Psicología Educativa. Revista de los Psicólogos de la Educación
ISSN: 2174-0550
revistas_copm@cop.es
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

DAMIÁN DÍAZ, MILAGROS
LA IMPORTANCIA DEL JUEGO EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO INFANTIL
Psicología Educativa. Revista de los Psicólogos de la Educación, vol. 13, núm. 2, 2007, pp. 133-149
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=613765495003

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Psicología Educativa, 2007, Vol. 13, n.º 2 - Págs. 133-149. ISSN: 1135-755

EXPERIENCIAS

LA IMPORTANCIA DEL JUEGO EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO INFANTIL

THE IMPORTANCE OF PLAYING FOR THE PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN

MILAGROS DAMIÁN DÍAZ[1]

Fecha de Recepción: 11-10-2007 Fecha de Aceptación: 15-11-2007

RESUMEN

El juego es tema de interés tanto para niños normales como para niños con Síndrome de Down como herramienta indispensable para desplegar el desarrollo psicológico de los niños y como elemento indispensable del proceso de enseñanza-aprendizaje. En este estudio se presenta la intervención psicológica de dos niños con Síndrome de Down utilizando el juego y los juguetes como elementos indispensables entre otros, para mejorar y avanzar en su desarrollo psicológico. Los resultados muestran ganancias sustanciales en ambos niños en el desarrollo psicológico considerando las áreas de lenguaje y socialización, cognoscitivas, motoras gruesas y finas y autocuidado, además su comportamiento emocional se transformó notablemente y la interacción social entre sus familiares y compañeros evolucionó de manera positiva involucrándose cada vez más en los episodios sociales.

PALABRAS CLAVE

Niños con Síndrome de Down, Desarrollo cognoscitivo, Formas de evaluación, Tratamiento psicológico a través del juego y la actividad motora.

[1] Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala FESI.

ABSTRACT

Playing is a topic of interest concerning both normal children and children with Down syndrome. In fact, playing is an essential tool to let the psychological development of children unfold and it is also a key element in the teaching-learning process. This study outlines the psychological intervention with two children suffering Down syndrome using playing and toys as key elements to stir psychological development. Results show a substantial improvement in the psychological development of both children, especially in the areas of language, socialization, cognitive functions, gross and fine motor skills, and self care. Moreover, their emotional behavior changed notoriously and social interaction both with their family and their mates improved significantly, getting more and more involved in social events.

KEY WORDS

Children with Down Syndrome, Cognitive development, Evaluation procedures, Psychological treatment through playing and motor activity

INTRODUCCIÓN

La comprensión del desarrollo psicológico es parte fundamental del comportamiento humano no sólo en los primeros años de vida sino en todo el ciclo vital. Su estudio, análisis y comprensión es muy importante para conocer el qué, cómo y cuándo evolucionan los individuos a través de las diferentes etapas de la vida. El fundamento para constituirse este desarrollo psicológico de los niños se debe a la interacción entre la biología de los seres humanos y su interacción a través de los medios y herramientas que utilizan, ambos factores, filogenia y ontogenia favorecen el desarrollo de funciones psicológicas superiores, como son la inteligencia el lenguaje, el pensamiento, la capacidad de reconocer y establecer relaciones afectivas, para asimilar y apropiarse del conocimiento del mundo. Especialmente, el juego es el medio por el cual avanza el desarrollo psicológico del niño tanto normal como con discapacidad, el papel que desempeña es crucial ya que propicia la curiosidad, motiva al niño a involucrarse en episodios interactivos y sociales, el juego evoluciona con el niño haciéndolo a su vez evolucionar, el juego y los juguetes incitan a la actividad lúdica del niño desde el nacimiento hasta la edad adulta.

Desde el nacimiento el adulto debe satisfacer la curiosidad natural del niño entregándole los objetos apropiados para estimular sus sentidos y desarrollar sus aptitudes, el niño conoce el mundo por medio de los adultos, las capacidades y los conocimientos del niño se van enriqueciendo a partir de las novedades que le aporta el medio ambiente. Si no dispone el niño del estímulo, ni de las experiencias, su deseo de descubrir disminuirá y no podrá progresar.

En la edad preescolar el *desarrollo psicomotor* de los niños está en pleno crecimiento y desarrollo, los niños tienen una necesidad permanente de moverse, por lo que los juegos funcionales adquieren una gran importancia, ya que la coordinación está aún poco desarrollada y es a través del juego o de algún deporte el niño perfeccionará los movimientos que integran todo el cuerpo, facilitando en gran medida su coordinación y equilibrio. Hacia los 4 años de edad, el sistema Nervioso Central y los órganos de los sentidos han adquirido el desarrollo necesario para que la coordinación de los movimientos de los miembros superiores e inferiores se fortifique y se afine. El juego contribuye a mejorar el equilibrio, la flexibilidad, el dominio y armonía de los movimientos y la adquisición de los automatismos, estos últimos facilitarán a su vez la coordinación acorde y exacta de los movimientos lo que conduce a una mayor rapidez en la ejecución. Para apoyar a ese desarrollo psicomotor se debe, además crear un ambiente de juego que propicie las ideas de los niños, debe permitírseles que se apropien de los objetos que descubren, que entren libremente en interacción con ellos. Hay que tomar en cuenta que al inicio el niño realice las actividades por el placer de hacerlas y con la finalidad de vencer la dificultad que le representa. Posteriormente, las manipulaciones una vez asimiladas favorecerán la aparición de hábitos sensoriomotrices que permitirán al

niño distinguir su cuerpo en relación al medio ambiente, de esta manera descubrirá su esquema corporal.

