



*Julio / Agosto*  
*2006*

 **INGRESE**



*Retos es una publicación bimestral de la Asociación Venezolana para el Síndrome de Down.*

## INDICE

- 📖 Nota Editorial **p.3**
- 📖 Procesos hematológicos  
en el síndrome de Down. **p.4**
- 📖 Un cambio de visión  
a la realidad. **p.11**
- 📖 Vacaciones 2006. **p.14**

## 📌 NOTA EDITORIAL

### Queridos lectores:

Finalmente arribamos a nuestras tan anheladas vacaciones de verano... Tiempo de relajarnos y de llevar aun más a la práctica todo lo aprendido por nuestros hijos ó alumnos en "situación de laboratorio". Las mamás tenemos ahora todo el tiempo disponible para ellos. Los docentes a recargar las pilas... Ya las tareas de álgebra no las haremos solamente en el papel, sino que las pondremos en práctica desde el supermercado hasta la playa!! Desde AVESID queremos desear a todos unas muy felices vacaciones. Para muchos pasa desapercibido el gran trabajo que hacemos con nuestros hijos especiales, terapias, escuela, consultas, actividades extracurriculares, etc., sin contar la otra inmensa cantidad de responsabilidades para con el resto de la familia. De manera que estas vacaciones siempre nos vienen muy bien sobre todo porque nos las hemos ganado a pulso alumnos, docentes y padres. Los hermanos, por su paciencia.

Los programas vacacionales siempre son una excelente alternativa para nuestros hijos. Garantizan un adecuado aprovechamiento del tiempo libre compartido otras personas y una excelente oportunidad para aprender. Desde nuestras

páginas ofrecemos algunas alternativas para el sano esparcimiento. *Ver vacaciones 2006.*

Aprovechamos nuevamente la oportunidad para convocarles al X Congreso Internacional sobre síndrome de Down "**Abriendo nuevas puertas. Respuestas a los retos del siglo XXI**" que se llevará a cabo los días 4 y 5 de Noviembre del 2006 en Caracas, auditorio de Ciudad Banesco. Toda la información referente a inscripciones, programa, expositores, costos, etc. está publicada en la página principal de nuestra página Web. Será nuevamente una excelente oportunidad de actualización de conocimientos de la mano de reconocidos especialistas y sobre todo con temas que son del interés tanto de padres como de los profesionales. Recordamos nuevamente que los cupos son limitados, por lo que sugerimos tomar las debidas previsiones.

De nuevo, felices vacaciones a todos

Siempre amigos,  
MARIA SUSANA PADRON DE GRASSO  
*Presidente*  
AVESID

## 📌 Procesos

### hematológicos en el síndrome de Down

Los niños con síndrome de Down presentan en ocasiones importantes defectos en el funcionamiento de la médula ósea. Es bien conocida la predisposición de los niños con síndrome de Down a desarrollar leucemias agudas.

También se han observado en éstos niños otros trastornos hematológicos no cancerosos, entre los que se destaca, por su frecuencia la macrocitosis, ó aumento del tamaño de los glóbulos rojos.

#### La leucemia en el niño con síndrome de Down

La leucemia es una forma de cáncer o neoplasia, de las células hematopoyéticas, es decir, de las células que originan las células sanguíneas maduras. Por razones que desconocemos, las células hematopoyéticas pierden el control en su división y en su diferenciación; proliferan de manera exagerada, no maduran ni se diferencian, e inundan la médula ósea y se desparrraman por la sangre. Eso significa que no son capaces de madurar y de convertirse en los leucocitos, en los hematíes y en las plaquetas normales de la sangre.



Algunas llegan a salir de la sangre y penetran en los tejidos (infiltración) en donde siguen dividiéndose.

