

UNIVERSIDAD NACIONAL DE
MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

REQUISITO CURRICULAR
- PLAN DE ESTUDIOS 19890CS 143/89



N° CLASIFICACION :	ADQUISICION :
f-19 L	PASE
	N° INVENTARIO :
	1512

Claudia Marcela Larrosa, Mat. 966/87
Dni 14.929.638

Nora González Rodríguez, Mat. 1097/88
Dni 92.648.043

UNIDAD ACADÉMICA: FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE
MAR DEL PLATA

TITULO DEL PROYECTO:

ACEPTACIÓN SOCIAL DE NIÑOS CON SINDROME DE DOWN
INTEGRADOS EN ESCUELAS COMUNES

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CORRESPONDIENTE
AL REQUISITO CURRICULAR PLAN DE ESTUDIOS 1989 OCS 143/89

Alumnos:

Claudia Marcela Larrosa, Mat. 966/87
Dni 14.929.638

Nora González Rodríguez, Mat. 1097/88
Dni 92.648.043

Supervisora: Lic. Liliana Bakker Co-supervisora: Lic. Marcela C. Lopez

Cátedra de Radicación: Bioética, Genética Humana y Salud

Fecha de Presentación:

“Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Claudia Marcela Larrosa y de Nora González Rodríguez de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”.

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Claudia Marcela Larrosa y Nora A. González Rodríguez, matrícula Nro. 966/87 Y 1097/88 respectivamente, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los Días del mes de del año 2006.”



Lic. Liliana Bakker
Supervisora



Lic. Marcela Lopez
Co-Supervisora

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de valorar la aceptación social de niños con Síndrome de Down integrados en los Niveles de Educación, EGB 1, 2 y 3 en escuelas comunes analizando la relación entre edad y género del niño integrado con su aceptación social.

La realización del trabajo demandó más tiempo del previsto en el cronograma Sin embargo consideramos que el tiempo demandado, les permitió a las tesisas incorporar las herramientas metodológicas necesarias en el campo de la investigación: búsqueda y análisis de bibliografía específica, diseño y administración de instrumentos para recolectar los datos, tabulación y análisis de los mismos, elaboración y redacción del informe de tesis.

En calidad de supervisora y co-supervisora del proyecto podemos concluir que los objetivos han sido alcanzados, permitiendo generar información nueva del tema abordado. Así los datos obtenidos permiten un diagnóstico de la situación y favorecen el planeamiento de acciones y programas que asistan el proceso de integración.


LILIAUA BARKER


Liliaua Barker

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Claudia Marcela Larrosa y Nora A. González Rodríguez, matrículas 966/87 y 1097/88 respectivamente.”

PLAN

DE

TRABAJO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN –REQUISITO CURRICULAR
PLAN DE ESTUDIOS 1989 OCS 143/89**

APELLIDO Y NOMBRES: Larrosa Claudia Marcela Mat. 966/87
González Rodríguez Nora A. Mat. 1097/88

CÁTEDRA DE RADICACIÓN: BIOLOGÍA HUMANA

SUPERVISOR: Lic. Liliana Bakker

CO-SUPERVISOR: Lic. Marcela C. López

EL PROYECTO FORMA PARTE DE: *Análisis del impacto social, psicológico y educativo de la integración escolar de niños con Síndrome de Down. Estudio longitudinal en el Nivel Inicial de Educación y el primer año de la Enseñanza General Básica en la ciudad de Mar del Plata. 15/H079* Grupo de Investigación: Bioética, Genética Humana y Salud. RR 1102/93 OCA 1040.

TITULO DEL PROYECTO:

***ACEPTACIÓN SOCIAL DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN INTEGRADOS
EN ESCUELAS COMUNES***

PALABRAS CLAVES

Síndrome de Down- integración escolar - aceptación social-

DESCRIPCIÓN RESUMIDA

El Síndrome de Down (SD) es la primer causa genética de retraso mental y se presenta con una incidencia de 1 cada 700 niños nacidos vivos, involucra la afectación de diversas áreas, así como el desarrollo cognitivo, afectivo y social.

Desde hace unos años la integración de estos niños en escuelas comunes es una realidad, según trabajos previos, en Mar del Plata, el 31% de los niños integrados presentan retraso mental, de los cuales el 78% posee diagnóstico de SD.

Si se considera a los niños con discapacidad mental como sujetos de riesgo de experimentar problemas y dificultades en sus relaciones interpersonales, las habilidades sociales de esta población han de considerarse un aspecto relevante de intervención.

Las relaciones entre iguales en la infancia contribuyen significativamente al desarrollo del correcto funcionamiento interpersonal y proporcionan oportunidades únicas para el aprendizaje de habilidades específicas que no pueden lograrse de otra manera ni en otros momentos. Son numerosas las investigaciones que señalan la relación existente entre competencia social y logros escolares, sociales y ajuste personal y social. Así el presente trabajo tiene como propósito analizar la aceptación social de niños con SD que participan en programas de integración en la escuela común.

Los datos obtenidos permitirán realizar un diagnóstico de la situación y ofrecer información a los diversos actores involucrados en la integración escolar de estos niños que posibilite desarrollar adecuadas estrategias de intervención.

OBJETIVO GENERAL

- Valorar la aceptación social de niños con Síndrome de Down integrados en escuelas comunes.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Analizar en los Niveles de Educación, EGB 1, 2 y 3 la aceptación social de niños con Síndrome de Down integrados en el sistema escolar.
- Indagar la relación entre edad y género del niño integrado con su aceptación social.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

El presente proyecto se implementará a través de un estudio exploratorio, descriptivo, transversal. La población en estudio la constituyen los grupos escolares de escuelas comunes estatales y privadas de la ciudad de Mar del Plata que participan de proyectos de integración educativa de niños con Síndrome de Down.

La investigación se llevará a cabo mediante la implementación de un test sociométrico, el sociograma, instrumento que explora uno de los aspectos del amplio campo de la sociometría: el grado de cohesión y la forma de estructura espontánea de un grupo. Empleado con mucha frecuencia en la sociología escolar, su utilización en una clase permite captar una imagen bastante objetiva, cómoda, rápida y cuantitativa de las relaciones en ella existentes, en palabras de Northway es *"un medio para determinar el grado en que los individuos son aceptados en un grupo, para descubrir las relaciones que existen entre estos individuos y para poner al descubierto la estructura del grupo mismo"*.

Los datos obtenidos serán tabulados en una tabla o matriz sociométrica, a fin de confeccionar los respectivos sociograma y psicograma que permitirán el análisis e interpretación de los resultados.

Durante el transcurso del trabajo se realizará una búsqueda y actualización bibliográfica constante.

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL TRABAJO

Facultad de Psicología – Instituciones Educativas estatales y privadas de la ciudad de Mar del Plata.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MESES					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Búsqueda bibliográfica permanente	X	X	X	X	X	X
Desarrollo del marco teórico	X	X				
Contacto con las Instituciones Educativas		X				
Administración del test sociométrico			X	X		
Confección del sociograma y psicograma					X	
Análisis de los datos obtenidos					X	X
Elaboración Informe final				X	X	X

BIBLIOGRAFÍA

Bowley, A.; Gardner, L. (1987). El niño disminuido. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires.

Jimenez, M. (1994). Competencia social: intervención preventiva en la escuela. Infancia y sociedad. 24:21-48.

Northway, M. (1964). Sociometría scolastica: breve guida per gli educatori. Firenze, la nuova Italia.

Moreno J. (1972). Fundamentos de la Sociometría. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Perera, Juan (1995). Síndrome de Down. Aspectos específicos. Ed. Masson. España.

Trianes V., García J., Blanca J. (2003). Competencia social en niños retrasados mentales educables integrados versus educación especial.
<http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/educati/ata.htm>

W. Alvarez

Firma Supervisor



Firma Co-Supervisor

[Signature] 966/87

[Signature] 1097/88

Firma del Alumno

Aprobado.
[Signature]

22-10-04.

Comité de Investigación

Comité de Investigación

FECHA DE CONFORMIDAD:

Mar del Plata, agosto 2004

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología
Secretaría de Investigación y Posgrado
Lic. Cristina Belloc
S/D

Por medio de la presente certifico que la Lic. López Marcela C. (DNI 16.248.88) es integrante del Grupo de Investigación Bioética, Genética Humana y Salud de la Facultad de Psicología, desarrollando actividades de investigación en forma activa en los últimos seis años en los siguientes proyectos: Asesoramiento Genético, una mirada interdisciplinaria; Intervención docente en la derivación genética de niños que presentan características conductuales del Síndrome de X Frágil en el Nivel inicial de Educación; Análisis del Impacto social, psicológico y educativo de la integración escolar de niños con Síndrome de Down (en curso).

Asimismo, ha coordinado diversos Cursos de Extensión y Talleres en la citada temática, como así también, ha presentado trabajos en Jornadas Científicas y Congresos Nacionales e Internacionales y publicado los datos obtenidos de las investigaciones citadas en revistas con referato.

Cabe agregar que ha codirigido dos investigaciones de pregrado, Caracterización de la población de niños con integración escolar en el Nivel Inicial de la ciudad de Mar del Plata; Síndrome X Frágil: Aspectos neurosicológicos y aprendizaje en la edad escolar.

Por lo expuesto, considero que su formación en investigación le permite la supervisión de trabajos de pregrado en las temáticas citadas.

Sin otro particular, atte


Dr. Justo Zanier

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	7
Aspectos Genéticos	7
Características Físicas	11
Desarrollo Cognitivo	13
Lenguaje	15
Habilidades Sociales	18
Integración Educativa	22
METODOLOGÍA	26
RESULTADOS	30
Nivel Inicial	31
EGB 1	36
EGB 2	48
EGB 3	52
CONCLUSIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	57

INDICE

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.1 N. Inicial.....	31
TABLA 2: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.2 N. Inicial.....	32
TABLA 3: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.3 N. Inicial.....	33
TABLA 4: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.4 N. Inicial.....	34
TABLA 5: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.1 EGB 1.....	36
TABLA 6: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.2 EGB 1.....	37
TABLA 7: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.3 EGB 1.....	39
TABLA 8: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.4 EGB 1.....	40
TABLA 9: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.5 EGB 1.....	42
TABLA 10: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.6 EGB 1.....	44
TABLA 11: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.7 EGB 1.....	45
TABLA 12: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.1 EGB 2.....	48
TABLA 13: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.2 EGB 2.....	50
TABLA 14: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.1 EGB 3.....	52

ÍNDICE DE CUADROS -

CUADRO 1. Comparativo aspectos efectivos y afectivos en N. Inicial.....	35
CUADRO 2: Comparativo aspectos efectivos y afectivos EGB 1.....	47
CUADRO 3: Comparativo aspectos efectivos y afectivos EGB 2.....	51
CUADRO 4: Comparativo aspectos efectivos y afectivos EGB 3.....	54

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1: Composición Cromosómica normal.....	8
GRÁFICO 2: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.1 N. Inicial.....	31
GRÁFICO 3: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.2 N. Inicial.....	32
GRÁFICO 4: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.3 N. Inicial.....	34
GRÁFICO 5: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.4 N. Inicial.....	35
GRÁFICO 6: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.1 EGB 1.....	36
GRÁFICO 7: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.2 EGB 1.....	38
GRÁFICO 8: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.3 EGB 1.....	40
GRÁFICO 9: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.4 EGB 1.....	41
GRÁFICO 10: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.5 EGB 1.....	43
GRÁFICO 11: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.6 EGB 1.....	44
GRÁFICO 12: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.7 EGB 1.....	46
GRÁFICO 13: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.1 EGB 2.....	49
GRÁFICO 14: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.2 EGB 2.....	51
GRÁFICO 15: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.1 EGB 3.....	53

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

"En más de una ocasión nos hemos encontrado frente a un niño con Síndrome de Down y no sabemos qué hacer ni cómo actuar. Es importante que conozcamos la razón de esta patología y aprendamos a aceptarlos e integrarlos en nuestras vidas, como cualquier otro niño, ya que los beneficios son tanto para ellos como para nosotros (Dr. Pedro Barreda, 2004)

El Síndrome de Down (SD) es la primera causa genética de retraso mental y se presenta con una incidencia de 1 cada 700 niños nacidos vivos. Este síndrome involucra la afectación de diversos órganos, así como el desarrollo cognitivo, afectivo, y social.

Si se considera a los niños con discapacidad mental como sujetos de riesgo de experimentar problemas y dificultades en sus relaciones interpersonales, las habilidades sociales de esta población han de considerarse un aspecto relevante de intervención.

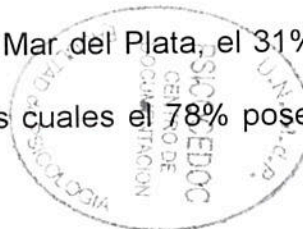
El ser aceptado por otros hace que un niño se sienta importante, poderoso y admirado, características esenciales para lograr la autoestima y la confianza. Las amistades durante la infancia proporcionan también al niño un espacio donde expresar sentimientos y conflictos. En esta etapa de desarrollo las relaciones entre iguales contribuyen de manera significativa al correcto funcionamiento interpersonal y proporcionan oportunidades únicas para el aprendizaje de habilidades específicas que no pueden lograrse de otra manera.

