

58

0292559

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**TERAPIA DE LENGUAJE CENTRADA EN EL JUEGO
ENFOCADA AL NIÑO DE 7 A 12 AÑOS CON
SINDROME DOWN**

TESIS

**Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**Presenta:
Silvia Cruz del Angel**

**Directora de tesis:
Lic. Araceli Lambarri Rodríguez**

Cd. Universitaria, D.F.

Abril de 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Al Sistema de Universidad Abierta de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, a su personal administrativo y docente, particularmente y con profundo agradecimiento por su paciencia y orientación a la Lic. Araceli Lambarri Rodríguez.

A mis padres, familiares y amigos, gracias por su apoyo.

A los dos motores de mi vida, mi esposo y mi hijo, a quienes agradezco su amor, comprensión y entusiasmo.

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	1
Capítulo 1 ANTECEDENTES.....	5
1.1 Una breve historia.....	5
1.2 Teoría genética.....	6
1.3 Métodos prenatales de diagnóstico.....	10
Capítulo 2 CARACTERISTICAS FISICAS Y ANORMALIDADES ORGANICAS.....	12
Capítulo 3 DESARROLLO FISICO HABILIDADES MOTORAS Y SENSORIALES.....	18
3.1 Edad preescolar.....	18
3.1.1 El primer año.....	18
3.1.2 De 1 a 4 años.....	20
3.2 Edad escolar.....	21
3.2.1 5 a 11 años.....	21
3.2.2 La escritura.....	22
3.2.3 El teclado.....	24
Capítulo 4 TEORIAS SOBRE LA ADQUISICION DEL LENGUAJE.....	29
4.1 Teoría psicolingüística.....	29
4.2 Teoría conductista.....	33
4.3 Teoría pragmática.....	36
4.4 Teoría interaccionista.....	40
4.5 Teoría cognoscitivista.....	42
CAPITULO 5 EL LENGUAJE EN EL NIÑO CON SINDROME DOWN DE 7 A 12 AÑOS.....	46
5.1 Edad cronológica y producción del lenguaje.....	46
5.1.1 El lenguaje y el habla.....	46
5.1.1.1 El lenguaje.....	47
5.1.1.2 El habla.....	48
5.1.2 El desarrollo del lenguaje.....	48
5.2 Lenguaje receptivo.....	51
5.3 Lenguaje expresivo oral.....	53

CAPITULO 6 IMPLICACIONES DEL USO DEL JUEGO	
EN EL DESARROLLO.....	56
6.1 Antecedentes.....	56
6.2 Teorías sobre el juego.....	58
6.3 Características y tipos de juego.....	60
6.4 Area motora.....	63
6.5 Area cognitiva.....	66
6.6 Area de lenguaje.....	67
6.7 Las necesidades del juego en el niño con síndrome Down.....	68
CAPITULO 7 PROPUESTA DE UNA TERAPIA DE	
LENGUAJE CENTRADA EN EL JUEGO.....	69
7.1 Descripción.....	69
7.1.1 Justificación de la terapia.....	70
7.1.2 Filosofía del tratamiento.....	70
7.1.3 Escenario físico.....	72
7.1.4 Fuentes de referencia.....	73
7.1.5 Evaluación inicial.....	74
7.1.6 Historia clínica.....	74
7.1.7 Evaluación formal.....	75
7.1.8 Evaluación informal.....	76
7.1.8.1 Nivel de atención.....	77
7.1.8.2 Interés del niño por el juego.....	77
7.1.8.3 Habilidades oralmotoras.....	77
7.1.8.4 Lenguaje receptivo y expresivo oral.....	78
7.1.8.5 Habla.....	79
7.1.8.6 Habilidades pragmáticas.....	79
7.2 Elementos y técnicas de la terapia.....	79
7.2.1 Protocolo de la terapia de lenguaje centrada en el juego....	80
7.2.1.1 Nivel de atención.....	80
7.2.1.2 Interés del niño por el juego.....	81
7.2.1.3 Habilidades oralmotoras.....	81
7.2.1.4 Lenguaje receptivo y expresivo oral.....	82
7.2.1.5 Habla.....	84
7.2.1.6 Habilidades pragmáticas.....	85
7.3 Documentación.....	87
CONCLUSIONES.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	91
ANEXOS.....	98

INTRODUCCION:

Este trabajo propone una terapia de lenguaje centrada en el juego para niños de 7 a 12 años con síndrome Down. Los lineamientos que se presentan pretenden delinear un programa terapéutico de lenguaje que responda a las necesidades particulares de estos niños.

A pesar de que actualmente existen en México algunos programas educativos que se proponen, de manera general, apoyar el desarrollo de los niños con necesidades especiales, no se ha elaborado hasta el momento un programa integral que contemple todas las áreas que requieren de apoyo; menos aún se ha desarrollado y aplicado una terapia de lenguaje para los niños con síndrome Down que contemple las características propias de este trastorno y que utilice el elemento lúdico como eje principal.