Existen varias formas de leucemia, que se clasifican de acuerdo con la morfología y el grado de diferenciación de las células presentes en la sangre y en la médula ósea. En principio se distinguen dos grandes grupos:

- \* Leucemias Linfoblásticas Agudas (LLA): en las que el problema afecta a las células progenitoras de linfocitos

- \* Leucemias Mieloblásticas Agudas (LMA) o leucemias agudas no linfoblásticas (LANL), en las que el problema afecta a las células progenitoras de los demás leucocitos, de los eritrocitos o de los megacariocitos.

En Estados Unidos, la leucemia es la enfermedad maligna más frecuente en las personas menores de 15 años. Aunque la asociación entre el síndrome de Down y la leucemia aguda está admitida y se conoce desde 1.930, no se ha determinado con exactitud en qué nivel de riesgo se encuentran las personas con síndrome de Down. Partiendo de toda la información disponible, parece que los individuos con síndrome Down tienen un riesgo de 15 a 20 veces mayor en desarrollar leucemia que el resto de la población sin Síndrome de Down. Esto significaría que aproximadamente 1 de cada 100 niños con síndrome de Down desarrollará leucemia. La mayoría de casos se categorizan como leucemia aguda del tipo megacarioblástico y que ocurre, en la mayoría de las veces en los primeros tres años de vida, y por lo cual esta condición también tiene buenas posibilidades de curación. Una forma de leucemia pasajera también se ve en los recién nacidos con síndrome Down, desapareciendo espontáneamente durante los primeros dos a tres meses de vida. Puede ser tanto de estirpe mieloide con una incidencia similar. Las leucemias mieloides y un trastorno relacionado, la mielopoyesis anormal transitoria, tienen unas características clínicas y biológicas muy peculiares. En cambio, las características de las leucemias linfoblásticas son similares a las que se presentan en los niños con síndrome de Down.

Dentro de estos grupos existen varias formas o subtipos. La clasificación del grupo cooperativo FAB (Franco-Américo-Británico), basada fundamentalmente en aspectos morfológicos, reconoce 7 subtipos dentro de las LMA, llamadas desde la M-0 a la M-7. Pero los criterios morfológicos no son suficientes para establecer una buena clasificación diagnóstica de las leucemias agudas. En cambio, el estudio inmunológico de las células blásticas, la citogenética y la biología molecular han permitido a los especialistas reconocer marcadores o elementos de detección que son específicos y tienen un gran valor pronóstico; es decir, poseen un gran valor para prever la evolución de la leucemia y su respuesta al tratamiento.

La mayoría de los casos de leucemia en el síndrome de Down se da en los primeros 5 años de vida. En los 3 primeros años, las leucemias más frecuentes que en ellos aparecen son las LMA. A diferencia de la población infantil general, la mitad de las leucemias agudas que ocurren en niños con síndrome de Down son de estirpe mieloide y, dentro de ellas, un 50% corresponden a la leucemia megacarioblástica o M-7; en conjunto, se ha llegado a afirmar que la frecuencia de leucemia megacarioblástica o M-7 en la población infantil con síndrome de Down es de 200 a 300 veces mayor que en la población que no lo tiene.

Pasados los 3 primeros años, el 80% de las leucemias se presentan en la forma de LLA y el 20% en la forma de LANL.

Cada forma de leucemia presenta sus características propias. Muchos de los síntomas y signos clínicos son comunes a todas ellas, pero otros varían según el tipo de leucemia. Varía también la evolución y curso natural de la enfermedad. Y, sobre todo, varía la susceptibilidad a los fármacos y la respuesta al tratamiento.

### **Síntomas más importantes**

La proliferación e invasión de las células leucémicas supone la reducción o supresión de otras células sanguíneas normales (p. ej., los hematíes o glóbulos rojos). De ahí derivan algunos de los síntomas más frecuentes como son: la anemia con sus manifestaciones (palidez cutáneo mucosa, cansancio y astenia, cefalea, acufenos, disnea, taquicardia); febrícula sin causa aparente o por infección intercurrente debida a la disminución de granulocitos; hemorragias por pérdida de plaquetas que se manifiestan en forma de equimosis y petequias en la piel o en las mucosas, más manifiestas si ha habido un traumatismo aunque sea débil, o pequeños sangrados en las encías o en la nariz.