Los niños con SD, no solo tienen que afrontar las demandas de su discapacidad sino también las reacciones de alguno de sus pares.

La aceptación social de estos niños comienza con la aceptación emocional de la discapacidad. Si éste se admite como es y esta seguro de sí, los demás aprenderán a quererlo y a aceptarlo. La aceptación abre la puerta para que los demás trasciendan la discapacidad.

Actualmente es cada vez más frecuente que los niños con SD participen de proyectos de integración. La integración es una tendencia mundial que en los últimos años ha tenido un fuerte impulso en el país. De acuerdo a los datos del Ministerio de Educación, en 1999 había 5.396 niños con algún tipo de discapacidad estudiando en 744 establecimientos estatales y privados con curriculum normal. Sin embargo, en el 2001 estas cifras se duplicaron, incrementándose a 10.705 menores y 1.115 las instituciones educativas que reciben alumnos con necesidades educativas especiales. (Biggio y col, 2002).

Según trabajos previos realizados en Mar del Plata, el 31% de los niños integrados presentan retraso mental, de los cuales el 78% posee diagnóstico de SD (Biggio y col. 2002)



En este marco la integración educativa de estos niños en la escuela común supone la responsabilidad por parte de docentes y familia a fin de fomentar un ambiente de cooperación entre todos los alumnos, solo dentro de este contexto se puede generar el respeto, la aceptación y el sentido de la amistad, no como un aspecto mas dentro de la currícula, sino como un proyecto de vida que beneficia a todos los alumnos. Un ambiente hostil y de gran indiferencia puede vulnerar la autoestima de cualquier alumno, especialmente del niño integrado.

Dentro del proceso de integración en el Nivel Inicial y EGB no es necesario implementar acciones a fin de preservar la autoestima y el sentido de

pertenencia del niño integrado, ya que en esta etapa no existe demasiada distancia entre el grupo y el niño con SD. En cambio, en niveles superiores comienza a percibir que no es tan eficiente y competente como sus compañeros, manifestándose a través de conductas disruptivas o de aislamiento. De la relación del docente y el niño integrado depende en gran parte la relación del grupo con el niño.

Una verdadera inclusión depende de que se reconozca que ayudar a los niños a construir relaciones con sus compañeros es un aspecto crítico e importante en la vida escolar. Es fundamental compensar la falta de oportunidades de interacción entre los niños con SD y sus compañeros propiciando situaciones en el aula que estimulen esta interacción. Si bien, en los niños con SD se observa una tendencia hacia la socialización, es posible que la imposibilidad para conseguirlo de modo efectivo en repetidas ocasiones acabe por afectar el nivel de interacción participativa con sus compañeros.

El presente trabajo analiza la aceptación social de niños con SD que participan en programas de integración en la escuela común. Los datos obtenidos permitirán realizar un diagnóstico de la situación y ofrecer información a los diversos actores involucrados que posibilite el desarrollo adecuado de estrategias de intervención.

OBJETIVO GENERAL

- Valorar la aceptación social de niños con Síndrome de Down integrados en escuelas comunes.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Analizar en los Niveles de Educación, EGB 1, 2 y 3 la aceptación social de niños con Síndrome de Down integrados en el sistema escolar.
- Indagar la relación entre edad y género del niño integrado con su aceptación social.

MARCO

TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

ASPECTOS GENÉTICOS

El SD fue llamado así en honor al médico inglés John Langdon Down quién fue el primero en identificarlo en el año 1866. Este designó a esta afección como mongolismo, por encontrar un parecido entre estos niños y los asiáticos de raza mongólica. Pero debido a las connotaciones raciales negativas del término y a su inexactitud en cuanto a comparación física, el vocablo ha sido sustituido. Se pensaba que el mongolismo era una especie de salto atrás hacia un tipo racial más primitivo.

A través del tiempo, muchas teorías se propusieron para explicar las causas de este síndrome. Inicialmente la causa de su aparición se atribuyó a malformaciones endocrinas o a que los progenitores padecían de tuberculosis o sífilis. Posteriormente se observaron un número importante de niños con SD que eran los últimos hijos de familias numerosas, sugiriéndose como causa el agotamiento uterino.

Por otro lado, se observó que las madres de muchos de estos niños eran de edad avanzada. Esto dio lugar a varias teorías acerca de problemas maternos, tales como el papel desempeñado por el agotamiento y la ansiedad. Estas teorías hicieron brotar ilusorias esperanzas acerca de una mejor asistencia a la madre para poder eliminar el trastorno.

Recién en 1959, el doctor Jerome Lejeune descubrió que las causas se debían a una alteración genética, encontrando que el núcleo de las células de los individuos afectados poseía 47 cromosomas, es decir, uno más que los 46

habituales. Por tanto, un cromosoma extra era el responsable de esta patología.

A continuación se observa un cariotipo (gráfico que muestra la composición cromosómica de un individuo) de un varón con Síndrome de Down.

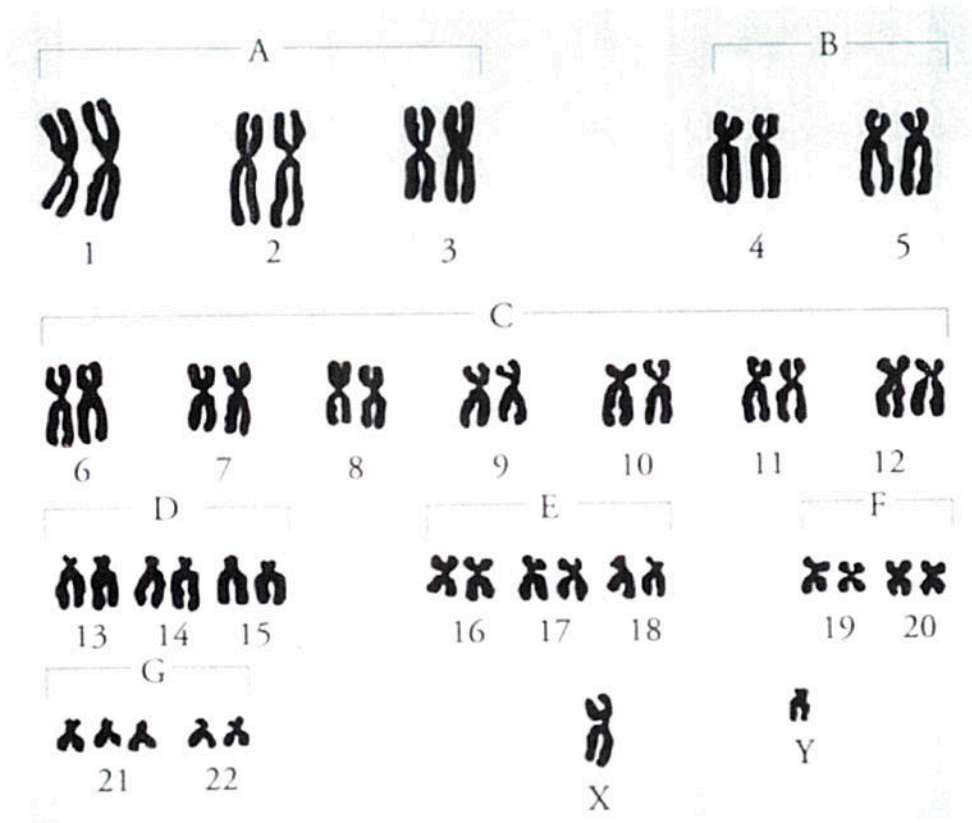


GRÁFICO 1 Composición cromosómica de un sujeto.

En condiciones normales, el cigoto o huevo que se forma a partir de la unión de un espermatozoido con un óvulo hereda 23 cromosomas de la madre y 23 del padre. Sin embargo, en esta patología se produce, en un 95% de los casos una no disyunción, es decir el cromosoma 21 no se separa durante la meiosis, este exceso de material genético, es lo que determina que ese nuevo ser posea SD, conocido también como Trisomía 21 (Barreda, 2004).

En casi la totalidad de los casos este error se produce de forma espontánea, sin que medie un problema en ninguno de los progenitores. No

obstante, existe una relación entre la edad de la madre y las probabilidades de tener un hijo con S.D., riesgo que aumenta en los embarazos después de los 35 años.

La mujer nace con el total de los óvulos, por lo tanto, a los cuarenta años, éstos tienen la misma edad que la misma, de manera que al estar detenidos todo ese tiempo, estuvieron expuestos a daños ambientales o de otro tipo, que pudieron ocasionar deterioros en el sistema que posibilita la migración ordenada de los cromosomas a las células hijas durante la formación de las gametas. (Barreda, 2004)

Por otra parte, hay un mínimo porcentaje en el que existe un factor hereditario, y es cuando uno de los padres, siendo sano, es portador pasivo de un cromosoma extra que traspasa a su hijo.



Existen 3 tipos de trisomía:

- **Trisomía simple del par 21:** este tipo de trisomía se presenta en casi el 95% de niños con S.D. Las células del organismo tienen 3 copias completas del cromosoma 21. Generalmente se debe al proceso de no separación de los cromosomas homólogos en las células germinales en el momento de la meiosis I o meiosis II.

- **Translocación:** alrededor del 3,5% de los casos con Vd., se debe a la presencia de una translocación no equilibrada, generalmente entre los cromosomas 14 y 21. El óvulo o el espermatozoide aporta un cromosoma 21 completo más el trozo adherido a otro cromosoma, y la célula germinal de la pareja aporta un cromosoma 21. En la concepción el resultado final será la presencia de 2 cromosomas 21 más una tercera porción del 21 translocada en otro cromosoma.

• **Mosaicismo:** aparece en el 1-2% de los casos con SD. El individuo presenta 2 líneas celulares en su organismo, una con trisomía 21 completa y una normal. Puede deberse a una no separación durante las primeras divisiones celulares post-concepción.

El niño con mosaicismo presenta un mejor pronóstico de desarrollo, ya que es posible que su cerebro posea una cantidad considerable de células normales. (Swaiman, 1996)

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Si bien los signos diagnósticos del SD varían de un caso a otro, al igual que cambian con la edad, el aspecto físico es notablemente similar. Sin embargo, ni el número ni la índole de los signos físicos presentes están relacionados con el cociente intelectual (CI).

El niño con SD presenta estatura pequeña, ojos oblicuos con un pliegue en el ángulo interno, dedo meñique atrofiado, orejas pequeñas, nariz chata, rostro y cuello ancho, dientes pequeños y manos cortas, flacidez muscular; desarrollo sexual tardío e incluso incompleto en relación con los órganos reproductores.

Generalmente presentan problemas visuales, como miopía y estrabismo; y auditivos, ya que sus oídos son más pequeños fácilmente contraen infecciones. Es importante realizar controles periódicos a lo largo del desarrollo para prevenir mayores dificultades auditivas y visuales, evitando así que dificulten el aprendizaje.

El cerebro y por lo tanto el cráneo es bastante pequeño. Así, pues, a la edad de quince años poseen un tamaño de cabeza comparable al de un niño normal de dos años y medio. (Edgerton, 1980).

Asimismo, son propensos a contraer enfermedades respiratorias, padecer alteraciones metabólicas y desarrollar leucemia y otro tipo de cánceres. Su expectativa de vida tiende a ser inferior al resto de la población -en promedio alcanzan los 40 años- lo que está sujeto en gran medida de su acceso a la salud, calidad de nutrición y estilo de vida, independiente de su herencia racial o familiar.

Las cardiopatías constituyen la preocupación más frecuente —40% de ellos las padece—, por lo cual, al nacer se les practica una ecocardiografía y se los controla periódicamente.

También pueden presentar alteraciones o malformaciones del aparato digestivo, que se corrigen a los pocos días de vida con una cirugía.

En la adolescencia, el desarrollo sexual está por lo general demorado o es incompleto. Los varones poseen genitales de pequeño tamaño y no llegan nunca a ser fértiles. Las mujeres presentan la menarca a la edad normal y tan sólo algunas mujeres con SD han tenido hijos, de los cuales aproximadamente la mitad de éstos han presentado el síndrome.

El proceso de envejecimiento difiere algo del normal, sobre todo en cuando a la desecación y la aspereza progresiva de la piel, la retracción de las encías y diversos cambios cerebrales asociados, normalmente, con la senilidad.

Su sistema inmunológico se encuentra disminuido, es decir, tienen menos defensas contra virus y enfermedades. Tienden a tener sobrepeso, ya que debido a su hipotonía, son más sedentarios, pero si realizan ejercicio físico y llevan una alimentación balanceada, deberían mantener un peso normal (Ruiz, 2004)

DESARROLLO COGNITIVO

Considerando que la edad mental es el nivel de capacidad o aptitud que un sujeto ha alcanzado en comparación con el nivel medio para una determinada edad para la mayoría de los individuos y edad cronológica a los años de vida de la persona. El coeficiente intelectual (CI), resulta al dividir la edad mental de un sujeto por su edad cronológica, multiplicando por cien el resultado. Por tanto, se considera a un sujeto deficiente mental cuando el resultado del CI es inferior a 70. (Monedero, 1990).

Se han definido cuatro grados de deficiencia mental: leve (CI de 52 a 68), moderada (CI de 36 a 51), grave (CI de 20 a 35) o profunda (CI menor de 20), estos últimos sólo consiguen desarrollar un lenguaje primitivo y tienen grandes dificultades de comunicación.

