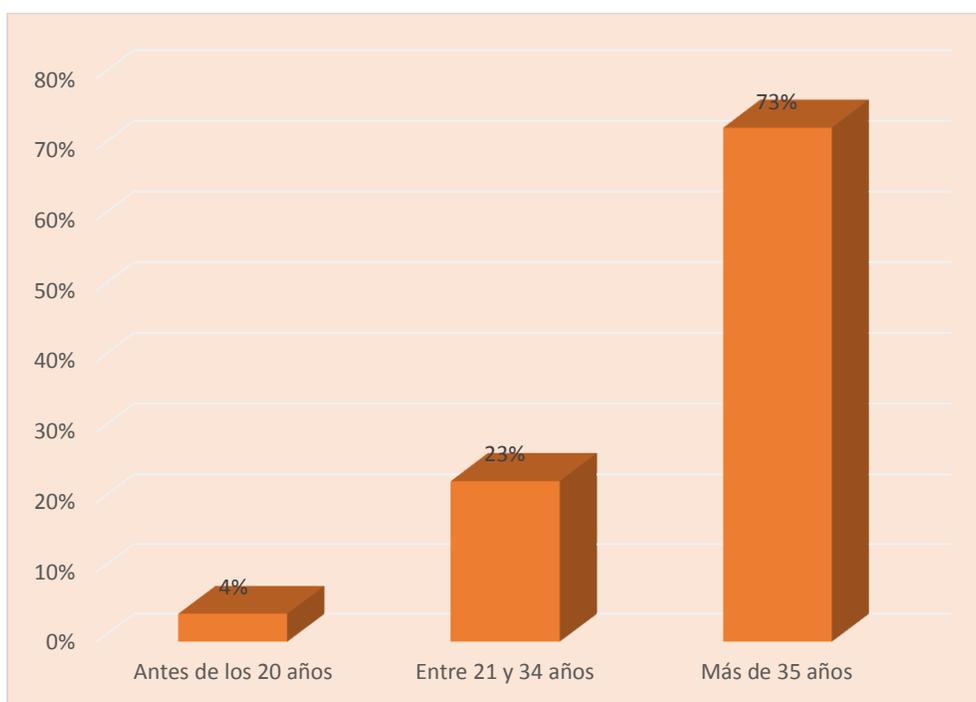


GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD MATERNA EN QUE SE DIO EL EMBARAZO

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella

Análisis: El gráfico anterior interpreta que el 73% de las madres tuvieron su gestación a los 35 a más años, el 23% refleja edades entre 21 a 34 años incidiendo en ellas el factor hereditario y el 4% a madres menores de 20 años.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN ACERCA DEL CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Poco	10	34%
Mucho	7	23%
Nada	13	43%
TOTAL	30	100%

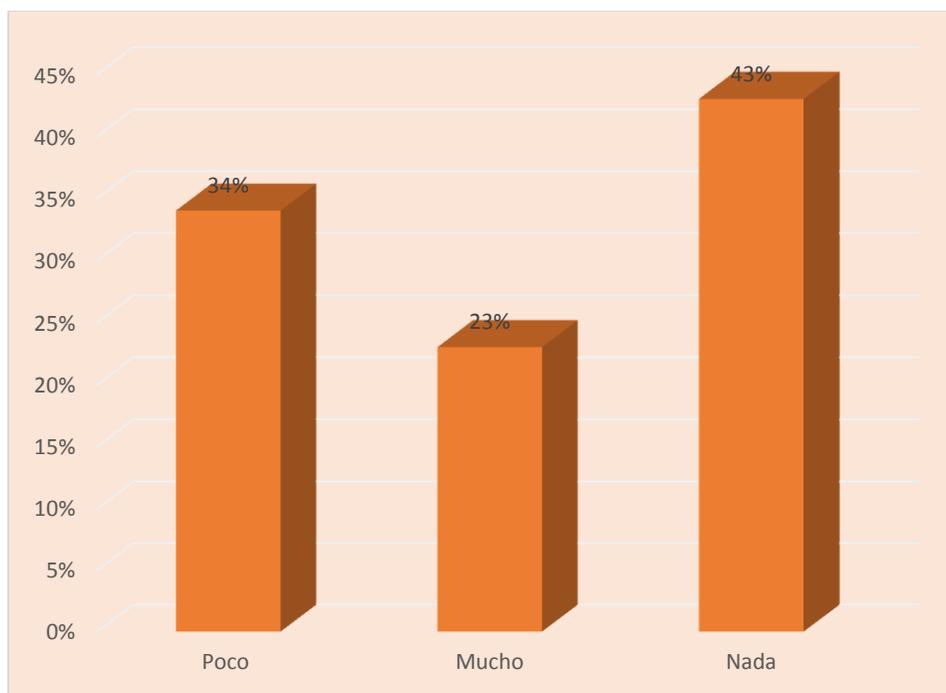


GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN ACERCA DEL CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: PARRALES SUÁREZ ZULEMA Y REYES VERA GIANELLA

Análisis: EL gráfico estadístico sobre los conocimientos que tienen los padres y/o representantes acerca de los cuidados que deben brindar a un niño con Síndrome de Down, refleja que el 23% tienen conocimientos suficientes para un buen cuidado, el 34% representa un escaso conocimiento y el 43% el conocimiento es nulo; incidiendo en estos

resultados que los padres y/o representantes legales manifestaron que los cuidados brindados diariamente los consideraban de manera normal.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADOS BRINDADOS EN EL HOGAR AL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN.