La infiltración de células leucémicas consiste en la invasión en ciertos tejidos y órganos, y puede ocasionar

la aparición de adenopatías (inflamación de ganglios en el cuello, axilas, ingles), o el agrandamiento del hígado o bazo. A veces puede haber pequeñas obstrucciones de los vasos sanguíneos. O puede infiltrar las meninges y el sistema nervioso central.

El diagnóstico preciso exige realizar análisis de la sangre periférica por punción venosa y de la médula ósea por aspiración. En ocasiones cuesta obtener el material por aspiración medular, bien porque la médula ósea está masivamente infiltrada (empaquetamiento celular), o por la coexistencia de una fibrosis medular, situación en la que la médula ósea está como seca y dura, y esto es más frecuente en la leucemia megacarioblástica (M-7)

### **Tratamiento**

El tratamiento ha de iniciarse de manera inmediata, ya que la leucemia es una enfermedad grave e inevitablemente mortal si no se trata adecuadamente.

El objetivo del tratamiento es suprimir las células leucémicas, y para ello se emplea una combinación de fármacos que destruyen las células leucémicas y que evitan la generación y proliferación de otras nuevas células. Pero ello comporta un riesgo: reducir también las células sanguíneas normales hasta límites peligrosos, y provocar la muerte o alteración de las células de otros

tejidos que también se dividen con rapidez. Eso es lo que conforma el cuadro tóxico propio de la quimioterapia; algunos síntomas son molestos pero no peligrosos (caída del cabello), pero otros son molestos y peligrosos (úlceras en las mucosas, infecciones, dermatitis, anemia, sangrado). Por consiguiente, el tratamiento adecuado abarca tanto la acción directa sobre las células leucémicas como el control de los problemas secundarios originados por la quimioterapia.

El objetivo óptimo, como se ha indicado, es la supresión completa y definitiva de las células leucémicas: remisión completa y permanente, curación. Pero en ocasiones, las células leucémicas resisten al tratamiento y no hay remisión, o es incompleta y parcial. Y otras veces hay remisión pero, al cabo de un tiempo más o menos prolongado, aparece una recaída. El conocimiento de estos hechos ha promovido el diseño de tratamientos más intensivos que tratan de prevenir estas recaídas.

Las sociedades médicas ESPECIALIZADAS en leucemias infantiles han establecido pautas muy concretas y detalladas sobre cómo combinar los diversos fármacos que han de aplicarse, con qué ritmo, en cuántas etapas dependiendo de cual sea la forma de leucemia (LLA o LMA) y, dentro de ellas, los subtipos definidos en función de las propiedades de las células leucémicas en un determinado

paciente. Es un tratamiento largo y, por las razones antes indicadas, peligroso; y se acompaña de abundantes efectos secundarios que el equipo sanitario trata de controlar.

Los padres han de tener confianza en el equipo terapéutico, porque pasarán por momentos difíciles en los que verán que el niño está muy débil, sufre, desarrolla una infección, presenta problemas en la piel, o en las mucosas (boca, conjuntivas, intestino). Han de saber que esos problemas temporales tienen solución y terminan por superarse.

Las fases generales de los tratamientos con quimioterápicos combinados son los siguientes (el valor relativo de cada una de estas fases es diferente en las leucemias LLA y LNLA).

1. Inducción a la remisión. Su objetivo es conseguir una remisión inicial completa. La obtención de esta remisión completa es un requisito imprescindible, pero no suficiente, para lograr la curación del niño.
2. Tratamiento posremisión. Su objetivo es prevenir la recaída.

- a) Consolidación e intensificación (se administran los mismos fármacos que en la inducción o nuevos)
- b) profilaxis de infiltración del sistema nervioso central, especialmente en las LLA, en la que es necesario administrar el medicamento por la vía intratecal (mediante punción lumbar).

c) Mantenimiento, para evitar las recaídas.