Los juegos, juguetes y actividades que contribuyen al *desarrollo motor* del niño de edad preescolar son aquellos que estimulan la musculatura gruesa, juegos que permiten correr, trepar, arrastrarse, saltar, brincar, galopar, todos aquellos que favorezcan y estimulen los más variados desplazamientos. Y los juegos que favorecen la *coordinación ojo-pie y el equilibrio* son los carritos para jalar, empujar, rodar, los juguetes que permiten el balanceo son las cuerdas para saltar, las pelotas etc. Los juegos que favorecen *la coordinación ojo-mano* como son las actividades manuales de rasgar, estrujar, despedazar, cortar con tijeras, pegar, coser, amasar y modelar, ensartar objetos, el hacer un dibujo es un ejercicio lúdico que estimula la motricidad fina, ejercita y favorece la memorización, el aprendizaje de los conceptos y ejercita la abstracción a partir de una actividad concreta. Aquellos juegos que permiten la coordinación de los movimientos finos son golpear, atornillar, encajar, aserruchar, martillar y apernar, en tanto los juegos que hacen mover las manos y los dedos son los que se realizan con manivelas conectadas a engranes, artículos para apilar y encajar sobre una tabla.

Se consideran importantes para la independencia del niños las *actividades de la vida diaria* las acciones como abotonar la ropa personal o de la muñeca, utilizar cierres, anudar zapatos, trasportar un objeto frágil o que contenga objetos que no deben caerse.

Con respecto al *desarrollo cognoscitivo* el niño preescolar es sincrético que significa que percibe un conjunto de manera global, está limitado al presente y no diferencia entre el *yo* y no *yo*, su percepción de las cosas es global subjetiva, no es capaz de establecer relaciones entre los elementos de un conjunto complejo. El niño tiene de lo real una visión más afectiva que intelectual, no puede separar con nitidez entre lo subjetivo y lo objetivo, ignora que su experiencia es sólo parcial y le atribuye un valor absoluto. No es capaz de adaptar su pensamiento a lo real. Sitúa para sí mismo lo que nosotros situamos en el exterior. Y cuando el niño proyecta su persona en las cosas y les traspasa sus propias características está expresando el correspondiente animismo, en donde se supone que los objetos tienen la capacidad de moverse y de actuar. Éstos aspectos del pensamiento indican la manera en que se desarrolla en el niño la inteligencia y gracias al juego que representa el puente por el cual los niños atraviesan de la subjetividad a la objetividad, de lo concreto a lo abstracto, son los elementos que requieren los niños para diferenciar la realidad de la fantasía. Mediante el juego el niño preescolar desarrolla relaciones que establecen la causa y el efecto y así encuentra una explicación a lo que ve, esto va a facilitar que el niño adquiera una actitud lógica.

A través del juego el niño también desarrolla sus facultades de análisis, es capaz de sintetizar y acceder a la lógica la cual le permitirá desarrollar competencias que le serán útiles para el aprendizaje escolar (observación, creatividad, perseverancia), la clasificación de objetos de

izquierda a derecha o de imágenes para reconstruir una acción facilitan la preparación de la combinación de letras y de palabras para formar una idea. Los juegos que permiten cuantificar, ordenar y los que son de paridad son preparatorios para las matemáticas y ayudan a los niños a descubrir las operaciones. (D'Agostino y Raimbault, op. Cit.) Por otra parte, los rompecabezas o juegos de construcción facilitan que el niño ejercite la imaginación y que pueda construir todo aquello que los materiales del juego le sugieran. Y hay que tener presente que no es conveniente darle al niño juegos con demasiadas dificultades ya que sería muy frustrante para él resolverlas.

Con frecuencia los adultos creen que los niños con discapacidad no tienen la capacidad para jugar y, por tanto, olvidan planear y fomentar su juego, a pesar de que se ha demostrado que el juego de los niños especiales es más abundante, más diverso y más sofisticado en un situación social integrada, que en una segregada (Esposito y Koorland, 1989, Kohl y Beckman, 1984). Los niños con alteraciones en su desarrollo psicológico, específicamente los niños que padecen Síndrome de Down, presentan juegos elaborados cuando sus compañeros no se encuentran discapacitados, son más jóvenes en su edad cronológica y son idénticos en su nivel de desarrollo psicológico (Bednersh y Peck, 1986). Los adultos en su mayoría, asumen que los niños con alteraciones en especial aquellas de naturaleza intelectual necesitan una mayor cantidad de guía y dirección para jugar. Si bien, esta dirección es bien intencionada quizá se torne en una intromisión y posiblemente reduzca la espontaneidad del juego y su calidad.

Cielinski, Vaughn y Seifer (1993) descubrieron que las madres se entrometían más en el juego de sus niños con Síndrome de Down que las madres de otros niños y esa intromisión materna se presentaba cada vez más en los juegos de los niños. Por desgracia la libertad de jugar es un lujo que se presenta con mucha menor frecuencia en los niños con discapacidades.

El objetivo de este artículo es presentar el trabajo psicológico desempeñado utilizando el juego como herramienta eficaz en el avance del desarrollo psicológico de dos niños con Síndrome de Down inscritos en la Clínica de la Universidad, aproximadamente durante dos y tres años, según el caso. Se presentan los avances del desarrollo psicológico y los principales logros cualitativos alcanzados por la intervención.

MÉTODO

Sujetos:

Dos niños con Síndrome de Down y sus respectivas madres, un niño prácticamente de 4 años de edad al inicio del tratamiento y 7 años al final de la intervención. Y una niña de 4 años de edad al inicio del tratamiento y 6 años de edad al término del tratamiento, ambos niños de nivel socioeconómico medio-bajo y sin terapias adicionales.