	FRECUENCIA
Higiene	15
Alimentación	27
Espacios de recreación	10
Salud	15
Afecto	20
TOTAL	87

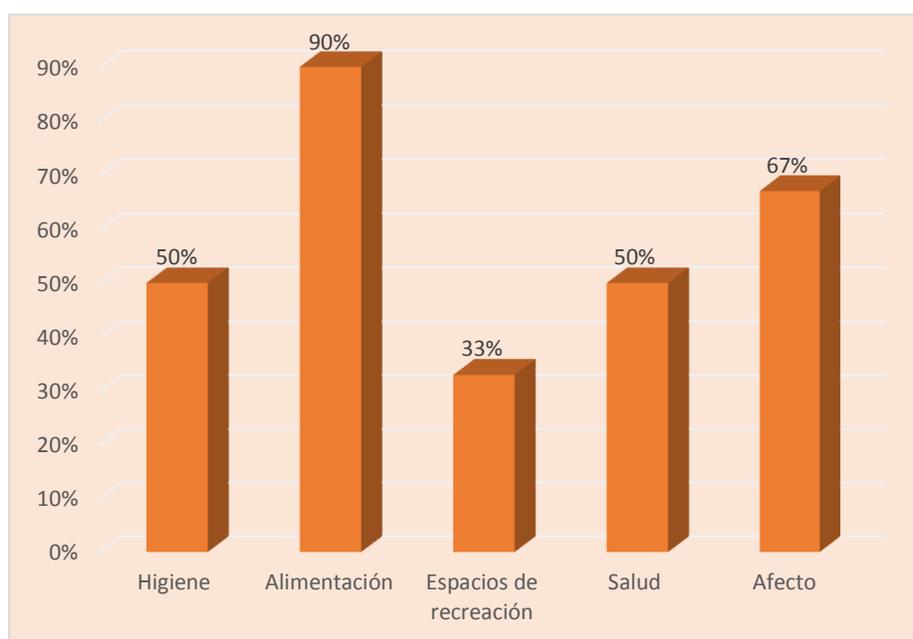


GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADOS BRINDADOS EN EL HOGAR AL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella

Análisis: El gráfico 6 demuestra que las madres priorizaban la alimentación en el cuidado diario del infante con Síndrome de Down reflejándose con el 90%, el 67% manifestó que el afecto también se incluía en los cuidados brindados en el hogar, la higiene y la salud se refleja en un 50 y solo el 33% consideraron que los espacios de recreación eran indispensables en el cuidado.

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA QUE ACUDEN A CAPACITACIÓN LOS CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	0	0%
A veces	9	30%
Nunca	21	70%
TOTAL	30	100%

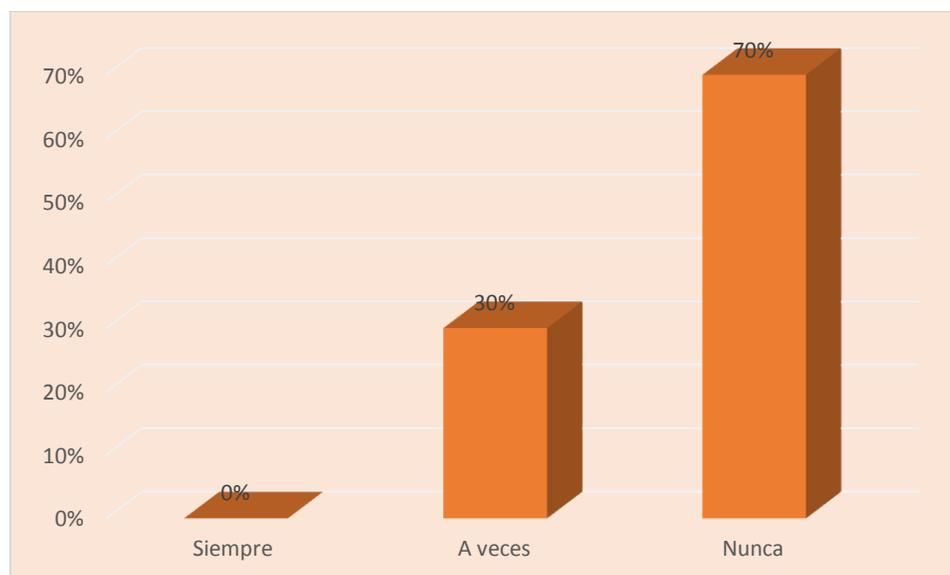


GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA QUE ACUDEN A CAPACITACION LOS CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella

Análisis: El gráfico demuestra que los padres y/o representantes legales no tienen el hábito de asistir siempre a capacitaciones referentes a la patología que padece su hijo/a y/o representado/a, el 30% acude de manera esporádica a mencionadas capacitaciones, mientras que el 70% nunca ha mostrado interés en asistir a las diferentes conferencias brindadas a nivel local e institucional.

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DEL APOYO RECIBIDO HACIA LOS CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES.

	FRECUENCIA
Moral	22
Psicológico	30
Económico	11
Interinstitucional	10
Educativo	20