*Trasplante:* el trasplante de células hematopoyéticas (médula ósea) es recomendable en algunas formas de leucemia con muy alto riesgo de recaída. Se utiliza usualmente la médula ósea del donante, pero también es frecuente, sobre todo en niños, el uso de sangre de cordón umbilical o de sangre periférica estimulada con factores de crecimiento, así como otras fuentes de células progenitoras hemo-topoyéticas.

*Tratamientos de apoyo.* Consisten en medidas terapéuticas para prevenir o paliar complicaciones de la propia leucemia o consecuencias del tratamiento quimioterápico:

- \* la anemia
- \* las hemorragias
- \* las infecciones
- \* los vómitos y las mucositis
- \* el aumento de ácido úrico

Para ello se utiliza: hidratación, transfusiones de concentrados de hematíes, o de plaquetas, o de plasma enriquecido con factores específicos, los antibióticos, los antieméticos, los factores de crecimiento hemopoyético.

## **Peculiaridades en el síndrome de Down**

Ya se ha indicado que en la actualidad, el pronóstico de remisiones y curaciones de leucemia a largo plazo en la población infantil con síndrome de Down es similar o mejor al de la población sin síndrome de Down. Es importante conocer que la mayoría de los niños con síndrome de Down que presentan una leucemia mieloblástica aguda pueden curarse de su leucemia con regímenes apropiados de quimioterapia. Incluso, en el caso de la leucemia megacarioblástica aguda o M-7 la respuesta es más favorable. Estos niños parecen tener una mayor sensibilidad a ciertos fármacos, especialmente a la citarabina (Ara-C). En este tipo de leucemia, las tasas de supervivencia son significativamente mejores (80-100%), cuando se comparan con las conseguidas por niños sin síndrome de Down

Pero los niños con síndrome de Down presentan un mayor número de complicaciones durante el tratamiento, quizá como consecuencia de una mayor sensibilidad al tratamiento; de ahí la necesidad de ajustar muy bien las dosis, controlar muy de cerca los resultados obtenidos, y tratar las complicaciones. Pueden presentar un mayor riesgo de desarrollo de septicemias, o de toxicidad del metotrexato que afecta a las mucosas; pero con buena hidratación, transfusión de concentrados de productos hemáticos y

terapia antiinfecciosa, se superan estas incidencias.

El uso de trasplante de progenitores hematopoyéticos en la leucemia aguda de niños con síndrome de Down ha sido muy limitado, y su aplicación es todavía controvertida. Para algunos no es recomendable debido a una elevada tasa de mortalidad por las complicaciones derivadas del trasplante. La actitud más generalizada es tratarles exclusivamente con quimioterapia.

### **Trastorno mieloproliferativo transitorio (Leucemia transitoria)**

Además de una mayor incidencia de LMA, el niño con síndrome de Down tiene una predisposición a presentar un trastorno mieloproliferativo transitorio (TMT) o leucemia transitoria en el período neonatal (muy primeros meses). En el 10% de los recién nacidos con síndrome de Down aparece un cuadro sanguíneo caracterizado por leucocitosis elevada, presencia de células mieloides inmaduras de aspecto blástico en la sangre periférica y en la médula ósea, frecuentemente megacarioblásticas, y también por el aumento de tamaño de hígado y bazo. El patrón es claramente leucémico, pero suele regresar espontáneamente en el curso de unos 3 meses por lo se ha definido como leucemia transitoria o trastorno mieloproliferativo transitorio. En la actualidad se tiende a considerarlo como una auténtica leucemia, aunque

de remisión espontánea, y por eso es llamado leucemia transitoria.