Aparatos y materiales

El escenario consistía de un cubículo en la clínica de la universidad aproximadamente de 3 por 2 m y el jardín de la clínica. Los muebles que se utilizaron fueron 1 mesa y silla pequeñas. Y el material para llevar a cabo las actividades en todas las áreas del desarrollo psicológico como son: grabadoras, espejos, imágenes de diferentes objetos de números, animales, colores, cubos de diferentes tamaños, figuras geométricas, crayones, apoyos físicos para sostener lápices, juguetes, plastilina, rompecabezas, objetos de diferente tamaño para enhebrar, fotografías de familiares, personas conocidas y del propio niño o niña; cuadernos de ejercicios para rayar, dibujar, recortar, pegar, y tareas para igualar, seleccionar, clasificar, etiquetar y generalizar; utensilios de limpieza para manos y cara, peine, cepillo y pasta de dientes, ropa de diferentes tamaños, pelotas, barras de equilibrio, juegos de jardín, etc.

Procedimiento

Fase preeliminar. Obtención de información a través de:

a) *La Entrevista psicológica* que indaga aspectos de la familia, de su salud, de la alimentación, de los problemas sociales, de la situación financiera (ingresos y egresos), de las condiciones de la casa, de los aspectos alimentarios y rutinas de higiene, de la interacción entre los miembros de la familia y las expectativas de la madre con respecto a lo que desea que su hijo aprenda durante la intervención. También indaga los aspectos del niño como son las condiciones pre, peri y postnatales para identificar desde su nacimiento hasta el momento actual cuándo se presentaron los trastornos del desarrollo lingüístico, cognoscitivo, motriz y de autocuidado. Finalmente se indaga también cuáles son las rutinas de higiene, sueño y alimentación para respetarlas durante el tratamiento.

b) La Escala de ambientación (Damián 2003) valora e indaga las condiciones físicas del entorno geográfico como el hecho de que la vivienda se encuentre fuera de riesgos contaminantes, insalubres e inseguros, valora también las condiciones y organización de la vivienda, como la satisfacción de necesidades básicas, los hábitos familiares, la respuesta emocional y verbal de la madre, las oportunidades de juego y socialización que tiene el niño. Lo anterior permite tener una idea más real y precisa del programa que requiere cada uno de los niños.

c) La constante y continuada observación de las reacciones, emociones, comportamientos aberrantes de los niños y de los comportamientos y reacciones de las madres durante la interacción social.

1ª Fase de evaluación del desarrollo psicológico Pretest con el Instrumento de Detección del Desarrollo Psicológico IDDP (Damián 2003), este instrumento es una lista de cotejo que comprende los siguientes campos o áreas distribuidos cada uno en 5 niveles de complejidad o grupos de edad en meses 0-6, 6-12-, 12-24, 24-48 y 48-60:

— Lenguaje y socialización que considera las categorías de reflejos, lenguaje receptivo, lenguaje expresivo y socialización.

— Cognición en donde se contempla las categorías de capacidades sensoperceptuales, solución de problemas, discriminación, preacadémicas, y académicas.

— Motora fina la cual comprende el seguimiento visual, el alcanzar y agarrar y la manipulación de objetos.

— Motora gruesa que abarca el control de cabeza, girar y rodar, sentarse, gatear, sostenerse de pie y equilibrio, caminar, subir y bajar escaleras, correr, saltar, habilidades de fuerza, habilidades con la pelota y habilidades con el triciclo.

— Autocuidado incluye las categorías de alimentación, vestirse, control de esfínteres, limpieza de manos y cara, cepillado de dientes, peinarse, limpieza de nariz.

Al evaluar al niño no solamente se consideró los comportamientos que el niño hace por si sólo (Zona de Desarrollo Real) sino también aquellos que el niño puede hacer con ayuda del adulto, lo que se considera como la Zona de Desarrollo Próximo (Vygotski 1979). Estos comportamientos que los niños realizan con ayuda del adulto son elementos cruciales pues indican que los comportamientos se encuentran en vías de consolidación y, por tanto, representan el punto de partida para implementar los programas, pero no se cuantifican para obtener el puntaje.

Hay que tener presente que lo importante de la evaluación con el IDDP es:

1. Identificar el nivel de desarrollo de cada niño independientemente de su edad cronológica.

2. Identificar aquellos comportamientos que se realizan con la ayuda prestada del adulto ya que son elementos cruciales para seleccionar, iniciar, guiar y decidir cuáles serían los primeros objetivos a entrenar e implementar los programas de intervención psicológica.

3. Mediante la evaluación se podrá seleccionar y elegir los comportamientos adaptativos e identificar las habilidades necesarias más urgentes para incluirlas en el tratamiento para que los niños las aprendan.

4. Realizar el diagnóstico funcional del desarrollo psicológico que comprende el análisis de toda la información obtenida en la evaluación más la observación que se realiza durante ésta, también se hacen explícitas en el informe el nivel del desarrollo psicológico de los niños.