El niño con SD posee siempre algún grado de discapacidad intelectual. El CI promedia en 50 puntos, algunos más y otros menos, pero con estimulación y educación adecuadas, pueden aprender y socializar de manera similar a otros niños. Dependiendo de su capacidad para hacerlo, pueden integrarse a sistemas educativos especiales o normales.

La importancia de este retraso, depende mucho de cada niño, de la crianza y de la educación; existiendo una gran escala de posibilidades y ciertamente, los afectos y la estimulación contribuirán a mejorar su rendimiento y desarrollo. Al ser un sujeto cognitivamente diferente, este modo específico va a inferirle un modo de evolución determinado, proporcionándole una forma de proceder particular en todas sus acciones. El enfoque cognitivo permite

identificar los momentos del procesamiento de la información que son disfuncionales en la actividad mental de la persona con SD, y en consecuencia, poder identificar los antecedentes críticos con relación a su pobre rendimiento intelectual. Este rendimiento, conlleva a varios problemas, los cuales para que el niño pueda adaptarse en el medio ambiente con los demás, parte de un cambio estático, en donde aún los conocimientos son vírgenes, a un cambio dinámico dado en la interacción con el resto. (Monedero, 1990).

LENGUAJE

Los niños con SD presentan un retraso significativo en la emergencia del lenguaje y las habilidades lingüísticas aunque con una gran variabilidad de unos a otros. (Miller, 2001) Cuando se desarrolla, este es muy simple y difícil de entender. La capacidad para comprender el lenguaje se halla mucho más próxima a la normalidad que su disposición para hablar.

4El desarrollo en los niños y adolescentes con SD, difiere en aspectos importantes de los que tiene lugar en el resto de la población general. Esto ha dado origen a la definición de un perfil fenotípico especial del lenguaje, que se caracteriza por buena comprensión del vocabulario si se lo compara con el de los demás niños, mientras que hay un evidente retraso en el desarrollo de la sintaxis, con una falta de riqueza en el vocabulario utilizado, déficit en la elaboración y secuenciación de frases, en la utilización de los tiempos y los infinitivos de los verbos, las preposiciones, conjunciones, etc. Es decir, la producción del lenguaje no se correlaciona con el desarrollo cognitivo del niño y el adolescente.

En su lenguaje expresivo, muestran dificultades para manifestar sus demandas concretas aunque posean ya la capacidad de mantener un cierto nivel de conversación, por tanto, dan mejores respuestas motoras que verbales, siendo más sencillo hacer que explicar lo que hacen o deben hacer. Les es difícil transmitir sus ideas y en ciertos casos, saben que decir pero no como decirlo. Cuando no son comprendidos se basan en gestos u onomatopeyas y cuando no son interpretados se cansan y dejan de pedir ayuda. En un importante estudio sobre 93 niños con SD, se observó que estos poseían relativa debilidad en el lenguaje expresivo, mientras que no se

evidenciaban dificultades en el lenguaje receptivo. Esto puede hacer que un maestro o un compañero se dirijan a los escolares con SD, con un lenguaje que esté necesariamente por debajo de su capacidad para entender. (Rondal, 1995). Muchos niños con SD presentan dificultades en la producción del habla y en su articulación. Puede haber diferencias anatómicas, como las anomalías en las áreas cerebrales que pueden relacionarse con los problemas de producción. Por último, las diferencias en las estructuras del habla como son las cuerdas vocales, la cavidad oral o los músculos faciales, pueden restringir la producción del habla (Rondal, 1995). La dificultad que muchas personas con SD experimentan para dominar la morfosintaxis del lenguaje (conjuntar palabras en frases que estén gramaticalmente bien formadas), puede estar ligada a las dificultades básicas que se aprecian en el nivel fonológico (el nivel en que se combinan los sonidos para formar palabras), el cual sirve y sostiene el proceso de estructuración de la frase. (Fowler y col., 1995)

Son frecuentes sus trastornos de audición y los déficits de la memoria a corto plazo, que desmejoran el desarrollo de un buen cimiento de la comunicación. (Sigman y Ruskin, 1999).

En contraposición con sus débiles habilidades en el lenguaje expresivo verbal, los escolares con SD poseen habilidades gestuales relativamente fuertes (Franco y Wishart, 1995). Estas habilidades se desarrollan en etapas tempranas y compensan la falta de habilidad verbal. Al igual que ocurre con los niños sin discapacidad, se mantienen los gestos como parte del repertorio comunicativo, incluso después de haberse establecido el lenguaje verbal.

Aprenden con facilidad el lenguaje manual de signos, y el aumento del vocabulario de signos amplía su vocabulario verbal total.

Por otro lado, en las primeras descripciones clínicas sobre las personas con SD, un rasgo reiterado era la afirmación de que tuvieran particular facilidad para la conducta imitativa. Asimismo, en un estudio realizado por Sarimsky, sobre aprendizaje por observación, se comprobó que la capacidad de los niños con SD para beneficiarse de los modelos a lo largo de un período más prolongado tiene importantes consecuencias positivas para aprender a comunicarse. (Sarimsky, 1982).

HABILIDADES SOCIALES

Es indiscutible que las relaciones interpersonales en la infancia y la adolescencia, son un aspecto importante para el adecuado funcionamiento personal, familiar y social. Las mismas contribuyen significativamente al desarrollo del correcto funcionamiento interpersonal y proporcionan oportunidades únicas para el aprendizaje de habilidades específicas que no pueden lograrse de otra manera ni en otros momentos.

La interacción social es una parte esencial de la actividad humana existiendo una estrecha relación entre habilidad social y ajuste emocional. El término habilidad puede entenderse como destreza, diplomacia, competencia, aptitud y capacidad de una persona para ejecutar una conducta.

Mediante las habilidades sociales, se ejecutan competentemente tareas de índole interpersonal implicando un conjunto de comportamientos adquiridos, aprendidos y complejos, que se ponen en juego interaccionando con otras personas y que conforman las bases del comportamiento socialmente competente.

La importancia de esta área se hace mayor cuando consideramos a las niñas y niños con discapacidad (Verdugo, 1989). A este respecto, una serie de investigaciones realizadas en los últimos años nos permiten señalar que las alumnas y alumnos con necesidades educativas especiales integrados en centros escolares ordinarios, como grupo, son sujetos de riesgo de experimentar problemas y dificultades en sus relaciones interpersonales, por lo que las habilidades sociales en esta población han de considerarse un aspecto relevante de intervención (Bayliss, 1995; Monjas, 1995; Monjas, Verdugo y Arias, 1995).

Se debe tener en cuenta que cada niño comienza a aprender, desde el nacimiento, a organizar el cúmulo de impresiones que recibe del mundo exterior, a interpretar lo que ve y manipula, vocalizando y, en general, argumentando cada vez más, a fin de lograr el control y la comprensión del medio ambiente en que vive. Es por tanto, la característica fundamental de esta etapa de la vida del niño la plasticidad del sistema nervioso la cual permite la posibilidad de influir en él logrando un buen desarrollo biológico cerebral, base estructural y fundamental del desarrollo de esa persona. (Flores, 1991)

Por tanto la planificación de estrategias de intervención que contribuyan a un mejoramiento de las habilidades sociales de estos niños debe tener en cuenta ciertas características de los mismos, como la flaccidez muscular hecho que les genera dificultades para desplazarse autónomamente y coordinar sus movimientos. Por tanto, uno de los primeros apoyos debería centrarse en la terapia kinesiológica, ya que en la medida en que pueden moverse y caminar por sí mismos, logran independencia. Estos niños no suelen ser niños curiosos por naturaleza y no van a explorar el mundo, sino que hay que presentárselos por tanto es importante el complemento de la terapia en correspondencia con la intervención de la maestra integradora. En los primeros seis meses de vida, el desarrollo motor es relativamente normal. Posteriormente, actos tales como los de vestirse, comer y otros referidos al cuidado de la propia persona se desarrollan con un retraso de uno a dos años en comparación con la población normal.

Desde el minuto en que el niño puede gatear o caminar, se amplían sus posibilidades de tomar contacto con el entorno. A los pocos meses se suma la terapia fonoaudiológica, ya que el lenguaje es una de las áreas en que en estos

niños necesitan mayor refuerzo. A pesar de que tienen una buena capacidad de comprensión, les es muy difícil expresarse.

No existen dudas sobre la eficacia y el beneficio real de una atención y dedicación adecuadas durante los primeros años de la vida de cualquier niño, lo cual adquiere un relieve mayor si el niño tiene SD. A través del proceso de socialización se produce un complejo desarrollo de interacciones de variables personales, ambientales y culturales, siendo la familia el grupo social básico donde se producen los primeros intercambios de conductas sociales y afectivas, valores y creencias, que tienen una influencia muy decisiva en el comportamiento social. (Martinez y Sanz, 2001)

En ocasiones es únicamente la familia que con sus propios recursos y formación provee al niño pequeño de un ambiente enriquecedor y estimulante. Los primeros estímulos y la experiencia que los padres, pueden proporcionarle son, de enorme importancia porque ellos son los primeros maestros del niño. Muchos padres requieren cierto grado de ayuda para poder ofrecerle el estímulo adecuado.

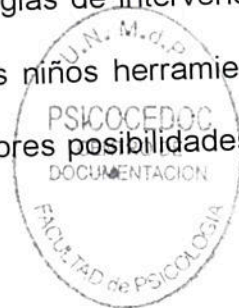
Quienes trabajan en el desarrollo de estas habilidades, son los terapeutas ocupacionales que los ayudan en el aprendizaje de cómo comer bien, compartir, jugar, expresarse y prepararse para desenvolverse de manera autónoma en el mundo.

Diversos autores, (Dykens, Pueschel, Laws, 1996) manifiestan que los niños en edad escolar proyectan en general un tipo de personalidad sociable y orientada hacia las personas, lo cual proporciona una nueva e importante perspectiva sobre la compatibilidad comunicativa de los compañeros no

discapacitados que han de interactuar con los que tienen SD; y que aparecían con mayor frecuencia en el grupo medio de aceptación.

Según Cunningham en 1994, niños con SD mostraron niveles significativamente más altos de problemas reales de conducta que sus compañeros sin discapacidad. Se comprobó que los compañeros no discapacitados en un ambiente de integración aprenden a servir de apoyo a sus compañeros con SD.

Por tanto la planificación de adecuadas estrategias de intervención en el área de las habilidades sociales les provee a estos niños herramientas para una mejor integración en el ámbito educativo y mayores posibilidades de logro de una vida autónoma.



INTEGRACIÓN EDUCATIVA

Conforme a Birch, "La integración es un proceso que pretende unificar las educaciones ordinarias (común) y especial con el objeto de ofrecer un conjunto de servicios a todos los niños, sobre la base de sus necesidades de aprendizaje". Birch, 1974.

La integración educativa contribuye a una mayor equidad en la educación, al proveer a los niños con algún tipo de déficit las mismas oportunidades para alcanzar los contenidos educativos que los otros niños. Se afirma que la integración es beneficiosa tanto para los niños con algún tipo de discapacidad como para los que comparten con ellos el ámbito escolar. Según Troncoso *el hecho de que en una misma sala los niños con y sin problemas tengan una relación fluida ayuda a que haya más aceptación de las diferencias, así como una mayor tolerancia" (Troncoso, 2002)*

Es necesaria una distinción fundamental entre integración como colocación e integración como educación. Este principio de integración abarca todo el abanico de relaciones sociales en que se desenvuelve una persona y en cada ambiente, hace referencia a la participación activa de éste según sus posibilidades e intereses.

La aplicación de la integración en el sistema educativo ordinario, origina un nuevo concepto de aprendizaje y de organización, pues se deben ofrecer centros educativos en lo que puedan ingresar todos los niños y que puedan dar respuesta a sus necesidades educativas especiales. Este proceso de facilitar al niño con SD, su acceso a la sociedad como miembro de pleno derecho debe efectuarse en un marco de planeamiento global de toda la sociedad ya que difícilmente se solucionaría desde un enfoque parcial. (Lázaro, 1986).

Si hasta hace un par de años lo más común era que un niño con SD asistiera a una escuela especial, en la actualidad, es cada vez mas frecuente verlos jugar y compartir las distintas asignaturas o gimnasia con compañeros que no presentan discapacidad, en establecimientos de educación común. De esta manera, los alumnos que poseen algún tipo de discapacidad tienen mayores desafíos y están más estimulados al estar en contacto con niños que tienen mejores rendimientos en el aspecto cognitivo.

Por tanto, la integración del niño con SD, está situada permanentemente junto a sus compañeros, donde recibe todos los apoyos y refuerzos específicos que requiere, tanto por parte de la maestra integradora como de la maestra común. Es esta última, quién tiene la responsabilidad total de los aprendizajes del niño con SD, siendo la maestra integradora la persona encargada de brindarle recursos especiales y de orientaciones terapéuticas individualizadas.

No existen datos procedentes de investigaciones rigurosas capaces de delimitar el mayor o menor peso que puedan tener unas variables con respecto a otras en orden a favorecer el proceso de integración del niño con SD en la escuela regular. Ninguna variable sociopedagógica por sí sola puede ayudar o perjudicar dicho proceso. (Molina García, 1979).