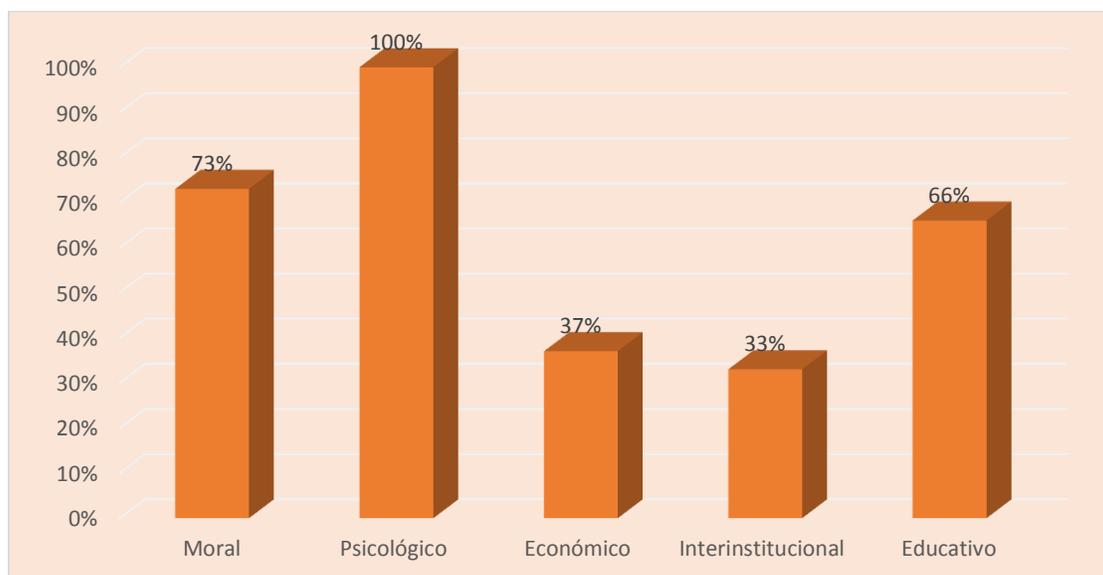


GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN DEL APOYO RECIBIDO HACIA LOS CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella

Análisis: Es evidente que el 100% de los encuestados recibieron apoyo psicológico porque antes de ingresar a la institución educativa reciben obligatoriamente entrevista en el área de psicología, el 73% refiere haber recibido apoyo moral, seguida del apoyo educativo con el 67%, sucesiva del apoyo económico con el 37% y finalmente el 33% manifestó que recibió apoyo interinstitucional.

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DEL APOYO RELEVANTE RECIBIDO HACIA LOS CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Moral	5	17%
Psicológico	8	27%
Económico	11	36%
Interinstitucional	0	0%
Educativo	6	20%
TOTAL	30	100%

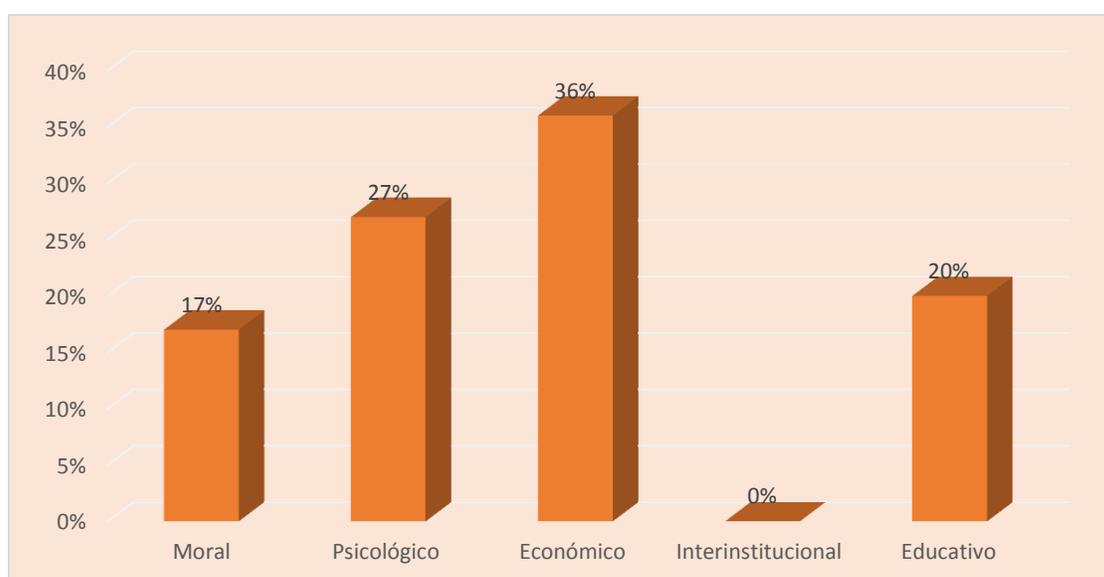


GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DEL APOYO RELEVANTE RECIBIDO HACIA LOS CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella

Análisis: Al respecto de la gráfica 9 acerca de los diferentes apoyos brindados por los padres y/o representantes de los niños se consideraron más importante el económico con el 36%, seguido el psicológico con el 27%, por consiguiente con 20% el educativo y el 17% referente al apoyo moral, por último, se deduce que el apoyo interinstitucional no fue primordial para todo este proceso a afrontar desde el nacimiento de los niño/a con síndrome de Down hasta la actualidad.

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DE LOS CUIDADOS BRINDADOS EN EL HOGAR.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	15	50%
No	5	17%
A veces	10	33%
TOTAL	30	100%