2ª Fase Intervención: Los programas se diseñaron considerando las condiciones que promuevan los comportamientos adaptativos más importantes de los niños en todas y cada una de las áreas del desarrollo psicológico antes expuestas. Con referencia al formato del programa que consistía en:

a) Especificar cada objetivo que el niño debe cumplir esto se refiere a *qué hacer*.

b) Incluir los materiales requeridos para lograr cada objetivo y que representa *con qué:* juguetes, objetos, utensilios y ejercicios especificando su textura, tamaño y color.

c) Describir las actividades que son el medio por los cuales se implementa el procedimiento, es decir, *el qué y cuándo introducirlas,* por ejemplo, los juegos didácticos programados y ejercicios para realizar en todas las áreas a intervenir.

d) El procedimiento a utilizar que es *el cómo* se implementa la estrategia de enseñanza-aprendizaje de cada uno de los objetivos a realizar con los niños, lo cual se logra al diseñar una secuencia que va de lo simple a lo complejo tomando en cuenta los precursores y la dirección de los comportamientos. Las técnicas utilizadas fueron la imitación, el apoyo físico, táctil y verbal del adulto. El procedimiento general se seleccionó con base a tres conceptos: *decir, mostrar, y guiar* a los niños en lo que debían realizar hasta alcanzar los objetivos (Kaker, y Brightman, 2004). El programa de intervención también se fundamentó en el aprendizaje de discriminación que contiene cinco pasos básicos: igualar, seleccionar, clasificar, nombrar y generalizar. (Dmitriev, 2000). Así mismo fue fundamental la utilización de materiales, juguetes, ejercicios y actividades lúdicas y juegos didácticos que promueven, motivan y son el medio para el logro de las actividades propuestas.

3ª Fase de evaluación del desarrollo psicológico postest, aplicación del Instrumento de Detección del Desarrollo Psicológico IDDP.

RESULTADOS

En la fase preeliminar en la *entrevista psicológica* resultó que en ambos casos los principales problemas eran de índole económicos y la estimulación hacia el niño en casa era muy deficiente, ambos niños carecían de juguetes didácticos y estimulantes, ciertamente tenían pocos juguetes comunes como son pelotas, coches, muñecas. Un hecho indiscutible fue que las madres eran las únicas responsables del cuidado de cada uno de los niños, la participación de los padres es prácticamente nula, los hermanos poco intervienen. En cuanto a las expectativas de las madres eran que sus hijos hablen, que se comuniquen de manera más efectiva y sean autosuficientes en su cuidado íntimo y personal.

En cuanto a la *escala de ambientación,* la cual se realizó en la casa del niño y de la niña se encontró en ambos casos que las condiciones del entorno geográfico se presentan problemas por la zona ya que no cuentan con todos los recursos urbanos y sociales. Son pobres las viviendas y no están carentes de accidentes caseros además, por el espacio tan pequeño y el número de personas que cohabitan en la casa se observa que existe un pronunciado hacinamiento, sin embargo, por el cuidado que les brindan los padres y familiares al niño y a la niña es bueno, también se

observó que hay una aparente cordialidad entre los hermanos y los padres de cada uno de ellos.

Finalmente, con respecto a la *observación,* ésta se mantuvo a través de todo el tiempo, se rescatan enseguida los logros cualitativos y los comportamientos de tipo emocional que presentaron los niños.

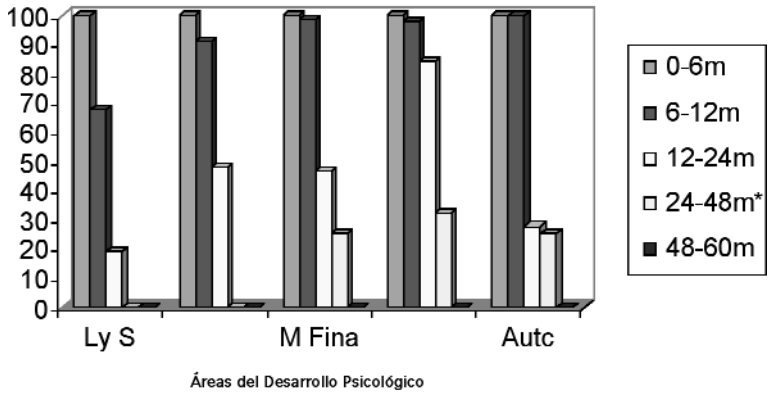
Con respecto a los resultados después de la *intervención* de cada uno de los niños se describirán a continuación sus logros más importantes de manera cuantitativa y cualitativa, independientemente de su edad cronológica, con el fin de dar cuenta en detalle de los avances que presentan cada uno de los niños.

En el caso del niño (EP) con una edad de 47 meses antes de la intervención se ubica en el grupo de edad cronológico de 24 a 48 meses del IDDP. Pero su nivel de desarrollo es decir, donde presenta un buen desempeño (del 80% o más) en el área de lenguaje y socialización es el grupo de 0 a 6 meses, en las áreas cognoscitiva, motora fina y autocuidado, su nivel de desarrollo se encuentra en el grupo de edad de 6 a 12 meses, solamente en el área de motora gruesa, su nivel de desarrollo es de 12 a 24 meses. Ver figura 1. (En las gráficas el grupo de edad correspondiente por su edad cronológica se marca con asterisco, antes y después del tratamiento).

Su *lenguaje* antes de la intervención era apenas audible y decía palabras como mamá, papá y pocas más, no hacía el sonido onomatopéyico ningún animal como es el perro y el gato, ni de ningún transporte coche, tren, avión. Su desempeño de manera cualitativa en el área *cognoscitiva* antes de la intervención y específicamente en el aprendizaje de los colores primarios era deficiente como también lo era la recitación de los números del 1 al 5 y presentaba errores en solución de problemas por no obtener un juguete fuera de su alcance, tampoco supo garabatear.