En la mayoría de los casos este cuadro desaparece y no se presenta de nuevo. Sin embargo, aproximadamente en un 30%, desarrollan después una leucemia megacarioblástica aguda o M-7 en los 3-4 años siguientes. (*Ver: Leucemia y síndrome de Down: biología molecular de la leucemia megacariocítica*)

Existe también una pequeña proporción de niños con síndrome de Down en los que el episodio de leucemia transitoria cursa con complicaciones graves como son la fibrosis hepática masiva, secundaria a infiltración (con aumento de enzimas hepáticas y bilirrubina), fallo respiratorio, insuficiencia cardíaca e hydrops fetalis. Estas complicaciones exigen un tratamiento sintomático agresivo, y está justificada la utilización de un régimen de quimioterapia, tipo LMA, que incluya específicamente la citarabina.

En líneas generales, en los niños tratados adecuadamente, el pronóstico de los pacientes leucémicos con SD es similar ó mejor que el de los demás niños y depende del tipo de leucemia. En el trastorno mieloproliferativo transitorio es pronóstico es excelente, en la mayoría de los casos no requieren de tratamiento citostático. En las leucemias mieloides, el pronóstico es mejor que en los niños sin Síndrome de Down y en las leucemias linfoides es similar ó

algo peor, debido a la mayor toxicidad y complicaciones infecciosas que estos niños desarrollan tras la quimioterapia. (Lange). Durante muchos años, la tasa de curación de estos niños fue baja, debido al rechazo a ser tratados en forma intensiva las leucemias en pacientes con deficiencias intelectuales. Sin embargo la curación de estos niños ha aumentado mucho desde que, a raíz de la legislación Baby Doe (Pless) en Estados Unidos, se incluye a estos pacientes en los mismos protocolos de tratamiento quimioterapéutico intensivo que los demás niños.

**Fuentes:** \*Jesús Flores Beledo /Encarnación Bureo Down21.org. *Leucemia y síndrome de Down.* \*Síndrome de Down. Aspectos Médicos actuales. Fundació Catalana de Síndrome de Down. \*National Down Syndrome Society\* U.S National Cancer Institute \* Atención médica en el síndrome de Down. Un planteamiento de medicina preven-tiva. Paul Rogers/Mary Coleman. FCSD\* Down Syndrome. Advances in medical care. Ira Lott/ Ernest McCoy





“beneficios”, “beneficios” que se dan, por descontado, al resto de las personas.

No obstante, se ha luchado mucho para conquistar los alcances que hoy se han logrado para las personas con síndrome de Down, sin embargo aún nos queda mucho por hacer como sociedad para lograr la plena inclusión de las personas con discapacidad dentro de sus comunidades. Aun en el siglo XXI necesitamos ofrecer

más oportunidades. Esto no quiere decir que no estemos en el camino correcto para seguir cambiando la visión que hoy aun tienen muchas personas sobre los individuos con discapacidad. Los cambios son posibles con liderazgo, colaboración, comprensión, habilidades y sobre todo con acciones. Por ende, esta visión puede materializarse.

Las personas con síndrome de Down quieren ser aceptadas. Quieren ser integradas. Quieren contar con oportunidades para elegir lo que desean. Las personas con síndrome de Down tienen, al igual que todos metas y sueños. Quieren hablar por ellos mismos y no que otros hablen por ellos. Las personas con síndrome de Down están viviendo, respirando, pensando y sintiendo al igual que el resto, y es por ello que aspiran ser tratados como iguales. Desean la misma calidad de vida que las demás

## UN CAMBIO DE VISIÓN A LA REALIDAD

Concretamente, la visión hacia las personas con síndrome de Down es la de que ellos deben ser integrados en todas las facetas: en la vida familiar, escolar, social, laboral, recreacional y comunitaria. También, y como parte de esta visión, a las personas con síndrome de Down se les debería otorgar las mismas oportunidades que tienen todos aquellos quienes no han nacido con esa condición genética.