El proceso de integración será más positivo si existen suficientes servicios de apoyo en y para la escuela. De cualquier manera, deben estar bien delimitadas las funciones de cada profesional que está en contacto con el tema de la integración.

La integración escolar sería mucho más productiva para los alumnos con SD y sus compañeros de clase si los maestros aprendieran a aplicar de manera eficaz interacciones de comunicación bien estructuradas entre alumno

y alumno. Por ejemplo, la estructura de interacción cooperativa mostró importantes beneficios relacionados con la comunicación que afectaron tanto a los escolares con SD como a sus compañeros. (Jhonson, 1984).

Por otro lado, se ha comprobado que la mayoría de los niños con SD se integran muy bien en las escuelas comunes si han recibido un buen programa en los tres primeros años de vida. Esta preparación previa incluye diversos aspectos de desarrollo y madurez en las siguientes áreas: autonomía personal y cuidado de sí mismo, lenguaje, motricidad gruesa y fina, socialización y área cognitiva. Al mismo tiempo el niño está inmerso en un ambiente familiar afectivo, enriquecedor, estimulante, que es también imprescindible y fundamental para lograr el máximo desarrollo de las capacidades del niño pequeño.

Es frecuente que los niños con SD bien estimulados y con una buena evolución se incorporen a la escuela inicial con una línea base de nivel muy semejante a la de sus compañeros; incluso en algunas áreas pueden superarles (área perceptivo – manipulativa) aunque en otras están por debajo (lenguaje expresivo).

Es importante destacar que los alumnos con SD pueden mostrar una cierta asincronía en su madurez, en sus adquisiciones, necesitan mucha más práctica y repetición, por lo que los educadores deben variar convenientemente la presentación del material para alcanzar resultados semejantes a los de sus compañeros. Como se deduce lógicamente, hace falta tiempo, medios, y un cambio en las actitudes de los docentes. Pueden tener un nivel bajo en un área y sin embargo están maduros para avanzar más en otra. (Johnson y Johnson, 1991)

Los patrones aparentes que muestran en algunos momentos pueden ser síntoma de que en ese instante están al máximo de su capacidad, o que están consolidando y generalizando lo adquirido, o que su avance en otras áreas no les permite continuar de un modo simultáneo en la que parece frenada.

El alumno debe ser un participante activo en su aprendizaje, siempre que sea posible es positivo que participe en la elección de actividades o materiales. Este compromiso personal, le ayudará a mantener el interés.

Los períodos de atención de los niños con SD no son muy largos, por lo cual, es preferible que se calcule bien la duración de cada actividad y que, poco a poco, vaya aumentándose el tiempo de atención con tareas que exijan algún minuto más.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y transversal en escuelas Nivel Inicial y EGB de la ciudad de Mar del Plata del ámbito privado y estatal. La población de estudio la constituyeron grupos escolares que participan de proyectos de integración educativa de niños con SD.

La investigación se llevó a cabo mediante la implementación de un test sociométrico, instrumento que explora uno de los aspectos más amplios del campo de la sociometría, es decir, el grado de cohesión y la forma de estructura espontánea de un grupo. Su utilización en una clase, permite captar una imagen bastante objetiva, cómoda, rápida y cuantitativa de las relaciones en ella existentes, en palabras de Northway es *“ un medio para determinar el grado en que los individuos son aceptados en un grupo, para descubrir las relaciones que existen entre estos individuos y para poner al descubierto la estructura del grupo mismo. (Northway, 1974).*

La Sociometría es un vocablo relativamente nuevo, puesto que su uso data de finales de los años 30, propuesto por el psiquiatra y sociólogo Jacobo Moreno, nacido en Bucarest en 1892, y emigrado a los Estados en 1925, este no se limitó a presentar la Sociometría como una ciencia que mide y observa, sino también como una terapéutica de la vida social que mediante dos tipos de técnicas pretende, por un lado, diagnosticar las estructuras sociales, y por el otro, transformarlas.

Para el autor, la sociometría tiene por objeto *“el estudio matemático de las propiedades psicológicas de las poblaciones”*, y consiste en medir la red de

atracción y repulsión observada entre los individuos de un grupo. (Ezequiel Ander-Egg, 1954).

Para Cirigliano y Villaverde es una técnica de análisis que *“permite descubrir las interacciones y los tipos de asociación que existen en los grupos, pone en evidencia la posición de cada miembro, las preferencias y rechazos, la existencia de subgrupos, etc., o sea, para ofrecer un conocimiento concreto, experimental y específicamente cuantitativo de la estructura espontánea, informal de los grupos”*. (Cirigliano y Villaverde, 1971).

La investigación sociométrica exige, como cualquier técnica, un orden de procedimientos, una metodología precisa para que tengan validez y practicidad. (Gueventter, 1980).

El test sociométrico, consiste en una técnica cuantitativa que permite describir con métodos estadísticos las atracciones y rechazos que existen entre los individuos de un grupo restringido. Puede ser utilizado por el maestro, o cualquier otra persona que trabaje con un grupo de niños. Se administra en forma directa, y es fácil de evaluar.

Los pasos para su aplicación incluyen:

1. Formulación de una o varias preguntas a todos los miembros del grupo para que expresen sus preferencias y rechazos.
2. Elaboración y tabulación de las respuestas.
3. Construcción del sociograma
4. Análisis e interpretación del sociograma.

En el paso 1 se administraron test sociométricos en quince (15) escuelas, entre ellas 11 privadas repartidas en 1 Nivel Inicial, 7 EGB1, 1 EGB2, 1 EGB3 y 1 Polimodal y 4 escuelas estatales divididas en 3 Nivel Inicial y 1 EGB2.

Con un promedio de 20 alumnos en Nivel inicial, 30 en EGB1 y EGB2 y un 40 en EGB3 y Polimodal.

El test consistió en la presentación de dos preguntas según el nivel educativo abordado. Estas preguntas indagaban atracción dentro del grupo.

Para Nivel Inicial, EGB 1 y 2 las preguntas fueron:

- *¿A quién elegirías para sentarte en clase?* (Para indagar los aspectos efectivos, o sea las actividades productivas del aula).
- *¿A qué compañero elegirías para jugar?* (Para indagar los aspectos afectivos, o sea las actividades de tipo lúdico).

Para EGB 3 la pregunta utilizada para indagar los aspectos afectivos fue:

¿A quien invitarías para escuchar música?

En el Nivel Inicial el test fue administrado cara a cara debido a que los niños no se encuentran aún alfabetizados. En EGB 1, 2, 3 y Polimodal el test fue autoadministrado.

Los datos obtenidos se tabularon en una tabla o matriz sociométrica. La misma consiste en confeccionar una tabla de elecciones en las que figuran cada individuo con las elecciones. Por razones prácticas se reemplazan los nombres de los alumnos por letras. Para ello se enumeran correlativamente y al azar todas las respuestas.

Posteriormente se construye el sociograma, en el mismo cada alumno se indica por su letra, distinguiendo varones y mujeres con un cuadrado o un círculo respectivamente. Se colocan en el centro del gráfico a los miembros que hayan tenido mayor cantidad de elecciones, los siguientes a distancias relativas y los individuos aislados o marginados en la periferia. El conjunto se encierra en un círculo mayor que simboliza a todo el grupo.

El análisis e interpretación del sociograma ofrece una visión rápida de las relaciones intergrupales, y nos permite observar la posición que ocupa cada individuo en el grupo, las interrelaciones establecidas entre los mismos, la formación de subgrupos y el grado de integración y cohesión que posee el grupo. (Ander-Egg, 1982)

RESULTADOS

RESULTADOS

Los resultados se presentan y analizan por Nivel Educativo, a saber: Nivel Inicial, Enseñanza General Básica (EGB1), (EGB 2), y (EGB 3).

Los datos obtenidos en cada una de las instituciones abordadas se tabularon en matrices sociométricas (tabla de elecciones) y tablas de frecuencia, a partir de las cuales se confeccionaron los respectivos sociogramas a fin de visualizar las tendencias resultantes.

La matriz consiste en una tabla en la que figura cada individuo con las elecciones. Por razones prácticas se reemplazan los nombres de los alumnos por letras.

A continuación se detallan las referencias correspondientes a las mismas.

A: Alumno con Síndrome de Down

N: B-Z: compañeros de A

P1: Pregunta 1

P2: Pregunta 2

Aus.: Ausente

Las tablas de frecuencia expresan la frecuencia con que han sido elegidos cada uno de los alumnos.

En los sociogramas, cada alumno se indica por su letra, distinguiendo varones y mujeres, con color azul y color rojo respectivamente. Se colocan en el centro del gráfico a los alumnos que hayan tenido mayor cantidad de elecciones, los siguientes a distancias relativas y los individuos aislados o marginados en la periferia. El conjunto se encierra en un círculo mayor que simboliza a todo el grupo. Las referencias de los mismos son las siguientes:

Área 1: Alumno elegido más de 4 veces.

Área 2: Alumno elegido en 3 ocasiones.

Área 3: Alumno elegido 1-2 veces.

Área 4: Alumno que no ha sido elegido.

En los análisis de los sociogramas se diferencian los aspectos efectivos, es decir las elecciones en actividades productivas del aula relacionados con la primer pregunta (P1) del sociograma y los aspectos afectivos, elecciones en actividades de tipo lúdico, relacionados con la segunda pregunta (P2).

NIVEL INICIAL

Se abordan cuatro (4) instituciones.

Institución 1-

N	P1	P2
A	E, B	D, C
B	E, A	A, E
C	D, B	E
D	F	F
E	C, B	C, F
F	O	O

N	P1	N	P2
B	3	E	2
E	2	C	2
A	1	F	2
C	1	A	1
D	1	D	1
F	1	B	0

TABLA 1: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.1 N. Inicial.

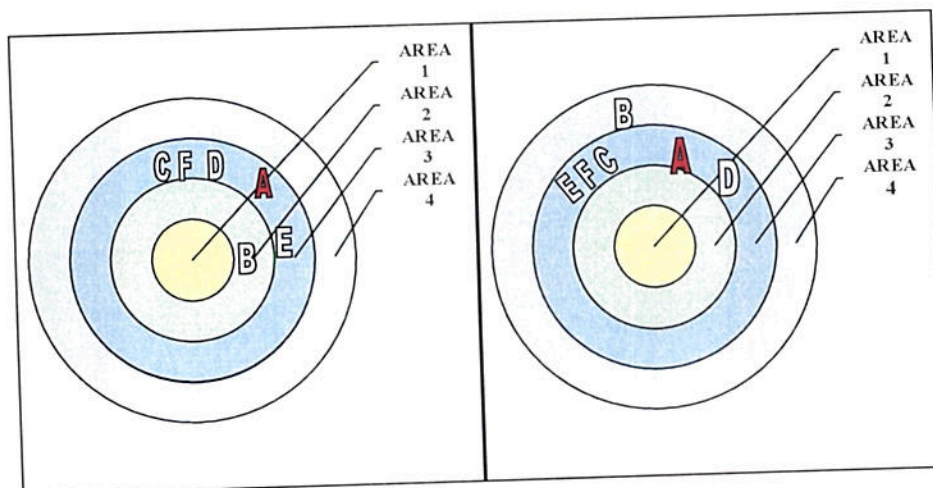


GRÁFICO 2: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.1 N. Inicial.

El sociograma muestra a A (niño con SD) con un índice de centralismo medio bajo tanto en los aspectos efectivos como en los aspectos afectivos.

Institución 2-

N	P1	P2	N	P1	N	P2
A	J	J	J	3	J	2
B	O	O	E	2	K	2
C	B, H	B, H	A	1	A	1
D	E	E	B	1	B	1
E	O	O	C	1	C	1
F	J, G	J, A	F	1	D	1
G	J, F	F	G	1	E	1
H	E, A	K	H	1	F	1
I	K	K, D	K	1	H	1
J	C	C	I	0	G	0
K	O	O	D	0	I	0

TABLA 2: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.2 N. Inicial.

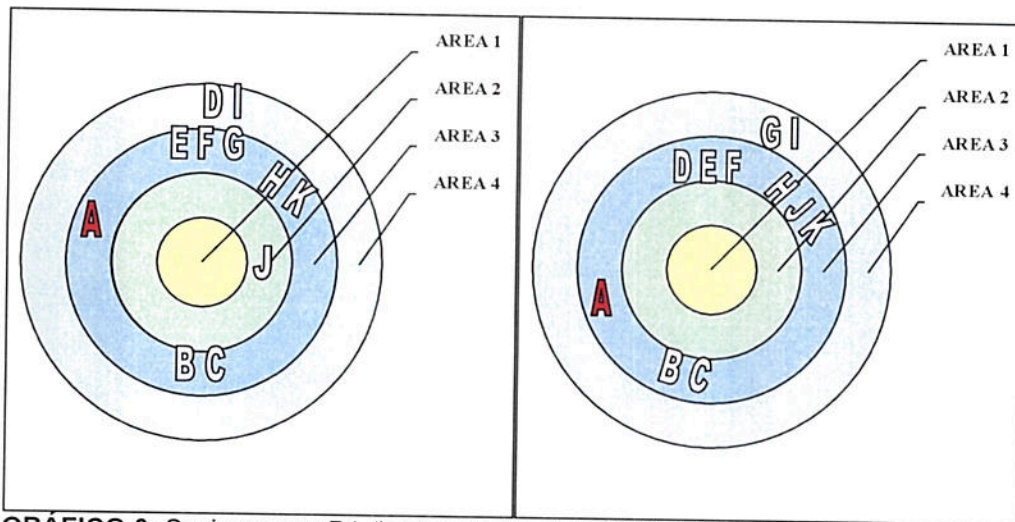


GRÁFICO 3: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.2 N. Inicial.