En cuanto a su *motricidad* se observó que no pudo agacharse y flexio-

Figura 1. EP. Desarrollo Psicológico antes de la intervención

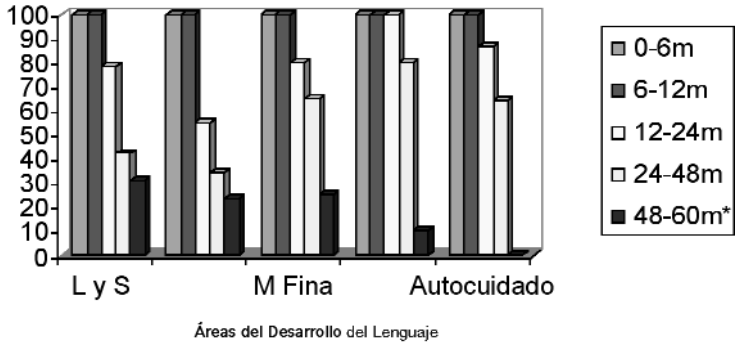


nar las piernas para ponerse de rodillas ni caminar de puntas, ni de talones, ni hacia atrás, no pudo sostenerse en un solo pie, ni pudo saltar. Su destreza con la pelota fue nula. No tenía un buen equilibrio ni fuerza en los músculos inferiores, no puedo saltar, ni subir y bajar escaleras de forma independiente, ni mucho menos correr sin caer. No levantó ni trasladó objetos de 1.5 Kg. También se observó que montó el triciclo pero no pudo pedalear ni conducirlo ni mucho menos dar vueltas. Con relación a la *motricidad fina* no pudo desenvolver un dulce, no mueve la muñeca del brazo, no construye torres de 3 o más cubos. No corta con tijeras, no hace bolitas de plastilina, no pega objetos, no quita la tuerca del tornillo, es decir, no tiene un manejo fino con los objetos. En el último nivel del desarrollo (48-60m) no emitió ninguna conducta de manera correcta. En el *área de autocuidado* su nivel de desarrollo como puede verse en la figura 1 es de 6-12 meses, ya que no comía con la cuchara sin derramar, ni bebía en taza, ni se quitaba la ropa, ni controlaba los esfínteres No sé lavaba cara ni manos, ni los dientes, se peinaba solamente con ayuda, mucho menos se limpiaba la nariz.

Después de la intervención la cual duró aproximadamente 3 años, el niño ya contaba con una edad de 84 meses, sobrepasando los grupos de edad estipulados en el IDDP, en este momento empezaba a mostrar comportamientos del grupo de edad de 48 a 60 meses, en todas las áreas del desarrollo a excepción del área de autocuidado. No obstante, se observan incrementos cuantitativos desde los 6 hasta los 60 meses de edad, lo que significa logros cuantitativos y cualitativos importantes. El área donde obtuvo mejor desempeño fue motora gruesa como podemos ver en la figura 2.

Con relación a su *lenguaje y socialización* mejoró notablemente la producción de éste, sin embargo, aunque dice palabras no pronuncia su nombre, ni tampoco responde a preguntas. Nombra algunas de las figuras y objetos comunes, canta y se inicia en el juego pretendido. En lo que respecta a la recepción del lenguaje aumentó considerablemente pero aún tiene dificultades en señalar el cuello, la espalda y el hombro. En socialización

Figura 2. EP. Desarrollo Psicológico después de la intervención



juega tanto de manera independiente como acompañado, sus intercambios sociales se mejoraron con los compañeros y con los adultos.

Otros logros cualitativos en el *área cognoscitiva* después de la intervención se refieren a las capacidades sensoperceptuales sencillas como prestar más atención a sonidos específicos, en cuanto a la solución de problemas ya detuvo los objetos al caer, logró obtener los objetos que quería. También reconoció objetos y alimentos, diferenció olores y puedo reconocer a los animales por su correspondiente sonido onomatopéyico, finalmente trató de imitar garabatos y puedo rayar con crayón. En relación a las conductas más complejas, el niño avanzó al reconocer algunas personas en las fotografías, objetos y ciertos alimentos. En el *área de motricidad fina* ensambló objetos, aunque con dificultades, pues no enfoca con facilidad los objetos pequeños, de esta manera se evidenciaron sus problemas visuales, a pesar de ello avanzó en los trazos.

Con respecto al *área de motora gruesa* logró tener mayor equilibrio al pararse, al agacharse, al encuclillarse y al pararse en un solo pie y con ayuda logró caminar sobre una viga de equilibrio. Logró también caminar hacia atrás y hacia los lados, de puntas, sobre sus talones, pudo con ayuda caminar de punta-talón y caminó en superficies inclinadas, siguiendo una línea recta y curva. Logró saltar una altura de 20 a 40 cm. Pudo bajar y subir escaleras con independencia. Logró correr esquivando obstáculos y deteniéndose con facilidad, aumentó su pericia con la pelota y el triciclo, lo dominó perfectamente.

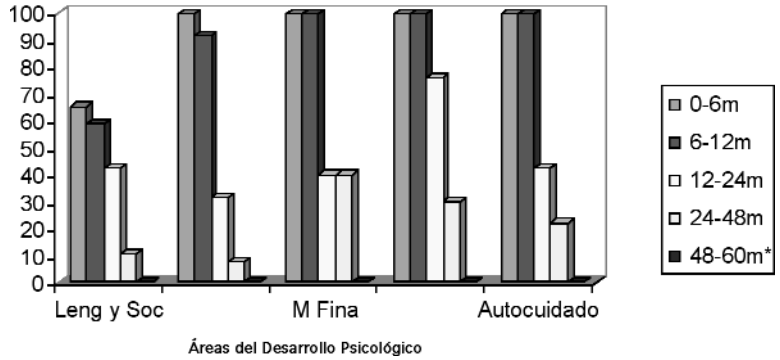
Después del tratamiento en el área de *Autocuidado* mejoró sustancialmente a tal grado que avanzó su nivel de desarrollo al grupo de 12 a 24 meses. Lo que significa que logró comer sin ayuda, a vestirse y desvestirse, a ponerse y quitarse los zapatos y el suéter, él sólo. Controló esfínteres tanto diurno como nocturno, logró lavarse la cara y las manos, cepillarse los dientes, peinarse y sonarse la nariz.