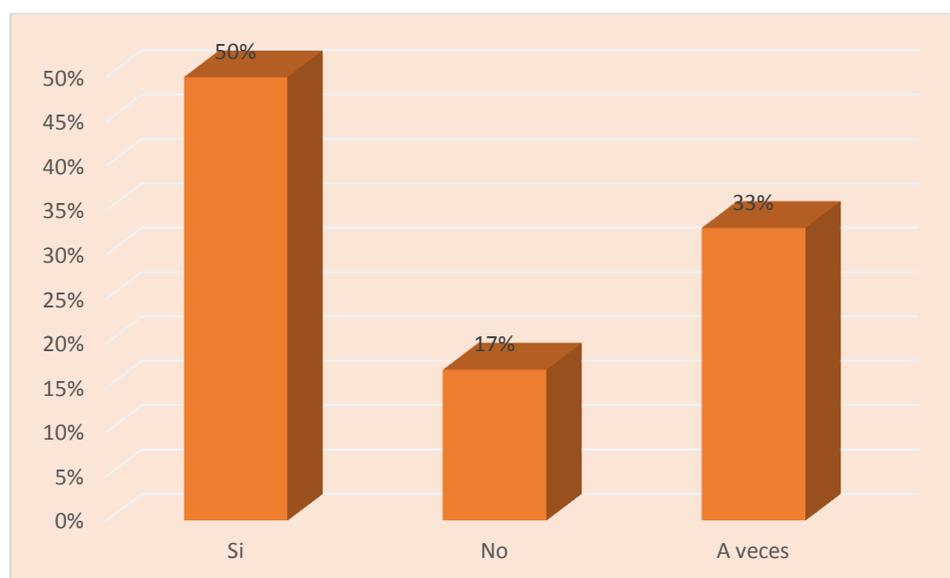


GRÁFICO 10. DISTRIBUCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DE LOS CUIDADOS BRINDADOS EN EL HOGAR

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: Párrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella

Análisis: Del total de los encuestados se refleja que el 50% si se preocupaban por los cuidados brindados en el hogar, el 33% cree que los cuidados que le dan en casa en ciertas ocasiones no es el correcto mientras que el 17% de padres y/o representantes legales manifestaron que no sienten preocupación pues creen que sus hijos están cuidados de manera correcta.

GUÍA EVALUATIVA PARA NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DEL AMBIENTE ESTRUCTURADO Y FÍSICAMENTE SEGURO DE LA INSTITUCIÓN.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	80%
NO	6	20%
TOTAL	30	100%

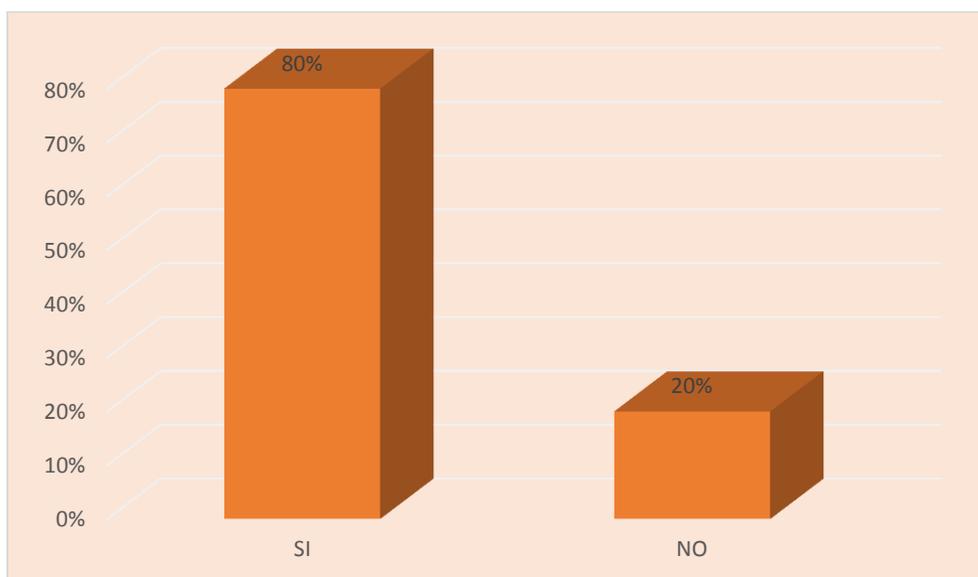


GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN DEL AMBIENTE ESTRUCTURADO Y FÍSICAMENTE SEGURO DE LA INSTITUCIÓN

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema & Reyes Vera Gianella.

Análisis: El gráfico 11 correspondiente al ambiente estructurado, muestra que para el 20% de los infantes con el Síndrome de Down no es físicamente seguro porque son preescolares que aún necesitan de una estricta supervisión, mientras que para el 80% sí es seguro, pues este grupo ha desarrollado la capacidad de medir el riesgo.

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN ACERCA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS NIÑOS Y EL PERSONAL EDUCATIVO.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	15	50%
REGULAR	10	33%
MALA	5	17%
TOTAL	30	100%

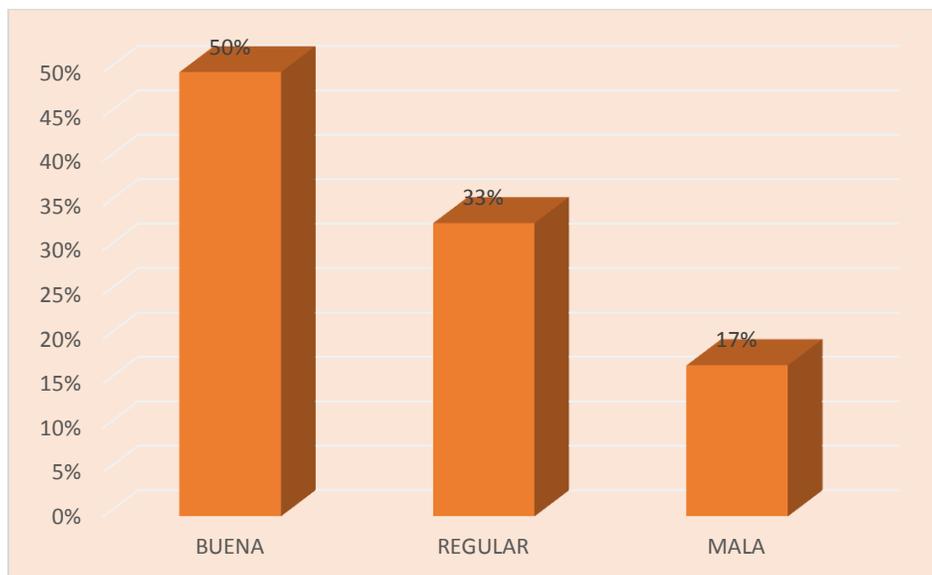


GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN ACERCA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE NIÑOS Y PERSONAL EDUCATIVO

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema & Reyes Vera Gianella.