El sociograma muestra a A con relación a los aspectos efectivos con un índice de centralismo medio bajo. Se encuentra muy bien ubicado en relación con sus pares. Es elegido por compañeros de los dos sexos. Elige a un compañero y es elegido por dos compañera y un compañero; pero no se dan relaciones mutuas. En los aspectos afectivos presenta un índice de centralismo medio bajo; elige a una compañera y es elegida por otra compañera.

Dentro del área donde ha quedado ubicado tanto en los aspectos efectivos como afectivos, está en la misma situación y relación que la mayoría de los compañeros de la sala. Se debe tener en cuenta, que es un grupo reducido, y algunos se encontraban ausentes. Se totalizó una cantidad de 8 entrevistados.

Institución 3 -

N	P1	P2
A	F	F, O
B	V, W, M	U
C	O, Q	O
D	V	U
E	N, R	N, R
F	A, C, P	A, C
G	H	A
H	N	E, B
I	V	V
J	G, Y	G, Y
K	C, R	C, R
L	0	
M	0	0
N	H, E	H, E
Ñ	F	0
O	C, B	C
P	Q, C	Q
Q	B, X, J	B
R	N, E	N, E
S	0	0
T	V, I	D
U	0	0
V	R, X	R
W	0	0
X	0	0
Y	0	0

N	P1	N	P2
C	4	R	4
V	4	C	3
N	3	E	3
R	3	O	3
B	2	A	2
E	2	N	2
F	2	B	1
H	2	D	1
Q	2	F	1
X	2	G	1
A	1	H	1
G	1	Q	1
I	1	V	1
J	1	Y	1
M	1	I	0
O	1	J	0
P	1	K	0
W	1	L	0
Y	1	M	0
D	0	Ñ	0
K	0	P	0
L	0	S	0
N	0	T	0
S	0	U	0
T	0	W	0
U	0	X	0

TABLA 3: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.3 N. Inicial.

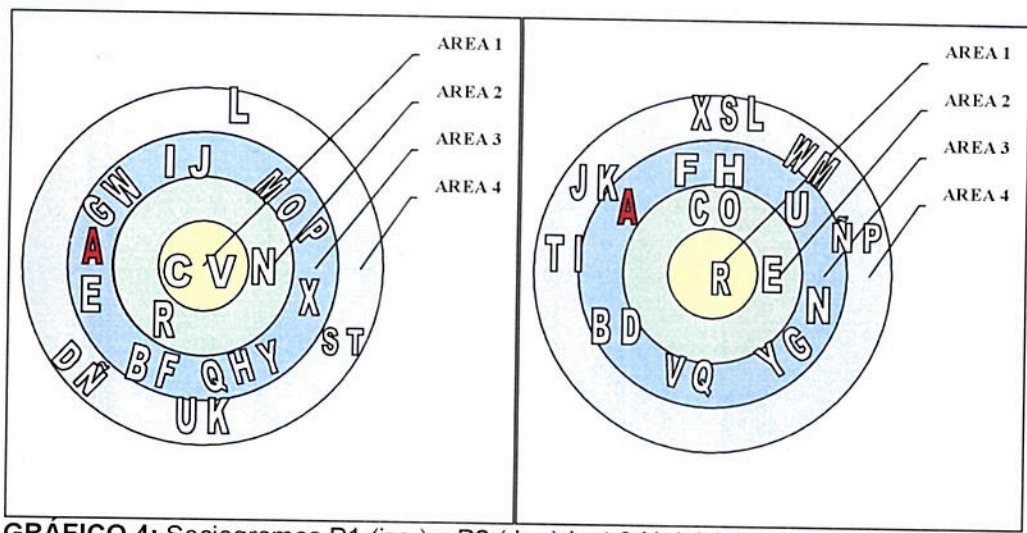


GRÁFICO 4: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.3 N. Inicial.

El sociograma muestra que A comparte el área 3 con varios de sus compañeros. En relación a los aspectos efectivos, como en los aspectos afectivos, el centralismo es medio bajo. Elige y es elegido, siendo elecciones mutuas. El grupo está constituido por un total de 26 alumnos.

Institución 4-

N	P1	P2	N	P1	N	P2
A	B, F	B	F	5	F	3
B	C, O	O, C	G	4	C	3
C	N, F	F, Q	C	3	O	2
D	G, J	L, J	N	3	L	2
E	K, N	C, F	J	2	J	2
F	N, C	N	K	2	U	1
G	T, L	L, U	L	2	S	1
I	M, G	K, C	M	2	R	1
J	L, M	M, G	B	1	Q	1
K	C, F	F	T	1	P	1
L	F, G	J	A	0	N	1
M	G, J	O, P	D	0	M	1
N	F, K	S, R	E	0	K	1
O	0	0	I	0	G	1
P	0	0	O	0	B	1
Q	0	0	P	0	T	0
R	0	0	Q	0	I	0
S	0	0	R	0	E	0
T	0	0	S	0	D	0
U	0	0	U	0	A	0

TABLA 4: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.4 N. Inicial.

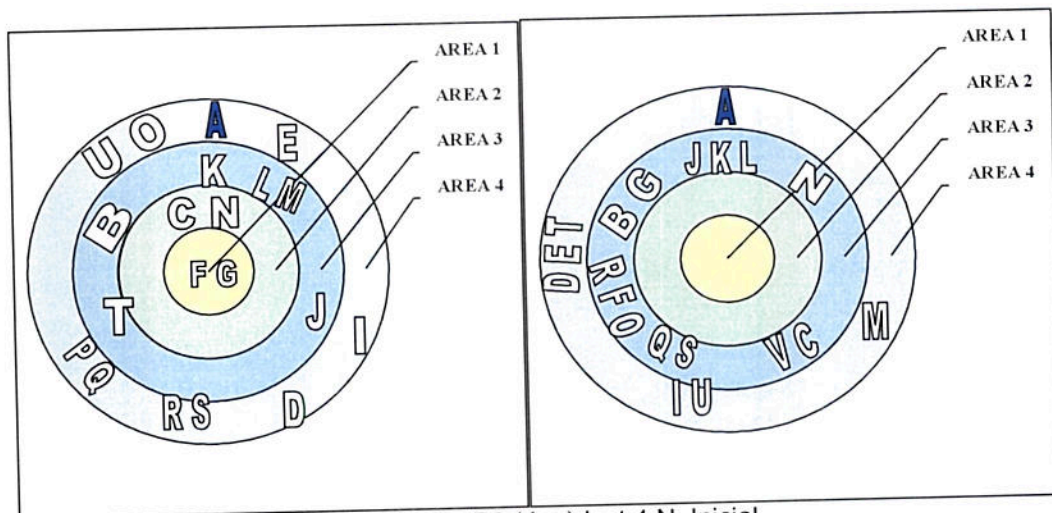


GRAFICO 5: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.4 N. Inicial.

El sociograma muestra que tanto en los aspectos efectivos como en los aspectos afectivos, el índice de centralismo de A es bajo, no es elegido por ningún compañero.

El siguiente es un cuadro1 comparativo de los aspectos efectivos y afectivos de A en las instituciones abordadas de Nivel Inicial.

CUADRO 1. Comparativo aspectos efectivos y afectivos en N. Inicial

Alumno A	Aspectos efectivos	Aspectos afectivos
Institución 1. Género A: femenino Alumnos: 6.	Se observa un índice de centralismo medio-bajo.	Se advierte un índice de centralismo medio-bajo.
Institución 2. Género A: femenino Alumnos: 11.	Tiene un índice de centralismo medio bajo.	Presenta un índice de centralismo medio bajo.
Institución 3. Género A: femenino Alumnos: 26	El centralismo es bajo.	Su centralismo es bajo.
Institución 4. Género A: masculino Alumnos : 20	El índice de centralismo es bajo.	Se advierte un índice de centralismo bajo.

ENSEÑANZA GENERAL BÁSICA (EGB1)

Se abordaron siete (7) Instituciones Educativas

Institución 1-

N	P1	P2
A	I, H	I
I	E	E
E	I	I
J	B	B
F	M, D	M, D
B	J, G	J, G
N	D	D, L
G	J, H	J, H
K	J, O	J
H	B, J	B, J
M	P, L	P, L
C	M, L	M, L
L	D, I	D, I
D	L, I	L
O	0	0
P	0	0

N	P1	N	P2
J	4	L	4
I	4	J	4
D	3	D	3
L	3	I	3
B	2	B	2
M	2	M	2
H	2	E	1
E	1	G	1
O	1	H	1
P	1	P	1
G	0	A	0
A	0	C	0
C	0	F	0
F	0	K	0
K	0	N	0
N	0	O	0

TABLA 5: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.1 EGB 1.

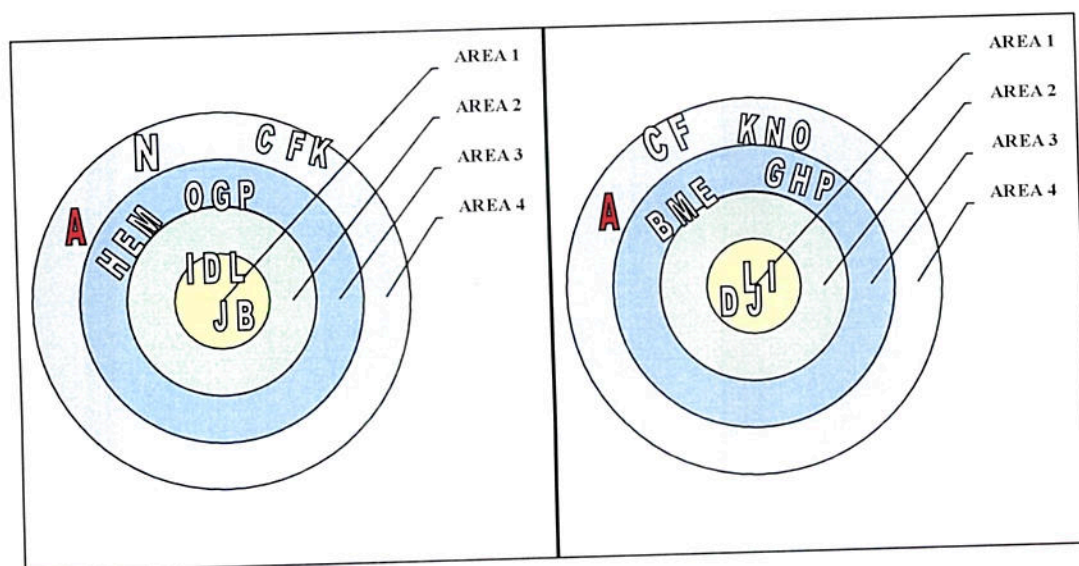


GRÁFICO 6: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.1 EGB 1.

El sociograma muestra a A con un índice de centralismo bajo tanto en los aspectos efectivos, como en los aspectos afectivos, compartiendo dicha área con 4 y 5 compañeros respectivamente, no siendo elegido por ninguno de su clase. Se han encuestado a 24 alumnos.

Institución 2-

N	P1	P2
A	U, M	U, M
B	A	E, H
C	O, W	W, O
D	U	U
E	K	H
F	O	O
K	O	E, H
L	G	G
M	A	A
N	O	O, F
Ñ	E	O, Q
O	N	F
P	J, E	J, E
Q	O	R
R	0	0
S	0	0
T	0	0
U	0	0
G	0	0
H	0	0
I	0	0
J	0	0
W	0	0
X	0	0

N	P1	N	P2
O	4	F	5
U	2	O	4
A	2	E	3
L	2	H	3
E	2	F	2
M	1	U	2
W	1	D	1
K	1	P	1
D	1	G	1
X	1	A	1
P	1	Q	1
G	1	J	1
N	1	R	1
J	1	W	1
B	O	M	1
C	O	S	0
F	O	T	0
H	O	B	O
I	O	C	O
Ñ	O	I	O
Q	O	K	O
R	0	L	O
S	0	Ñ	O
T	0	N	O

TABLA 6: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.2 EGB 1.

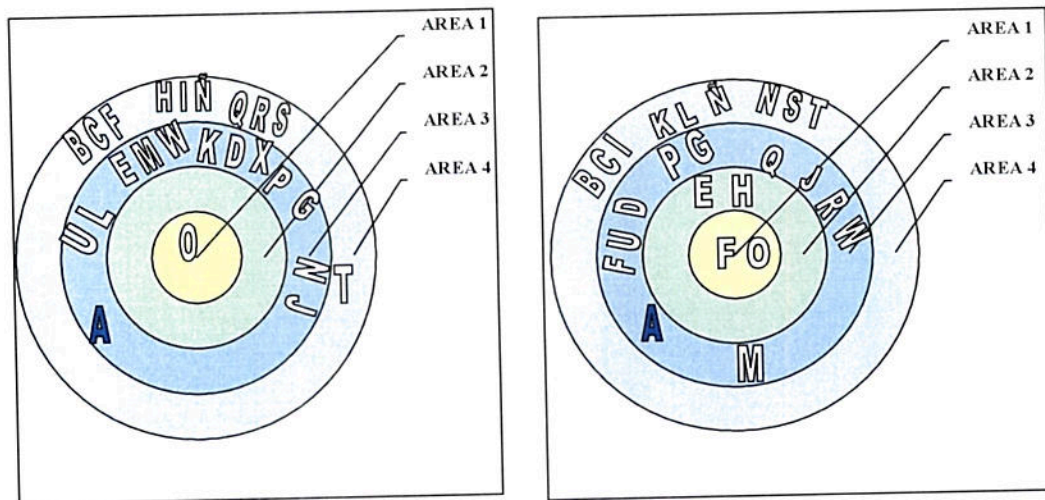


GRÁFICO 7: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.2 EGB 1.