El segundo caso, la niña con Síndrome Down (GP) presenta una edad cronológica de 56 meses antes del tratamiento, obtuvo un desempeño propio de un nivel de edad de 6 a 12 meses en todas las áreas menos en lenguaje y socialización. De la misma forma que el caso anterior al ingresar al programa la niña no mostraba en su correspondiente grupo de edad ningún comportamiento (Ver figura 3).

En la primera evaluación en el *área de lenguaje y socialización* presentaba problemas en la modalidad de lenguaje expresivo, solamente emite balbuceos y algunos sonidos vocálicos. En el *área cognoscitiva* presentaba errores en solución problemas, no tiene permanencia del objeto no busca el objeto desaparecido, no puede emitir los sonidos onomatopéyicos de animales comunes como son el perro y el gato.

En el área *Motora gruesa* la niña es poco hábil con la pelota, no pudo caminar de puntas, tampoco camina sin tirar un objeto liviano que lleva sobre su cabeza, ni pudo saltar hacia delante y correr alternan-

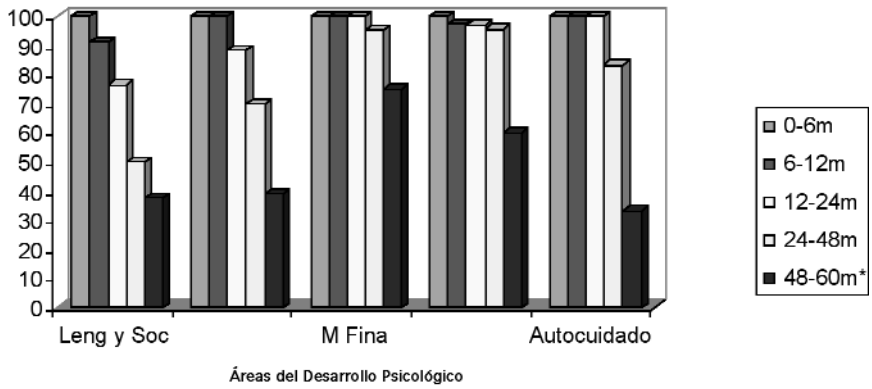
Figura 3. GB: Nivel del Desarrollo psicológico antes de la intervención



do pies y manos. *En motora fina* no pudo doblar una hoja de papel por la mitad ni coloca de 5 a 10 palitos en un orificio, no logra coger el lápiz correctamente, no puedo ensartar cuentas pequeñas en un cordón, no logra cortar con tijeras, no pudo modelar bolitas de plastilina, ni hojear las páginas de un libro. No construye una torre de 12 cubos, ni construye un puente siguiendo al modelo, ni construye 3 peldaños con 6 cubos, ni rasgó papel. En el *área autocuidado*, la niña no comió sola, ni usó la cuchara, no se viste ni desviste, ni coopera, no tiene control de esfínteres nocturno y tiene accidentes en el control diurno. No se lavaba las manos y cara, ni cepillarse los dientes, se peina con ayuda y no se limpia la nariz aún con ayuda.

Después de la intervención, la niña logra avances cuantitativos y cualitativos importantes, alcanza un nivel de desarrollo aproximadamente de 12 a 24 meses en el áreas de lenguaje y socialización, cognitiva y motora gruesa. Y un nivel de desarrollo de 24 a 48 meses en las áreas de motora fina y autocuidado como puede verse en la figura 4.

Figura 4. GB: Nivel del Desarrollo psicológico antes de la intervención



En términos cualitativos mejoró su *lenguaje receptivo* fue capaz de identificar las partes del cuerpo. En su *lenguaje expresivo* solamente pudo responder o preguntar por medio de vocablos, identificó a familiares en una fotografía y utilizó sustantivos y adjetivos, expresó sus deseos sin llorar. Imita algunos sonidos del habla y pronuncia ciertas palabras, reproduce algunos sonidos onomatopéyicos de animales y transportes.

En el área *Cognoscitiva* pudo relatar la acción representada en una viñeta. Con respecto a la noción del color logró igualar y seleccionar diferentes tarjetas de objetos, alimentos y animales y pudo ensamblar rompecabezas y figuras en los tableros. Con respecto a la noción de tamaño, la niña pudo distinguir los objetos más largos, anchos y angostos y pudo apilar, ordenar y graduar bloques de diferentes tamaños. Las nociones de posición, peso y espacio temporales logró identificarlas sin problema.