Análisis: Al valorar a los estudiantes con Síndrome de Down, se puede observar que el 17% tiene una mala relación docente-estudiante debido a que, por no prestar atención a sus tareas, el docente no puede subir el nivel de estudio de aquellos estudiantes, el 33% tiene una regular comunicación con la docente debido a que prestan atención a distractores que no les dejan cumplir a cabalidad sus tareas y el 50 % si tiene una buena comunicación pues ellos comprenden y ejecutan la tarea indicada.

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN A NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAILAR	10	34%
CANTAR	6	20%
PINTAR	10	33%
EJERCICIOS	4	13%
TOTAL	30	100%

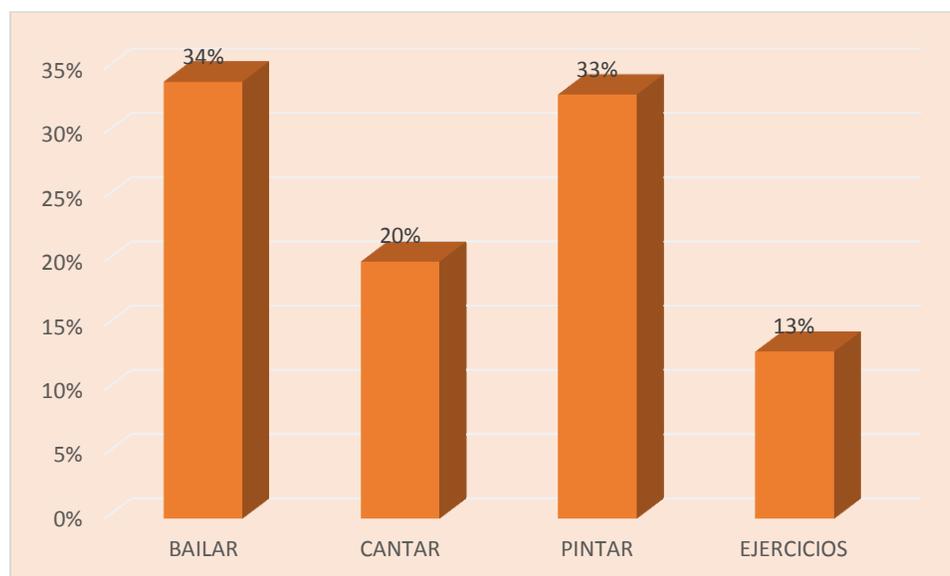


GRÁFICO 13. DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN A NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema & Reyes Vera Gianella.

Análisis: En el gráfico 13 correspondiente a las actividades de estimulación, se interpreta que el 13% realiza ejercicios, el 20% se dirigen más al canto, el 33% se dedica a pintar y el 34% se inclina más a bailar. Estas actividades aparte de ser estimulantes, se las consideran recreativas y fueron aceptadas por cada uno de los infantes de acuerdo a sus preferencias.

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN SOBRE ADAPTACIÓN DE ACTIVIDADES DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	20%
NO	10	33%
A VECES	14	47%
TOTAL	30	100%

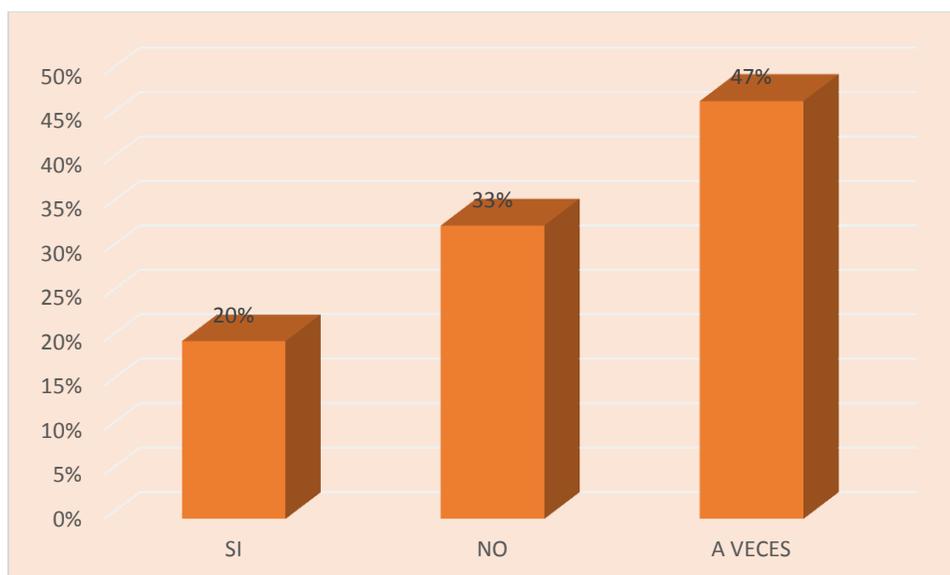


GRÁFICO 14. DISTRIBUCIÓN SOBRE ADAPTACIÓN DE ACTIVIDADES DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema & Reyes Vera Gianella.

Análisis: En relación a la adaptación se evidenció que el 20% si se adapta a las actividades realizadas, el 33% no logra adaptarse y el 47% a veces se ajusta; por tal motivo con los infantes que no logran este proceso referentes a las actividades pedagógicas, se realizó dinámicas en relación al material compartido en clases con el fin de que logren insertarse.