¿La realidad? Esto no ocurre lamentablemente a todas las personas con síndrome de Down. Las personas con síndrome de Down y sus familias son, la mayoría de las veces, forzadas a literalmente “implorar” para recibir esos

personas. Imaginemos por un instante el que se nos obligue a compartir nuestro tiempo libre con personas con quienes no tenemos nada en común, ó que nos graduamos en la universidad y luego, en lugar de hacer un trabajo acorde a nuestra profesión nos obliguen a limpiar mesas en lugar de ejercer la profesión para la que nos hemos preparado, Imaginemos también que estamos obligados a vivir con nuestros padres toda la vida aun cuando tenemos nuestra propia casa, ó que necesitamos estar un rato en privado pero que no tenemos ningún sitio a donde ir... (1)

Estos son sólo algunos ejemplos de limitaciones que tienen las personas con síndrome de Down. ¿Razones? Discriminación, estereotipos, prejuicios, miedo e ignorancia. Estas y otras barreras, tienen un enorme impacto y dificultan el cambio de visión hacia las personas con discapacidad.

Analizando con un grupo de adolescentes con síndrome de Down (Grupo del National Down Syndrome Society) preguntando sobre sus metas, sus sueños, y su futuro, sus respuestas sorprendentemente no se diferenciaban de un grupo de adolescentes sin discapacidad. Aspiraban graduarse, tener una vivienda propia, trabajar y tener amigos. (1)

Consultados también un grupo de padres sobre la visión y expectativas

para el futuro de sus hijos con síndrome de Down, expresaron metas similares: el que pudiesen asistir a la misma escuela que sus hermanos, acceso al empleo y entrenamiento, que sus hijos pudiesen socializar y tener amigos, y el que tuviesen la posibilidad de elegir donde quieren vivir y con quien. Esta visión no es para nada diferente a la del resto de la población en general. (1)

Todas estas metas son alcanzables. Debemos dar a las personas con discapacidad y a sus familias las mismas oportunidades que a los demás para alcanzar sus metas. Con ayudas adecuadas, actitudes y esfuerzo, y el prepararlos para el éxito y el fracaso se pueden alcanzar estas metas.

Sin embargo, podemos afirmar que la hoy, la calidad de vida de las personas con síndrome de Down ha cambiado drásticamente en relación al pasado. Hoy, cada día trabajamos más para que cada día sea mayor el número de personas con síndrome de Down que se integre a la escuela ordinaria, los bebés con síndrome de Down reciben programas adecuados de estimulación temprana individualizados diseñados para ayudarles a alcanzar el máximo desarrollo de su potencial. En la actualidad, las personas con síndrome de Down cuentan con programas de salud específicos para ellas, lo que nos permite hacer medicina preventiva en aras a conquistar cada

día mejor calidad de vida para ellas. Esto a su vez ha permitido que estas personas sean cada vez más longevas alcanzando un promedio de vida superior a los 55 años. Hoy, muchas personas con síndrome de Down se preparan para tener una vida autónoma, para vivir de manera independiente ó en viviendas tuteladas. Gozan de una vida más plena gracias a los programas de empleo.

Muchos han sido los avances en materia de investigación, educación, empleo, vida adulta, salud y en muchas otras áreas para contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas. No obstante, pese a todos estos avances, aun nos queda mucho por hacer y reducir esa brecha que existe entre las personas con discapacidad y el resto.

Más de 2/3 de las personas con discapacidad en nuestra sociedad carece de empleo, y aquellos que están empleados ganan mucho menos dinero que sus compañeros. (1) Actualmente en el mundo, salvo escasas excepciones está presente un terrible flagelo como lo es el desempleo. Podemos ya pues imaginar el reto que supone para las personas con discapacidad conseguir un puesto de trabajo.

Todas estas cosas que la mayoría de las veces no nos detenemos a pensar conllevan a consecuencias realmente dramáticas. Y es que en esencia, a las personas con síndrome de Down se

les obliga a desistir de sus sueños y a reprogramar sus metas.