Los avances cualitativos más importantes después del tratamiento en la categoría de capacidades sensoperceptuales fueron los comportamientos en donde la niña pone mayor atención a lo que el adulto le dice, soluciona problemas como coger objetos para obtener otros, con los ojos cerrados y a través del tacto la niña identificó objetos simples, unió tres partes de una estampa, comparó 3 dibujos y dijo cuál era el más bonito, feo. Diferenció conceptos espacio-temporales. No obstante, falla con respecto a las capacidades preacadémicas y académicas. Finalmente en el área de académicas solamente cooperó en el relato de historietas, se le dificultó identificar vehículos de seguridad (ambulancia, bomberos, patrullas). En el *área de motriz* logra tener control en los movimientos de sus miembros superiores e inferiores con cierta destreza, sin embargo, tiene ligeros problemas con el equilibrio al subir y bajar escaleras, salta con dificultad. En el *área de motricidad fina* es quizás el área donde tuvo el mejor desempeño logra manipular con precisión los objetos pero falla al recortar con las tijeras. Finalmente, en el *área de autocuidado* tiene ligeros problemas en el vestirse y abotonarse la ropa y atarse las agujetas de los zapatos, sin embargo, logró cortar con cuchillo y obtuvo el absoluto control de los esfínteres diurno y nocturno.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos cuantitativos y cualitativos que se obtuvieron en el transcurso de 3 y 2 años de tratamiento en el niño y en la niña respectivamente, muestran avances cualitativos y cuantitativos significativos en ambos niños, al inicio de la intervención los niños presentaban comportamientos emocionales negativos, el niño mostraba berrinches realmente incontrolables y de larga duración cuando no se cumplían sus deseos, no era controlado por la madre y la manejaba conforme se cumplían sus caprichos. En esa relación con la madre, se identificó una sobreprotección hacia el niño y una permisividad sin límites. En el segundo caso la niña presentaba, no tan marcados como los del niño, berrinches y agresiones; las maneras que usaban los padres para eliminarlos era hablándole y

regañándola, en ocasiones le pegaban, posiblemente eso provocaba mayores berrinches y agresiones por parte de la niña. La experiencia que vivió la niña durante la intervención por dos años aproximadamente, cambió su actitud agresiva y se incorporó a la interacción social con los terapeutas y los otros niños.

Una evidente conclusión fue el hecho de que se mejoró notablemente la interacción social y la comunicación de los niños hacia los demás y esto permitió una buena colaboración entre el terapeuta y el niño (a), incluso con las respectivas madres, que a su vez redundó en un mejor desempeño y ganancias sustanciales en sus niveles del desarrollo psicológico. Los avances obtenidos por ambos niños fueron producto de las estrategias de enseñanza aprendizaje empleadas en la intervención psicológica como también lo fue el uso de la *zona de desarrollo próximo* para identificar y seleccionar los patrones de comportamiento adaptativos con los cuales iniciar el tratamiento en cada niño. Sin olvidar el empleo de las técnicas como *la ayuda física, táctil y verbal* que el adulto proporcionaba, también fue importante el modelo a seguir de los tres conceptos retomados de Kaker, y Brightman, 2004: *decir, mostrar, y guiar* para enseñar a los niños lo que debían realizar hasta alcanzar el criterio estipulado en los objetivos, como lo fue el modelo de aprendizaje por discriminación de los cinco pasos: *Igualar, seleccionar, clasificar, etiquetar y generalizar (*Dmitriev, 2000), todo lo anterior contribuyó al avance consistente y sustancial que ambos niños mostraron en su desarrollo psicológico. Y por supuesto, no hay que dejar de mencionar que la participación de las *madres* durante el proceso, su labor continuada en sus respectivas casas, como lo fue la utilización de *materiales, juguetes, ejercicios y actividades lúdicas y juegos didácticos* promovieron y motivaron a los niños y resultaron ser las herramientas fundamentales y eficaces del avance al final del tratamiento.

Los juguetes que eran manipulables les permitió la organización temporo-espacial de los niños y los juegos que favorecen el análisis y la síntesis fueron aquellos en donde los niños pudieron clasificar los objetos y establecer sus cualidades para compararlos (juegos de selección, de clasificación, juegos de construcción, rompecabezas, juegos de lotería). Por otra parte, lo que propició que los niños realizaran procesos de análisis sensorial y funcional fueron los juegos y actividades de restitución, de montaje y desmontaje, juegos de construcción y actividades de organización (juegos de construcción en los que los niños agrupaban, combinaban, modificaban, trasformaban y creaban). Los juegos que facilitaron el acceso a la lógica fueron aquellos que les permitían cuantificar y ordenar. Y también los juegos de paridad que implican relaciones simples, pero lógicas, como hacer la correspondencia entre objetos y conjuntos de objetos.

En la literatura de la década pasada, tanto en niños normales y como con alteraciones psicológicas se menciona que los juegos con objetos que los niños normales prefieren son materiales con propósitos indefinidos que les permitan ser creativos e

imaginativos, mientras que los niños que tienen problemas pero de la misma edad mental prefieren materiales estructurados con propósitos indefinidos como son los rompecabezas (Horne y Philleo, 1942). Los niños con discapacidades intelectuales son menos propensos que los niños normales a combinar objetos de la manera apropiada durante el juego, los niños discapacitados prefieren participar en la manipulación inespecífica con sus juguetes siendo altamente probable que requieran de más tiempo para aprender cómo jugar y cómo usar los juguetes. Los avances en los niños tanto normales como con discapacidad muestran que evolucionan a diferentes etapas hasta consolidar comportamientos cada vez más complejos que les permiten acceder al mundo simbólico. El patrón normal consiste en un progreso gradual del desarrollo hacia el mundo de la fantasía (Hughes 2006), en el caso de los niños con discapacidad se ha observado de manera consistente que el juego simbólico aparece en la mayoría de los casos, pero se manifiesta en etapas más avanzadas que en los niños normales (Casby y Ruder, 1983, Cunningham 1985, Li, 1985).

En un estudio llevado a cabo por Wing en 1977 con 108 niños con retraso mental severo y de 5 a 14 años, examinaron el juego simbólico y descubrieron que éste aparecía hasta que los niños alcanzaban una edad mental de 20 meses misma edad en que los niños normales comienzan a involucrarse en el juego pretendido. El hecho de que el juego simbólico no aparezca de repente, que su manifestación sea gradual es debido a que emerge a través de una serie de etapas por las cuales avanzan los niños (Cunningham op. Cit. y Jeffree y McConkey, 19885) este progreso ascendente parece ser idéntico en los niños de todos los niveles de capacidad intelectual pero los niños con discapacidades quedaron rezagados y fueron menos propensos a alcanzar los niveles más sofisticados de simbolización.