POST- ENCUESTA PARA CUIDADORES

TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADOS BRINDADOS EN EL HOGAR DESPUES DE LAS INTERVENCIONES BRINDADAS A CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES.

FRECUENCIA	
Higiene	25
Alimentación	30
Espacios de recreación	15
Salud	17
Afecto	20

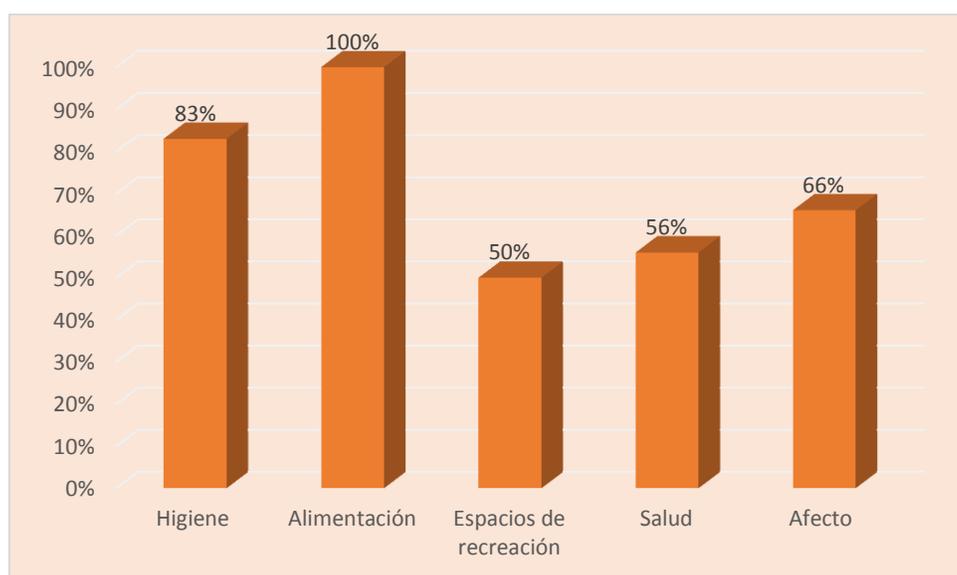


GRÁFICO 15. DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADOS BRINDADOS EN EL HOGAR DESPUES DE LAS CHARLAS BRINDADAS A CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.

Elaborado por: PARRALES SUÁREZ ZULEMA & REYES VERA GIANELLA.

Análisis: El gráfico 15 relacionado a los cuidados brindados en el hogar muestra una mejoría priorizando el ámbito de la alimentación reflejado en un 100%, higiene con un 83%, afecto con un 66%, la salud con un 56% y los espacios de recreación con un 50%. Previo a lo antes mencionado se observa una notable mejoría, no obstante es necesario seguir trabajando para que se alcance un porcentaje ideal para la buena calidad de vida de cada uno de estos infantes.

TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN DE LOS CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	15	50%
A veces	9	30%
Nunca	6	20%
TOTAL	30	100%

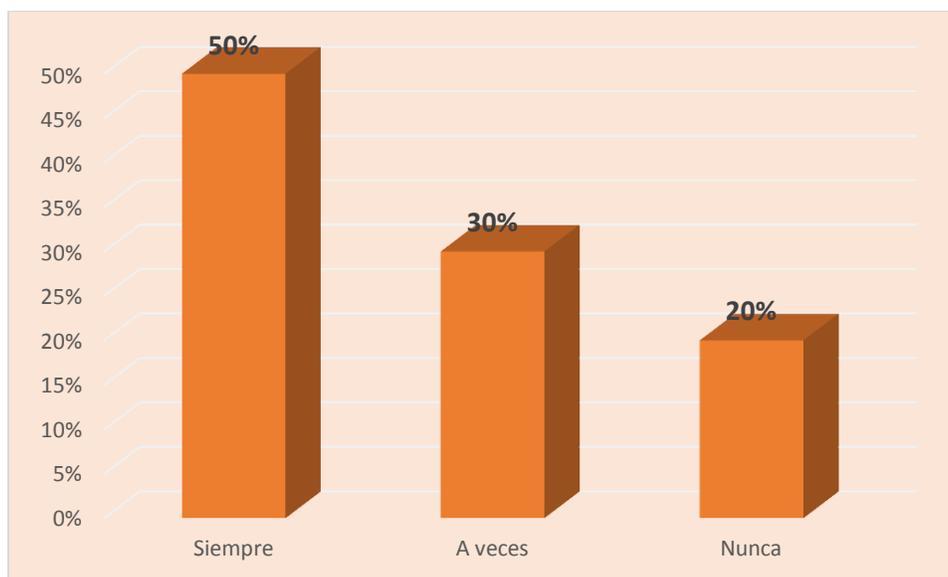


GRÁFICO 16. DISTRIBUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN DE LOS CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.

Elaborado por: PARRALES SUÁREZ ZULEMA & REYES VERA GIANELLA.

Análisis: Según los datos obtenidos, se demuestra que el 50% siempre asiste a las capacitaciones brindadas referentes al cuidado con el Síndrome de Down teniendo en cuenta las charlas brindadas en la Institución, el 30% a veces asiste y el 20% nunca asiste.