El sociograma muestra a A con relación a los aspectos efectivos, con un índice de centralismo medio bajo, igual que en los aspectos afectivos. Es elegido y elige compañeros del mismo sexo con correspondientes elecciones de pares. En ambos casos se produce las mismas elecciones de pares.

Este grupo, como un factor importante está conformado por 24 alumnos.

Institución 3-

N	P1	P2
A	B	B
B	O, I	Z, L
C	P	J, H
D	B1, L	M, Ñ
E	Ñ, B1	L, Ñ
F	X	P, S
G	P, F	X, W
H	S, X	F, P
I	N, B2	B, B1
J	P, V	P, V
K	Q, L	E, Ñ
L	B1, R	R, M
M	R, B1	R, B1
Ñ	Ñ, E	Ñ, E
Ñ	E, D	M, Z
O	M, B	M, Q
P	B2, B3	B2, X
Q	R, B1	L, Ñ
R	B1, Ñ	B1, M
S	W, X	X, W
T	O	O
U	X, W	X, F
V	J, G	G, J
W	X, P	S, B2
X	F, P	W, A
Y	X, S	H, F
Z	R	R, B4
B1	R, L	L, Z
B2	M, B3	S, B3
B3	0	0
B4	0	0

N	P1	N	P2
X	6	M	5
P	5	Ñ	5
B1	5	L	4
R	4	X	4
L	3	Z	3
Ñ	3	H	3
B	2	P	3
O	2	S	3
F	2	W	3
S	2	F	3
B2	2	B1	3
E	2	R	3
M	2	J	2
B3	2	E	2
W	2	B2	2
T	1	V	1
N	1	Q	1
V	1	O	1
Q	1	G	1
D	1	B4	1
J	1	B3	1
G	1	B	1
A	0	A	1
C	0	C	0
H	0	D	0
I	0	I	0
K	0	K	0
U	0	N	0
Y	0	T	0
Z	0	U	0
B4	0	Y	0

TABLA 7: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.3 EGB 1.

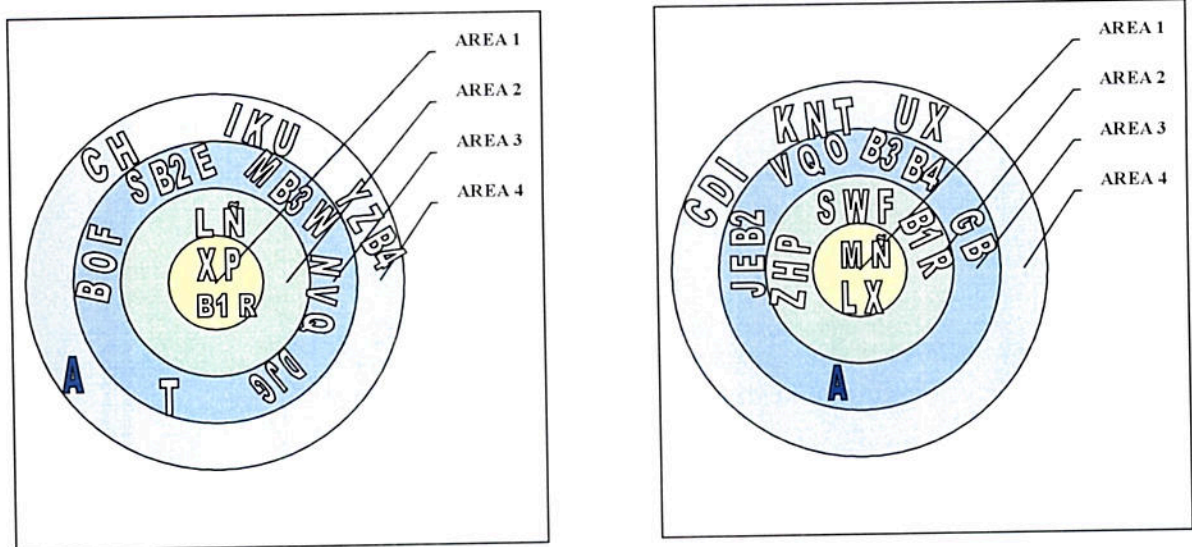


GRÁFICO 8: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.3 EGB 1.

El sociograma muestra para el alumno A, en lo que respecta a los aspectos efectivos, un índice de centralismo bajo. En los aspectos afectivos, presente un índice de centralismo medio bajo.

Institución 4-

N	P1	P2
A	Q	Q
C	D, R	D, S
P	O, F	E
L	B	Q
B	G, L	G, L
M	H	T
O	E, F	P, N
E	N	F
K	L, K	B, M
G	H, M	Q
H	M	J
F	E, I	E, I
I	F, E	F, E
Q	0	0
D	0	0
R	0	0
S	0	0
T	0	0
N	0	0
J	0	0

N	P1	N	P2
E	3	E	3
M	2	Q	3
F	2	L	2
H	2	F	2
L	2	P	1
B	1	I	1
I	1	M	1
Q	1	S	1
D	1	G	1
R	1	T	1
G	1	N	1
N	1	B	1
K	1	D	1
O	1	J	1
T	1	K	0
S	0	A	0
A	0	H	0
J	0	R	0
P	0	O	0
C	0	C	0

TABLA 8: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.4 EGB 1.

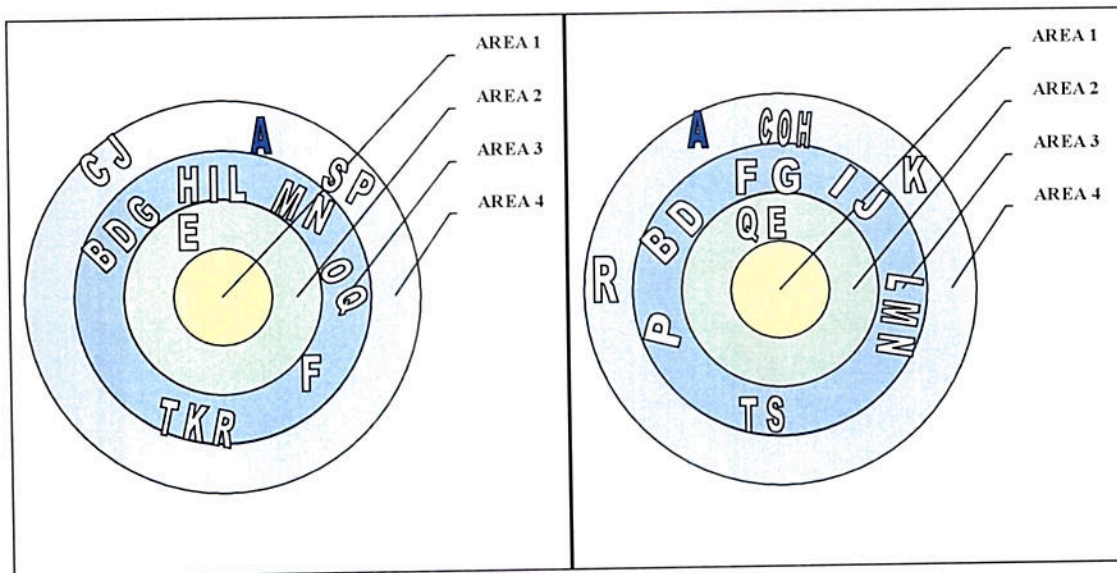


GRÁFICO 9: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.4 EGB 1.

El sociograma muestra a A, con relación a los aspectos efectivos, un índice de centralismo bajo. En los aspectos afectivos, su índice de centralismo también es bajo. Se totalizó una cantidad de 20 entrevistados. (incluyendo ausentes).

Institución 5-

N	P1	P2
A	B1	J
B	0	0
B1	B5, Ñ	B5, J
B10	0	0
B2	R, O	B4, P
B3	B5, Y	B5, B10
B4	B2, L	B2, B6
B5	Y, X	Z, X
B6	O, B	O, B9
B7	H, M	H, M
B8	O, B6	R, B9
B9	B6, B	B6, B
C	J, B5	X, B5
D	B2, O	B8, B
E	B5, H	B5
F	O	O
G	L, O	B, B2
H	W, B5	W, A
I	B5, W	Ñ, W
J	Ñ, B3	H, Y
K	0	0
L	O, B	B2, K
M	H, B3	H, W
N	B8, D	B2, U
Ñ	B5, E	E, B10
O	B6, R	P, R
P	B, O	O, B6
Q	R, B4	S, K
R	0	0
S	B8, Q	B9, B2
T	A, B	B, B2
U	B8, P	R, P
V	S, Q	Q, S
W	H, I	X, Y
X	B5, J	B5, Z
Y	B5, Z	B5, Z
Z	0	0

N	P1	N	P2
B1	8	B2	6
0	7	B5	6
B5	6	B	3
B	5	X	3
B2	5	B10	3
B2	3	W	3
B8	3	P	3
R	3	R	3
W	2	K	3
B3	2	B6	3
L	2	Z	3
B6	2	B9	3
J	2	Y	2
Q	2	J	2
Y	2	Q	2
Ñ	1	S	2
M	1	H	1
Z	1	B8	1
X	1	O	1
E	1	U	1
B4	1	J	1
A	1	A	1
S	1	Ñ	1
I	1	E	1
V	0	V	0
U	0	N	0
B1	0	B3	0
B9	0	B1	0
K	0	D	0
N	0	L	0
B7	0	I	0
D	0	B7	0
P	0	F	0
T	0	C	0
G	0	G	0
C	0	T	0
F	0	M	0

TABLA 9: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.5 EGB 1.

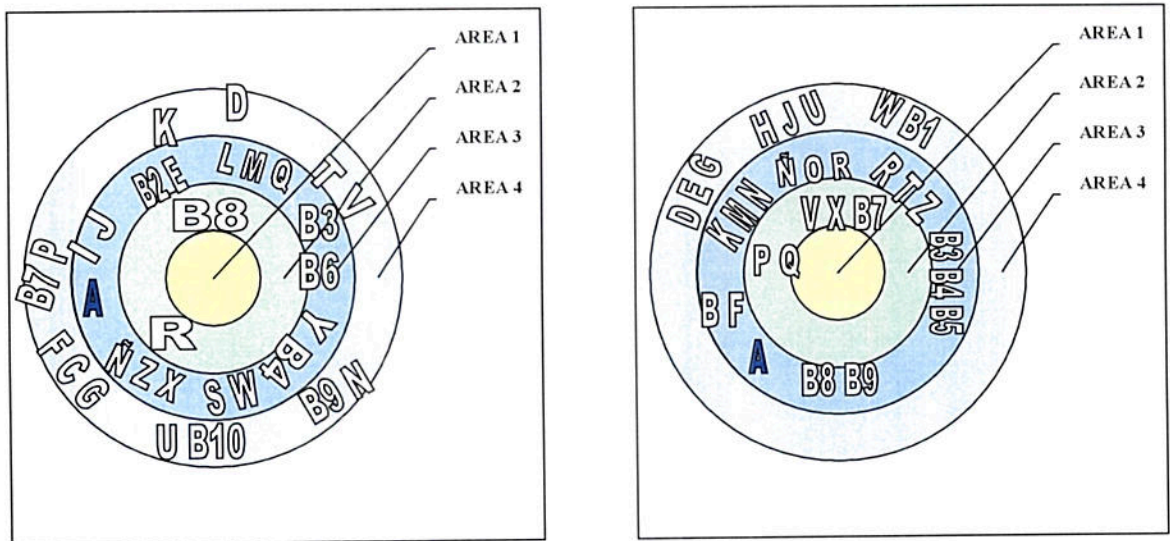


GRÁFICO 10: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.5 EGB 1.

P1: Se omitieron 5 alumnos en el Área 1 por razones de espacio.

El sociograma muestra a A con relación a los aspectos efectivos, con un nivel de centralismo medio bajo, al igual que en los aspectos afectivos. Elige compañeros del mismo género. Se totalizó una cantidad de 37 entrevistados.

Institución 6

N	P1	P2
A	M, I	O
B	C	C, D
C	B	B
D	B, C	C, B
E	I	I
F	C	C
G	H, M	E
H	I	I, M
I	E	E
J	O	O
K	I	E, M
L	I	I, M
M	N, G	N
N	E, I	E, I
Ñ	0	0
O	0	0

N	P1	N	P2
I	6	I	4
C	3	E	4
M	2	C	3
B	2	M	3
E	2	B	2
H	1	D	1
N	1	N	1
G	1	G	0
D	0	F	0
F	0	A	0
A	0	H	0
J	0	J	0
K	0	K	0
L	0	L	0
O	0	Ñ	0
Ñ	0	O	0

TABLA 10: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.6 EGB 1.