El juego permite al niño típico importantes avances en su formación psicológica, social y motora. Ninguno de estos aspectos es ajeno a experimentar la creatividad e independencia que el juego proporciona. Aprovechar estas virtudes en beneficio del niño Down, especialmente en lo referente a optimizar su lenguaje, es una propuesta dinámica que debe seguir enriqueciéndose conforme se integren nuevas metas y objetivos cada vez más ambiciosos.

La terapia de lenguaje centrada en el juego se enfoca especialmente al niño Down de edad escolar (7 a 12 años de edad) y toma en cuenta particularmente los puntos fuertes y débiles presentes en el proceso de comunicación que experimenta

este niño. Este programa terapéutico considera esencial conocer de manera individual el nivel de atención, las habilidades oralmotoras, el lenguaje receptivo y expresivo oral, así como las habilidades pragmáticas del niño con síndrome Down.

Este trabajo contiene en una primera parte: una descripción de la teoría genética sobre el síndrome Down, las características físicas y problemas médicos enfrentados así como el desarrollo motor del niño Down; en una segunda parte, dedicada en su totalidad al lenguaje, se encuentran: las teorías de adquisición del lenguaje, el lenguaje en el niño con síndrome Down, la relación del binomio juego-lenguaje y, finalmente, una descripción detallada de la terapia de lenguaje que, a través de herramientas lúdicas, busca que el niño Down supere los obstáculos naturales que interrumpen su comunicación con el medio ambiente.

Como un complemento a esta introducción, incluyo a continuación un breve texto que resume, de una manera sencilla e ilustrativa, la percepción que el niño Down debe despertar en cada una de las personas que lo rodea y que las impulsará a dar lo mejor por él para obtener lo mejor de él.

Frecuentemente se me pide que describa la experiencia de criar a un hijo con una discapacidad -para tratar de ayudar a la gente que no ha compartido esta experiencia única a entenderla, a imaginar como se siente-. Es así:

Cuando vas a tener un bebé, es como planear unas fabulosas

vacaciones a Italia. Compras un montón de guías y haces planes maravillosos: el Coliseo, el David de Miguel Angel, las góndolas en Venecia. Puedes aprender algunas frases útiles en italiano. Todo es tan excitante.

Después de meses de anticipación, el día llega finalmente. Empacas tus maletas y allá vas. Varias horas más tarde, el avión aterriza. La azafata llega y dice: "Bienvenidos a Holanda".

¿¡Holanda!?! -dices-. ¿Cómo que Holanda? ¡Si yo iba a Italia! Se supone que debo estar en Italia. Toda mi vida he soñado con ir a Italia.

Pero ha habido un cambio en el plan de vuelo. Han aterrizado en Holanda y allí tienes que quedarte.

Lo importante es que no te han llevado a un lugar horrible, repulsivo, pestilente, con hambre y enfermedad. Nada más es un lugar diferente.

Así que sales y compras nuevos libros. Y debes aprender totalmente otro idioma. Y encontrarás un grupo de gente que jamás hubieras conocido en Italia.

Sólo es un lugar diferente. Es más lento que Italia, menos vibrante que Italia. Pero después de estar allí un rato y detenerte, ves alrededor... y empiezas a notar que Holanda tiene molinos de viento... y Holanda tiene tulipanes. Holanda incluso tiene Rembrandts.

Pero todo mundo que conoces está ocupado yendo y viniendo de Italia... y todos comentan animadamente qué bien se la pasaron allí. Y por el resto de tu vida te dirás: "Sí, se suponía que yo iba a ir. Había planeado ir allí".

Y el dolor de eso, nunca, nunca, nunca se irá... porque la pérdida de ese sueño es una pérdida importante.

Pero... si te pasas la vida lamentándote de que nunca fuiste a Italia, nunca serás libre para gozar las cosas tan especiales, tan bellas... de Holanda. (20).

Así es el niño con síndrome Down: una Holanda por descubrir y para proporcionarle todo el ambiente que le favorezca para vencer sus impedimentos.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES

1.1 Una breve historia

“La gran familia mongol tiene numerosos representantes y es a esta división a la que quiero llamar especial atención con este reporte. Un gran número de idiotas congénitos son mongoles típicos...” (1)

Con las palabras anteriores, el Dr. John Langdon Down (1828-1896), superintendente médico de un asilo en Surrey, Inglaterra, se refirió a un grupo de sus jóvenes pacientes, en un ensayo de 3 páginas publicado en 1866 en los Reportes del Hospital de Londres.

Tanto en su consulta externa como en su trabajo en el asilo, el Dr. Down tuvo oportunidad de observar y describir, por primera vez, una anomalía genética humana. Al comentar sobre el aspecto físico de estos niños lo atribuyó a una degeneración hereditaria debida a la presencia de tuberculosis en los padres; los caracterizó como “idiotas congénitos, con un gran poder de imitación y muy graciosos” (1). Este punto de vista lo amplió posteriormente en su libro “Mental affections of children and youth” (2) publicado en 1887.