TABLA 17. DISTRIBUCIÓN SOBRE LA RESPONSABILIDAD DE LOS CUIDADOS BRINDADOS EN EL HOGAR AL FINAL DE LAS TERAPIAS GRUPALES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	20	67%
No	2	6%
A veces	8	27%
TOTAL	30	100%

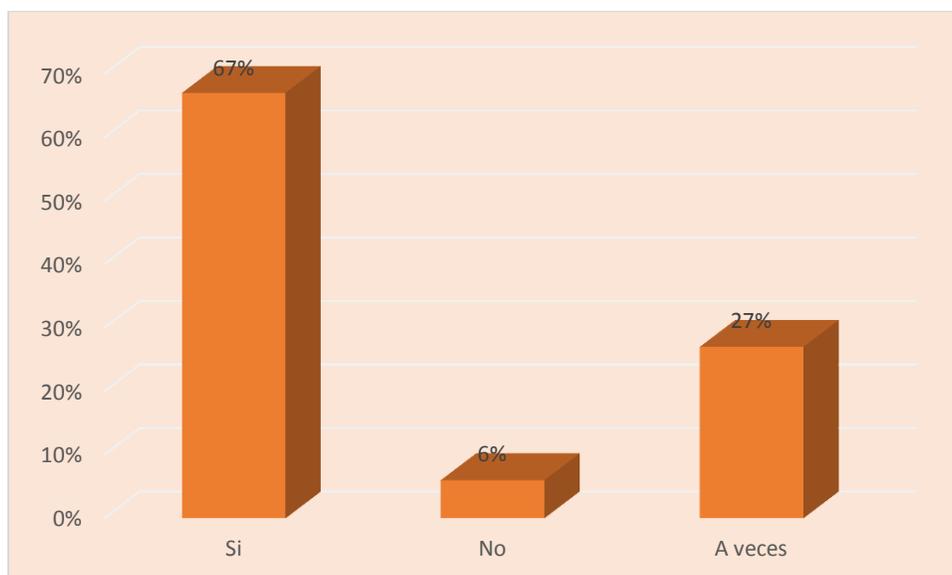


GRÁFICO 17. DISTRIBUCIÓN SOBRE LA RESPINSABILIDAD DE LOS CUIDADOS BRINDADOS EN EL HOGAR AL FINAL DE LAS TERAPIAS GRUPALES.

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones.

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema & Reyes Vera Gianella.

Análisis: Se analiza que el 67% siente preocupación sobre el cuidado del niño/a con el Síndrome de Down pues existe aún el temor de que ellos tengan futuras complicaciones por no cuidarlos correctamente, el 27% a veces siente algún tipo de preocupación y el 6% refiere no sentir preocupación alguna.

TABLA 18. DISTRIBUCIÓN SOBRE UTILIDAD DE TALLERES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	28	93%
No	2	7%
TOTAL	30	40%

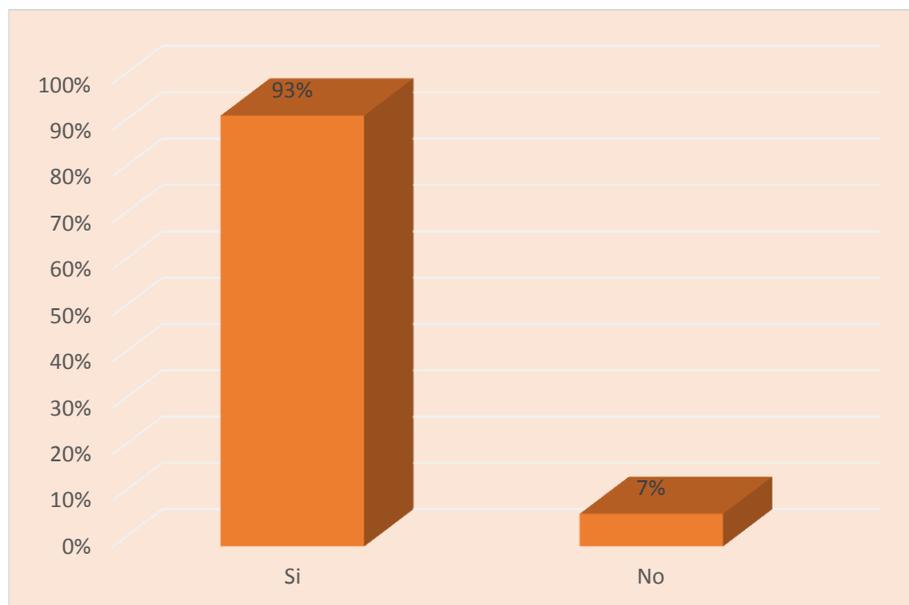


GRÁFICO 18. DISTRIBUCIÓN DE LA UTILIDAD DEL TALLER.

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: PARRALES SUÁREZ ZULEMA Y REYES VERA GIANELLA

Análisis: El gráfico referente a la utilidad del taller para la vida diaria de los padres y/o representantes con los niños manifiestan en un 93% que si serán importante y de gran utilidad, mientras que el 7%, es decir 2 personas de las 30 a quienes se brindaron las charlas no consideran relevantes los temas para el cuidado diario del niño con Síndrome de Down.

TABLA 19. DISTRIBUCIÓN DE LOS ACUERDOS Y COMPROMISOS QUE SE DIERON AL FINAL DE LAS TERAPIAS GRUPALES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	28	93%
No	2	7%
TOTAL	30	40%