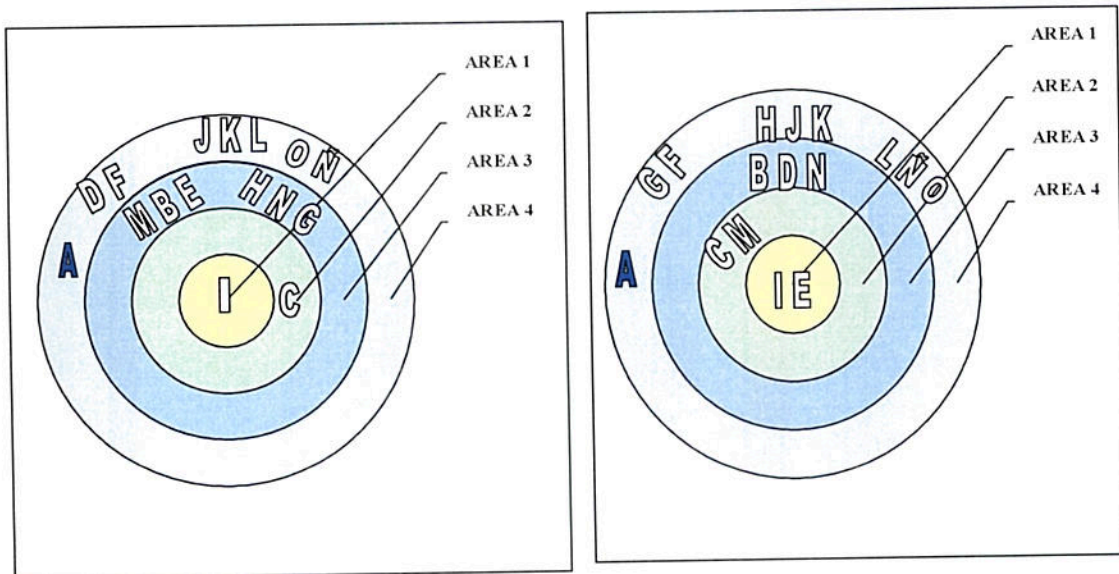


GRÁFICO 11: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.6 EGB 1.

El sociograma muestra a A con un índice de centralismo bajo en relación a los aspectos efectivos y los aspectos afectivos. Elige pero no es elegido.

El grupo esta constituido por un total de 16 alumnos.

Institución 7-

N	P1	P2
A	N	J
B	E, D	D, C
C	D, B	B, D
D	C, H	F, E
E	F, B	B, F
F	E, B	E, D
G	O	B, S
H	J	F
I	A	H
J	L, H	L, H
K	M	M
L	R	R, M
M	K	K, D
N	Q	L, R
Ñ	O	O, P
O	H, F	Ñ, P
P	A	Ñ
Q	R, L	N, L
R	L	N, Q
S	J	G

N	P1	N	P2
B	3	D	4
H	3	B	3
L	3	F	3
E	2	E	2
D	2	H	2
F	2	M	2
J	2	R	2
A	2	L	2
R	2	P	2
N	1	Ñ	2
C	1	N	2
M	1	J	1
K	1	C	1
Q	1	S	1
O	1	K	1
G	0	O	1
I	0	Q	1
Ñ	0	G	1
P	0	A	0
S	0	I	0

TABLA 11: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.7 EGB 1.

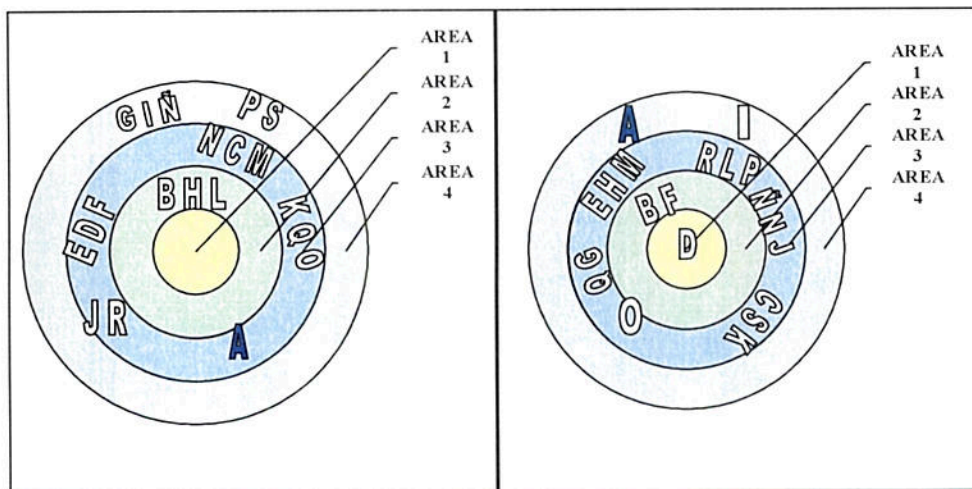


GRÁFICO 12: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.7 EGB 1.

El sociograma muestra a A, con un índice de centralismo medio-bajo en los aspectos efectivos, compartiendo esta posición con varios compañeros.

En los aspectos afectivos presenta un índice de centralismo bajo, no es elegido por nadie.

CUADRO 2: Comparativo aspectos efectivos y afectivos EGB 1

Alumno A	Aspectos efectivos	Aspectos afectivos
Institución 1- Género A: femenino Alumnos : 16 alumnos	El índice de centralismo es bajo.	El índice de centralismo es bajo.
Institución 2- Género A: masculino Alumnos : 24 alumnos	Tiene un índice de centralismo medio bajo.	Tiene un índice de centralismo medio bajo.
Institución 3- Género A: masculino Alumnos : 31 alumnos	Se advierte un índice de centralismo bajo.	Se observa un índice de centralismo bajo.
Institución 4- Género A: Masculino Alumnos : 20	El índice de centralismo es bajo.	El índice de centralismo es bajo. No es elegido por ningún compañero.
Institución 5- Género A: masculino Alumnos : 37	El nivel de centralismo es medio bajo.	El nivel es medio bajo.
Institución 6- Género A: masculino Alumnos : 16	El índice de centralismo es bajo.	El índice de centralismo es bajo.
Institución 7- Género A: masculino Alumnos : 20	Tiene un índice de centralismo medio-bajo.	Se advierte un índice de centralismo bajo.

EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA (EGB 2)-

Se abordaron 2 (dos) Instituciones Educativas –

Institución 1-

N	P1	P2
A	L, E	E
B	E, M	P, R
C	H, J	H, N
D	K, G	G, N
E	B, V	B, P
F	H, R	H, R
G	H, N	H, N
H	G, D	N, C
J	D, G	C, N
K	D, J	D, N
L	E, A	T, Y
M	Ñ, B	Ñ, Y
N	D, N	J, K
Ñ	M, B	M, L
O	S, J	W, F
P	B, T	B, T
Q	T, Ñ	B
R	F, H	F, L
S	O, W	C, R
T	Q, Ñ	P, Ñ
U	R, H	Y, E
V	E, Y	E, K
W	H, N	H, Z
X	0	0
Z	F, H	F, H
Y	0	0

N	P1	N	P2
H	7	H	6
N	5	N	6
E	4	M	3
D	4	C	3
Ñ	3	F	3
F	3	B	3
G	3	P	3
J	3	Y	3
B	3	R	3
T	2	E	2
R	2	L	2
M	2	T	2
A	1	Ñ	2
W	1	Z	1
L	1	K	1
Q	1	Q	1
K	1	G	1
O	1	J	1
V	1	W	1
P	1	D	1
Y	1	S	0
Z	0	A	0
C	0	O	0
X	0	V	0
U	0	X	0
S	0	U	0

TABLA 12: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst.1EGB 2.

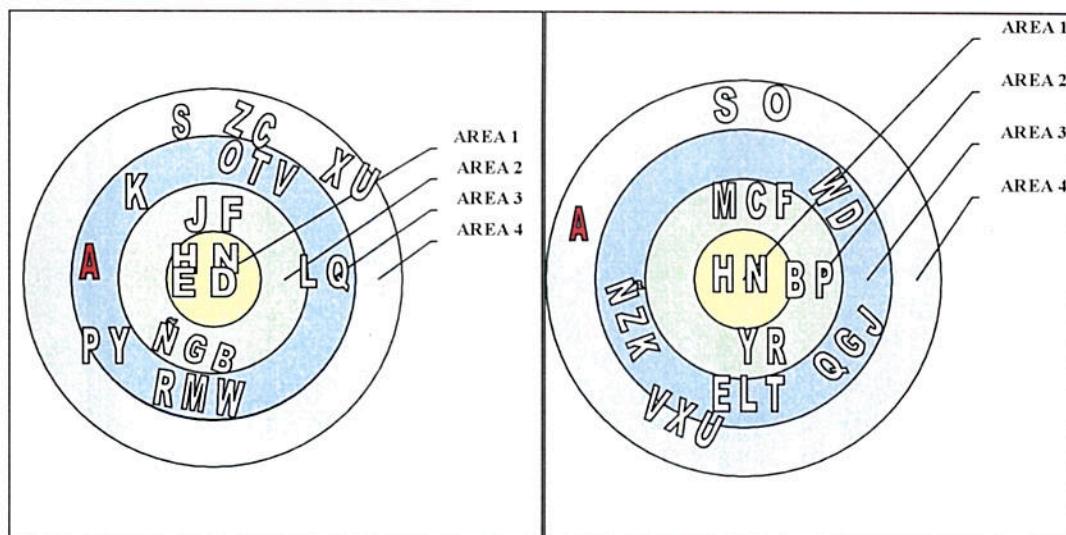


GRÁFICO 13: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.1 EGB 2.

El sociograma muestra a A, con un índice de centralismo medio bajo. Elige a compañeros y es elegido por dos compañeros, los cuales, se dan respuestas mutuas. En los aspectos afectivos, el índice de centralismo es bajo, no es elegido por ningún compañero. Se totalizó una cantidad de 26 encuestados. (incluyendo ausentes).

Institución 2-

N	P1	P2
A	H, B2	I, J
B	V, U	V, U
B1	0	0
B2	0	0
B3	0	0
B4	0	0
B5	0	0
C	B, S	V, L
D	Z, G	Z, W
E	S, X	L, B
F	Z, B1	Z, B1
G	Z, H	H, F
H	Z, F	Z, F
I	N, J	Y, N
J	N, Y	N, R
K	R, M	R, M
L	E, X	V, S
M	K, R	K, R
N	J, R	J, B4
O	Y, A	Y, A
P	W, B2	W, B2
Q	G, P	G, P
R	K, M	K, N
S	X, L	Z, A
T	B, O	B, O
U	B, V	B, V
V	U, B	B, U
W	B2, P	B2, P
X	S, L	S, L
Y	O, I	R, K
Z	0	0

N	P1	N	P2
Z	5	B	4
B	4	V	4
R	3	R	4
S	3	N	3
X	3	K	3
B2	3	L	3
L	2	Z	3
G	2	F	2
Y	2	J	2
N	2	W	2
J	2	U	2
O	2	A	2
M	2	B2	2
V	2	S	1
P	2	G	1
K	2	M	1
E	1	I	1
W	1	Y	1
H	1	B1	1
U	1	O	1
F	1	X	1
A	1	H	1
B4	1	B4	1
I	1	P	1
C	0	T	0
D	0	Q	0
T	0	E	0
Q	0	D	0
B3	0	B3	0
B5	0	B5	0
B1	0	C	0

TABLA 13: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst. 2 EGB 2.

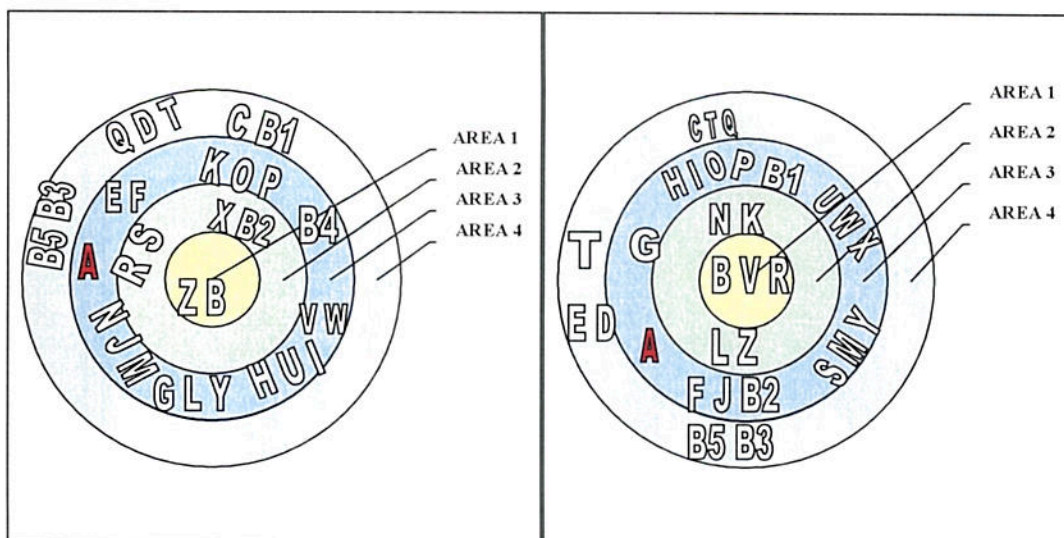


GRÁFICO 14: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.2 EGB 2.