Todas las asociaciones que trabajamos en pro de las personas con síndrome de Down hemos de seguir luchando a brazo partido y cerrando filas. A lo largo de la historia, los movimientos asociativos Down fundados por padres han sido los principales agentes de cambio en la vida de sus hijos con síndrome de Down. Definitivamente es mucho lo que podemos hacer para que las personas con síndrome de Down puedan realizar sus sueños.

El mensaje es claro. Hay que hacer muchos cambios para que estos sueños puedan lograrse. En las escuelas, en el trabajo, en materia de salud, en materia de seguridad social, en apoyo familiar, etc. Los cambios no se dan solos. Necesitamos que cada día existan más movimientos asociativos en los que conjuntamente trabajemos padres, familiares, profesionales y amigos para que podamos ser escuchados aun con más fuerza. Para alcanzar las metas de las personas con síndrome de Down necesitamos involucrar a las mismas personas con síndrome de Down en el proceso, a sus familias, a los profesionales que los atienden, no quedarnos estacionados en el hecho de que existe una ley que los ampare, sino **exigir y velar su cumplimiento.**

(1) *Andrea Lack. Síndrome de Down. Visions for the 21st. Century.*

## VACACIONES 2006-07-27

*¿Qué alternativas para el sano disfrute podemos ofrecer a nuestros hijos con necesidades especiales estas vacaciones?*

### ➤ **Asociación Cooperativa PECHUNITA.**

Donde sus hijos pasarán momentos inolvidables en contacto directo con la naturaleza.

Desde el 31/7/06 hasta el 14/8/06

Contactos: Alejandra Ball

María Auxiliadora Escuela

Jilian Rondón.

Tlfs: 0414-3397330 / 0414-3181692

/ 0416-4920487

### ➤ **Campamento MAPACHE**

Pernocta en el club Bahía de los Piratas. Desde el 24 al 29 de Julio.

Plan vacacional modalidad Day camp: actividades y visitas guiadas a Club Paracotos, Club Los Cortijos, cine, Ávila mágica, las cuevas del indio, Instalaciones Eugenio Mendoza, Bowling La California, Programa de Equino terapia y Mc Donald's  
0416-4131576- Yalitzá Werner /  
0416- 8155814- Rosana Werner

### ➤ **Campamento ALOHA**

Actividades y paseos para los más pequeños. Desarrollo de habilidades, manualidades, pintura, música, juegos.

Contacto: María Isabel Grosmann.  
284 8581 / 2847380

### ➤ **Campamento PIEDRA PINTADA (Expanzoo)**

Dirigido a jóvenes especiales mayores de 14 años y que no presenten conductas disruptivas, que posean ganas de tener nuevos amigos y la certeza de que se pueden superar todas las barreras.

Aura Salazar 0414-271-7330

[aurasalazar@cantv.net](mailto:aurasalazar@cantv.net)

Tania Vega, 0416-8163258,

[taveve4@hotmail.com](mailto:taveve4@hotmail.com)

Expansión: (0212)961-8644/961-8770/961-8639

### ➤ **Campamento vacacional Museo de Ciencias Caracas**

Temporadas Semanales, desde el 31 de julio y hasta el 1ro de septiembre. Dirigido a niños y niñas con síndrome de Down o retardo leve entre los 5 y 15 años de edad cronológica.

Contactos: Janeth Pereira, Dirección de Educación Museo de Ciencias Parque Los Caobos Telfs.572-8645; 577-5786; 577-5094

### ➤ **Plan vacacional Aventuras de CERES Centro especializado de recreación y educación social**

Con pernocta en la Isla de Margarita. Desde el sábado 29/7/06 hasta el domingo 6/8/06. Salida a la Isla de Margarita en ferry\_a las 3:30 PM. Lugar de encuentro Mc Donalds de La Trinidad.

CONTACTO 04125680521 /

04164084938 Nailé Reyes, José

Francisco Domador, Robnan Carrasco.  
[nayle\\_reyes@yahoo.com](mailto:nayle_reyes@yahoo.com)

Cupo limitado.