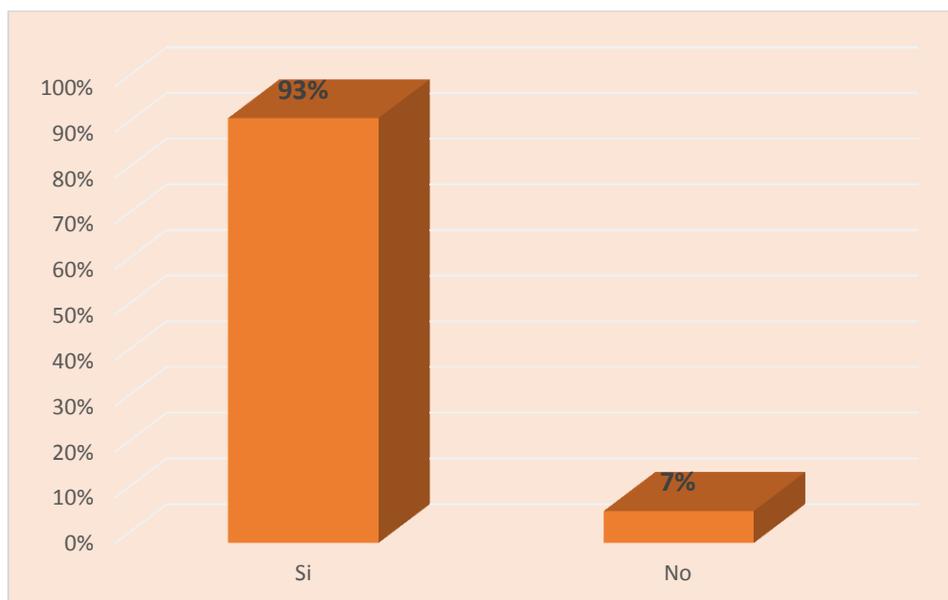


GRÁFICO 17. DISTRIBUCIÓN DE LOS ACUERDOS Y COMPROMISOS QUE SE DIERON AL FINAL DE LAS TERAPIAS GRUPALES

Fuente: Padres y/o representantes de niños/as con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones

Elaborado por: Parrales Suárez Zulema y Reyes Vera Gianella

Análisis: Concerniente a los acuerdos y compromisos que se dieron al final de las charlas, el 93% del grupo revelan que estos si le permitirán mejorar el cuidado de su hijo y/o representado con Síndrome de Down, mientras que dos personas, es decir el 7%, manifiestan que no pueden mejorar los cuidados ya que a pesar de la intención que tienen, la disponibilidad de tiempo no ayuda a brindar el cuidado optimo a su hijo.

ANEXO 9. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS.



Foto 1. Socialización del trabajo de titulación a los cuidadores y/o representantes de los infantes con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones



Foto 2. Socialización del consentimiento informado a los cuidadores y/o representantes de los infantes con el Síndrome De Down de la Unidad Educativa Melvin Jones



Foto 3. Realización de terapias cognitivas: Identificación de colores, en infantes con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones



Foto 4. Realización de terapias cognitivas: Identificación de números, en infantes con el Síndrome de Down de la Unidad Educativa Melvin Jones



Foto 5. Aplicación de Encuesta dirigida a cuidadores y/o representantes de infantes con el Síndrome de Down



Foto 6. Ejecución de terapias recreativas: el baile en infante con el Síndrome de Down.



Foto 7. Realización de terapias cognitivas-conductuales con el tema: cepillado de dientes realizada mediante un fantoma.



Foto 8. Realización de terapias cognitivas-conductuales con el tema: Lavado de manos realizada mediante mímicas.

GLOSARIO.

Autonomía: Capacidad del individuo de participar y estar de acuerdo con las decisiones que perjudican a la salud y al bienestar. (Almeida, E., et al. 2017).

Biopsia: Proceso quirúrgico que se basa en la extracción de una parte específica de un tejido vivo, con la finalidad de ejecutar su examen microscópico para evaluar su extensión y naturaleza. (Organización Colegial de Dentistas de España, 2017).

Blefaritis: Tumefacción en el extremo del párpado. (Heiting, H., 2017).

Cognición: Desarrollos intelectuales superiores. Es el uso del conocimiento por parte del individuo. (Yankovic, D., 2014).

Cromosoma: Estructuras que se encuentran en el centro de las células en las que se constituye el ADN y contiene la información genética de la persona. (Almeida, E., et al. 2017).

Gen: Cadena de ADN que constituye la unidad funcional para la transferencia de los caracteres hereditarios. (Real Academia Española, 2017).

Hormona: Sustancia química producida por un órgano o parte del mismo que al transportarse mediante la circulación u otros líquidos, influye sobre las funciones de algunos sistemas del individuo, como reguladora de las reacciones químicas a distancia. (Almeida, E., et al. 2017).

Infección: Invasión al cuerpo por gérmenes patógenos y reacción de los tejidos (Almeida, E., et al. 2017).

Sajón: Persona con origen germánico que habitaba antiguamente en la desembocadura del Elba, que se estableció en Inglaterra en el siglo V. (Real Academia Española, 2017).

Síndrome: Conjunto de síntomas y signos característicos de una patología. (Real Academia Española, 2017).

ANEXO N° 10. CERTIFICADO ANTIPLAGIO



La Libertad, 26 de Abril de 2018

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR YDA-2018

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN. UNIDAD EDUCATIVA MELVIN JONES - LA LIBERTAD 2017, elaborado por la(s) señoritas REYES VERA GIANELLA ALEXANDRA Y PARRALES SUÁREZ ZULEMA JAZMIN, estudiantes de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de investigación ejecutado, se encuentra con 0% de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Lic. Díaz Amador Yanedsy, MSc.

C.I.: 0960242659

DOCENTE TUTOR



Reporte Urkund.

Documento [TRAB. INVESEG. ZULEMA Y GEANELLA.docx](#) (D37937672)

Presentado 2018-04-24 16:47 (-05:00)

Presentado por yanedsy (ydiaz@upse.edu.ec)

Recibido ydiaz.upse@analysis.orkund.com

Mensaje Trabajo de investigación-Zulema y Geanella [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de estas 15 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Fuentes de similitud

Lista de fuentes Bloques yanedsy (idyaz)

Categoria	Enlace/nombre de archivo
>	Tesis SI.docx
Fuentes alternativas	
	RESUMEN.docx de urkund.docx
	BIH.docx
Fuentes no usadas	