El sociograma muestra a A, con un índice de centralismo medio bajo en los aspectos efectivos y afectivos, elige y es elegido por varios de sus compañeros; compartiendo dentro del área 3, un lugar con ellos. Se totalizó una cantidad de 31 encuestados.

CUADRO 3: Comparativo aspectos efectivos y afectivos EGB 2

Alumno	Aspectos efectivos	Aspectos afectivos
Institución 1- Género A: femenino Alumnos : 26	El índice de centralismo es medio bajo.	El índice de centralismo es bajo.
Institución 2- Género A: femenino Alumnos : 31	El índice de centralismo, es medio bajo.	El índice de centralismo es medio bajo.

EDUCACION GENERAL BÁSICA (EGB3)-

Se abordó 1 (una) sola Institución Educativa-

Institución 1-

N	P1	P2
A	I, X	Q, P
B	L, J	L, J
B1	0	0
B2	W, B6	B6, W
B3	0	0
B4	0	0
B5	0	0
B6	0	0
C	B1, D	D, R
D	B1, C	C, G
F	P, A	P, A
G	C, R, D	C, R, D
H	F, A	F, B3
I	0	0
J	B, L	B, L
K	T, I	V, I
L	B, J	B, J
M	X, O	X, I
N	Y, A	Y, O
O	L, B	L, B
P	A, Q	Q, O
Q	A, P	U, N
R	G, C, D	G, C, D
S	U, A	U, W
T	A, W	A, Z
U	S, W	S, W
V	I, A	I, A
W	S, H	S, U
X	O, M	O, M
Y	N, A	N, H
Z	0	0

N	P1	N	P2
A	9	O	4
I	3	U	3
D	3	C	3
C	3	L	3
L	3	B	3
B	3	A	3
P	2	I	3
S	2	W	3
W	2	D	3
O	2	G	2
J	2	Q	2
B1	2	N	2
M	2	R	2
U	1	P	2
G	1	J	2
Q	1	S	1
H	1	Z	1
F	1	F	1
B6	1	B3	1
R	1	M	1
B4	1	V	1
Z	0	B5	1
V	0	B6	1
N	0	T	0
Y	0	H	0
K	0	K	0
X	0	X	0
B2	0	Y	0
B3	0	B1	0
B5	0	B2	0
T	0	B4	0

TABLA 14: Matriz y Tabla de Frecuencia Inst. 1EGB 3.

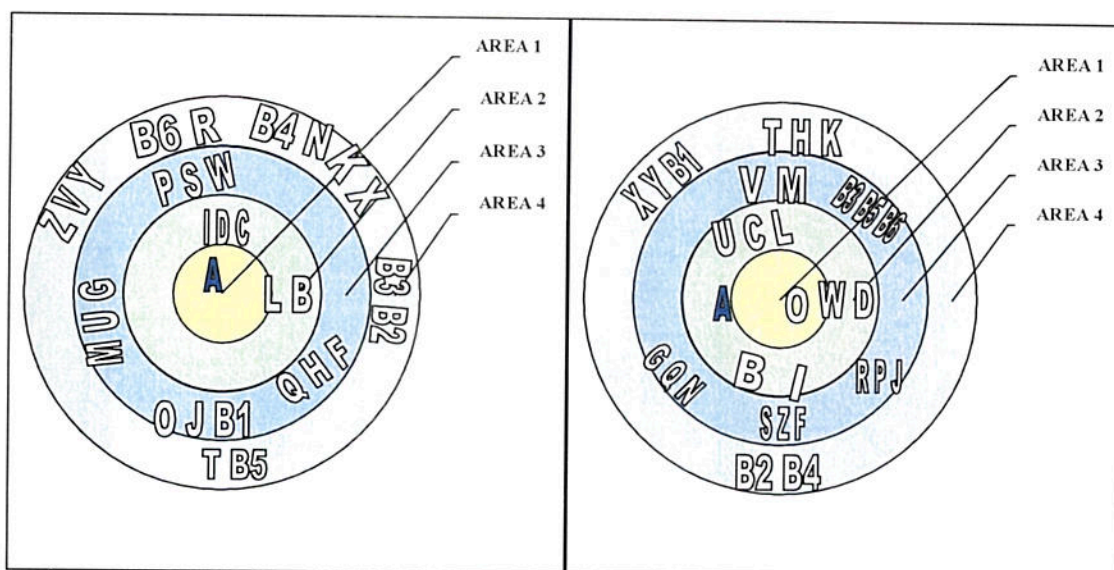


GRÁFICO 15: Sociogramas P1 (izq.) y P2 (der.) Inst.1 EGB 3.

El sociograma muestra que A en relación con los aspectos efectivos, se advierte un índice de centralismo alto. Es elegido en forma mutua. Se podría considerar que se encuentra en una posición de líder, notándose que es el único que queda en el área 1. Es elegido y elige tanto chicas como chicos.

Con respecto a los aspectos afectivos, se puede notar un índice de centralismo medio alto. Al igual que en los otros aspectos, se encuentra compartiendo lugar con otros compañeros en el área 2. Es un grupo muy numeroso. Se totalizó una cantidad de 31 alumnos.

CUADRO 4: Comparativo aspectos efectivos y afectivos EGB 3

Alumno A	Aspectos efectivos	Aspectos afectivos
Institución 1- Género A: Masculino Alumnos : 31	Se advierte un índice de centralismo alto. Se podría considerar en una posición casi de líder. Es el único que se encuentra en el área 1.	El índice de centralismo es medio alto y se encuentra compartiendo lugar con otros compañeros en el área 2.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES –

El análisis de los datos obtenidos evidencia que en los Niveles Educativos analizados en el presente trabajo (Inicial, EGB1, EGB2 y EGB3) los niños con SD se encuentran socialmente integrados. El test sociométrico aplicado permitió explorar el grado de cohesión y la forma de estructura de los grupos, indagando aspectos afectivos y efectivos. Los resultados dan cuenta que en el análisis comparativo de ambos aspectos para cada niño con SD los índices de centralismo son similares, independientemente del género y el Nivel Educativo al que pertenezca. (Cuadro 1, 2, 3 y 4).

Asimismo al comparar los resultados obtenidos en los diferentes niveles abordados no se evidenciaron diferencias significativas. El análisis comparativo entre escuelas estatales y privadas arrojó resultados similares.

Se debe considerar que una muestra mayor posibilitaría el análisis de variables que podrían influir en la aceptación social de niños con SD, tales como cantidad de alumnos por grupo, año escolar, tiempo de pertenencia al grupo del niño integrado, etc. Sin embargo, en el presente trabajo, el tamaño de la muestra estuvo sujeto a la cantidad de niños con SD integrados en cada Nivel y a la posibilidad de acceso a las diferentes Instituciones Educativas. En un futuro se podría abordar una población mayor que abarque niños con diferentes necesidades educativas especiales.

Asimismo, sería importante complementar la presente investigación con instrumentos cualitativos (observaciones áulicas y en espacios lúdicos,

entrevistas a docentes, directivos y padres, etc.) que permitan identificar características individuales que contribuyan al análisis de la aceptación social de niños con SD.

La intervención del Psicólogo Educacional como miembro participante en el proceso de integración contribuye a implementar dispositivos que permitan la interacción entre el niño integrado y su grupo escolar que favorezcan la aceptación social de los mismos. Asimismo, su rol es significativo en la apertura de espacios de reflexión acerca de la situación actual de la integración educativa, sus dificultades y beneficios, para posteriormente elaborar y consensuar estrategias adecuadas que permitan incrementar la aceptación de la integración.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA -

Ander-Egg, Ezequiel. (1970). Introducción a las Técnicas de Investigación Social. Editorial Humanitas. Cap. 12 y 13.

Biggio M.; Hurcade S.; Zitarosa, M., 2002. Caracterización de la población de niños con Integración Escolar en el Nivel Inicial de la ciudad de Mar del Plata” Tesis de grado, Facultad de Psicología.. Director: Bakker L. Co-Director: Lopez M.

Bowley, A.; Gardner, L. (1987). El niño disminuido. Guía educativa y psicológica para los disminuidos orgánicamente. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires.

Buckley, S.; Sacks, B. (1997). El adolescente con Síndrome de Down. Universidad de Portsmouth.

Candel, I.; Turpin, A. (1992). Síndrome de Down. Integración escolar y laboral. Assido. Murcia.

Cunningham, C. (1990). El Síndrome de Down. Una introducción para padres. Editorial Paidós y Fundación catalana del Síndrome de Down. Barcelona.

Cunningham, C. (1994). Classrooms that work. New York. Harper Collins College.

Dykens, E.; Hodapp, R.; Evans, D. (1994). Profiles and development of adaptive behaviors in children with Down syndrome. Amm J. Ment Retard. 580-587.

Flores, J. Y Troncoso, M.V. (1991). Síndrome de Down y educación. Salvat. Fundación Síndrome de Down de Cantabria. Barcelona.

Fowler, A.; Doherty; Boynton, L. (1995). The basics of reading skill in young adults with Down Syndrome. En Nadel L. Rosenthal, D., eds. Down Syndrome Living and Learning in the community. New York, Wiley Liss.

Franco, F.; Wishart J. (1995). Use of pointing and other gestures by young children with Down syndrome. *Amm J. Ment Retard.* 160-182.

Freeman, S.; Hodapp, R. (2000). Educating children with Down syndrome : Linking behavioral characteristics to promising intervention strategies. *Down Syndrome Quart.* 1-9.

Gueventter, Elida L.(1980). Medida de la relación social en el aula. Editorial Docencia.

Jimenez, M. (1994). Competencia social: intervención preventiva en la escuela. *Infancia y sociedad.* 24:21-48.

Johnson, D.; Johnson, R. (1984). Classroom learning structure and attitudes toward handicapped students in mainstream setting. *The council for exceptional children.* 118-143.

Lambert, Jean; Rondal, Jean. (1980). El mongolismo. Editorial Paidós.

Laws, G.; Taylor, M.; Bennie, S., Buckley, S. (1996). Classroom behavior, language competence, and acceptance of children with Down syndrome by their mainstream peers. *Down Syndrome, Research Practice.* 100-109.

Miller, H.; Rynders, J.; Schleien, S. Drama (1993): A medium to enhance the social interaction of students with and without mental retardation. *Ment Retard.* 228-233.

Miller, J.; Leddy, M.; Miolo, G.; Sedey A. (1995). The development of early language skills in children with Down Syndrome. *Down Syndrome Living and learning in the community*. New York. Wiley Liss. 115-120.

Moreno J. (1972). *Fundamentos de la Sociometría*. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Northway, M. (1964). *Sociometría scolastica: breve guida per gli educatori*. Firenze, la nuova Italia.

Perera, Juan (1995). *Síndrome de Down. Aspectos específicos*. Ed. Masson. España.

Pueschel, S.M. y col. (1987). *Nuevas perspectivas sobre el Síndrome de Down*. Editorial Brookes. Baltimore. London.

Pueschel, S.M.; Bernier, J.; Pezullo, A. (1991). Behavioral observations in children with Down's syndrome. *J. Ment Defic Res.* 502-511.

Pueschel, S.M.; Sustrova, M.; (1997). *Adolescents with Down Syndrome: Toward a More Fulfilling Life*. Baltimore, Paul H. Brookes. Pub Co.

Pueschel, J. (1995). *Hacia un futuro mejor (guía para padres)*. Salvat. Fundación Síndrome de Down de Cantabria. Barcelona. Santander.

Putnam, J.; Rynders, J.; Johnson, R.; Johnson, D. (1989). Effects of Collaborative skill instruction on promoting positive interpersonal interactions between moderately-severely mentally handicapped and nonhandicapped children. *Excepto Children.* 550-557.

Roizen, N. (1997). Hearing loss in children with Down syndrome : A review. *Down Syndrome Quart.* 1-4.

Rynders, J.; Johnson, R.; Johnson, D.; Schmidt, B. (1980). Producing positive interaction among Down syndrome and non-handicapped teenagers through cooperative goal structuring. *Am J. Ment Defic.* 268-273.

Rondal, Jean. (1990). Editorial Nueva Visión.

Trianes V., García J., Blanca J. (2003). Competencia social en niños retrasados mentales educables integrados versus educación especial. <http://copsa.cop.es/congresoiberboa/base/educati/ata.htm>

Sarimsky, K. (1982). Effects of etiology and cognitive ability on observational learning of retarded children. *Int. J. Rehabil Res.* 75-78.

Sigman, M.; Ruskin, E. (1999). Continuity and change in the social competence of children with autism, Down syndrome, and developmental delays. *Monographs of the Society for Research in Child Development.* 64.

Troncoso, M.V. (2002). Programación educativa en el niño con Síndrome de Down. *Rev. SD.* Vol. 19.

Wishart, J.; Manning, G. (1996). Trainee teachers attitudes to inclusive education for children with Down syndrome. *J. Intellect Disabil Res.* 56-65.