Otro estudio llevado a cabo por Li (1985) comparó el juego de 25 niños diagnosticados como levemente retrasados mentales, cuyas edades fluctuaban entre los 5 y 7 años con un grupo equivalente de niños sanos. Todos recibieron una bandeja de arena y diversas figuras cotidianas en miniatura, como personas, animales, casas, vehículos, señalamientos, árboles y bardas. Se les pidió que construyeran algo e inventarán una historia al respecto, después de transcurridos cinco minutos, se le preguntaba al niño ¿qué estaba haciendo?, a partir de ahí se identificaron 4 juegos pretendidos o simulados: a) el juego simbólico relacionado con objetos, b) el juego con una escena, c) el juego con un tema, y d) el juego con una historia. Los resultados muestran que los niños con discapacidades intelectuales participaban en algunas formas de juego simbólico, las diferencias aparecen en los niveles en donde se ubicaban los niños sanos y los intelectualmente discapacitados, alrededor de la mitad de los niños sanos de 5 años se encontraron en los niveles más altos (juego de temas e historias), pero ninguno de los niños de 5 años con retraso mental jugaba a esos niveles, el 55% de estos niños discapacitados participaron en el juego simbólico relacionado con los objetos. La conclusión afirma

que los niños con discapacidades simplemente experimentan un retraso, pero pueden jugar de la misma manera que los otros niños normales si los grupos son homogéneos en términos de edad mental y no cronológica. Estos hallazgos deben tomarse con la precaución debida ya que no se puede derivar conclusiones generalizadas acerca del juego con juguetes y con objetos de los niños con alteraciones psicológicas, sin embargo, es evidente que todos los niños juegan, sin importar su condición física, nivel de funcionamiento intelectual, estado emocional o circunstancia ambiental. Aunque los niños con problemas lo hacen con menos eficacia que los niños sanos, puesto que es menos probable que exploren el entorno físico, que formen representaciones mentales de la realidad o bien que inicien y mantengan actividades de juego social. Se confirma una vez más que el problema de los niños con discapacidad intelectual radica en el retraso al iniciar el juego simbólico y cuando se les compara con grupos de niños normales pero del mismo nivel evolutivo desaparecen esas diferencias cuando juegan. No hay que olvidar y tener siempre presente la creación constante de situaciones de juego y su apropiada graduación de las dificultades, el adulto debe estimular a los niños cualesquiera que sean, a que ejerciten todas sus posibilidades intelectuales y por ende evolucionen progresivamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baker L. Bruce, and Barightman Alan J. (2004). *Step to Independence Teaching every day skill till to children with special needs*. Balatimore, London, Sydney. Ed. Paul H books.

Bednersh, F. Y y Peck, C. A. (1986). Evaluación en ámbitos sociales: efectos de las características de los compañeros sobre la conducta social de niños con disfunciones severas. *Child Study Journal 16,* 83-94.

Casby, M. W. y Ruder, K.F. (1983). Juego simbólico y desarrollo temprano del idioma en niños normales y retrasados mentales. *Journal of Speech and Hearing Research. 26,* 404-411.

Cielinski, k.L., Vaughn, y Seifer, R. (1993). Relations among sustained attention in play, quality of play and mother-child interaction in samples of children with Down Syndrome and normally developing toddlers. Documento inédito.

Cunningham, C.C. (1985). Capacidad mental, juego simbólico e idioma receptivo y expresivo de niños pequeños con Síndrome de Down. *Journal of Child Psychology 26,* 255-265.

D'Agostino, M. y A.M. Raimbault (2004). El juego en el desarrollo del niño. *Revista psicología: el juego*. Enero-Febrero. México.

Damián Díaz M. (2003). *Niños con Síndrome Down. Instrumento de detección y tratamiento de problemas del desarrollo psicológico*. México, DF. Ed. Trillas.

Dmitriev, V. (2000). *El bebé con Síndrome de Down. Manual de Estimulación Temprana*. México, Ed. Trillas.

Esposito, B.G. y Koorland, M. A. (1989). Conducta recreativa de niños con discapacidades auditivas: ámbitos integrados y segregados. *Excepcional Children. 55,* 412-419.

Hughes, F.P. (2006). *El Juego. Su importancia en el desarrollo psicológico del niño y el adolescente*. México, D.F. Ed. Trillas.

Horne, E.M. y Philleo, C.F. (1942). Un estudio comparativo de las actividades de juego espontáneo entre niños normales y con deficiencias mentales. *Journal of Genetic Psychology 61,* 32-36.

Jeffree, D.M. y McConkey, R. (1985). Esquema de observación para registrar el juego imaginativo infantil con muñecos. *Journal of Chile Psychology and Psychiatry 17,* 189-197.

Kohl, F.L. y Beckman, P.J. (1984). Comparación de las interacciones entre niños con discapacidades y sin discapacidades durante las actividades escolares. *Journal of the Division for Early Childhood 8*, 49-56.

Li, A.K.F. (1985). Hacia un juego simulado más elaborado. *Mental Retardation 23,* 131-136.

Vygotski, L. S., (1979). El *desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España. ED. Grijalbo.

Wing, L.(1977). El juego simbólico entre niños con retraso mental severo y niños autistas. *Journal of Chile Psychology and Psychiatry 18,* 167-178.