(1) Langdon Down, John. (1866). Observations on an ethnic classification of idiots. Reportes del Hospital de Londres. Londres, Inglaterra

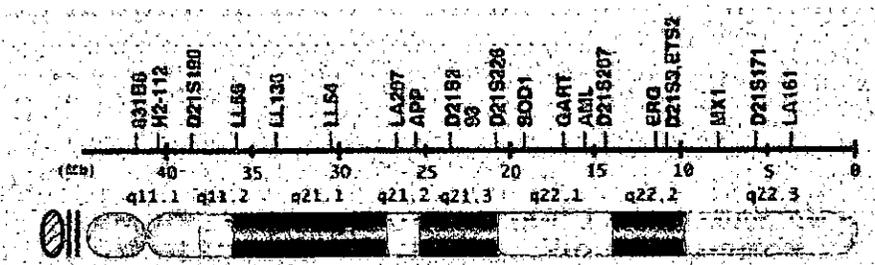
El Dr. Down se refirió a esta condición como “mongoloide”. Basó este término en su noción de que los niños observados se parecían físicamente a la gente de Mongolia, a quienes, en el siglo XIX, se atribuía un bajo desarrollo intelectual.

En la década de los sesentas, este término fue atacado fuertemente por investigadores genéticos asiáticos y dejó de utilizarse en el mundo científico. Fue reemplazado por el nombre de “síndrome de Down”; posteriormente, en los setentas, una revisión científica lo cambió a “síndrome Down”, aunque en Europa se le sigue denominando “de Down”.

En la primera parte del siglo XX hubo mucha especulación sobre la causa del síndrome Down. Fueron Waardenberg y Bleyer (3), en 1930, quienes especularon por vez primera sobre la posibilidad de una anomalía cromosómica. Pero no fue sino hasta 1959 que Jerome Lejeune y Patricia Jacobs (3) determinaron su causa específica, trabajando de manera independiente.

1.2 Teoría genética

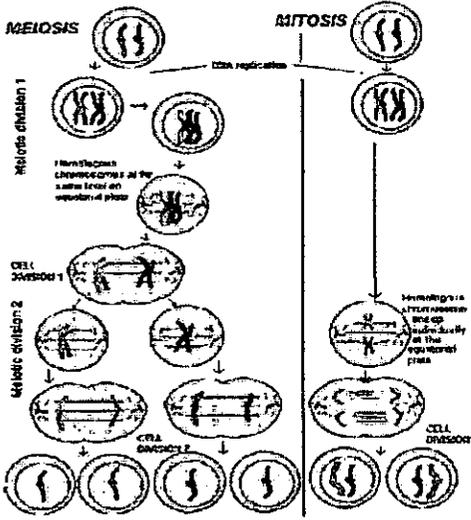
MAPA GENETICO DEL CROMOSOMA 21



Los cromosomas son estructuras semejantes a filamentos, compuestos por DNA y otras proteínas. Están presentes en cada célula del cuerpo y contienen la información genética necesaria para que cada célula se desarrolle; los cromosomas están conformados por dos “pinzas” en cada extremo que se denominan brazos largos y brazos cortos. Los genes, unidades de información, están codificados en el DNA de los cromosomas. Las células humanas normalmente tienen 46 cromosomas, arreglados en 23 pares. De estos 23, 22 son iguales en hombres y mujeres; el par 23 son los cromosomas de sexo (“x” e “y”).

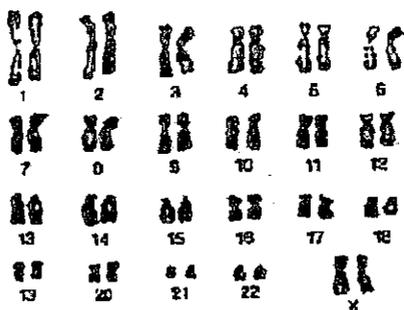
Existen dos tipos de división celular; el primero, denominado mitosis, permite el crecimiento del cuerpo fabricando nuevas células continuamente de acuerdo con las necesidades del organismo. Para fabricar una nueva célula, se lleva a cabo un proceso durante el cual la célula se reproduce formando dos células hijas, las cuales poseerán 46 cromosomas cada una.

El segundo tipo de división celular, denominado meiosis, se utiliza



sólo para fabricar espermatozoides y óvulos y ocurre exclusivamente en los testículos y ovarios. En este caso, cuando una célula se divide en dos las células restantes tendrán la mitad del número de cromosomas de la célula original. De esta manera, los óvulos y espermatozoides normales tienen sólo 23 cromosomas en vez de 46.

A continuación puede verse cómo luce un conjunto normal de cromosomas. La “xx” indica que la persona es una mujer. El examen mediante el cual se verifican muestras de sangre o piel para conocer el número y tipo de cromosomas se llama cariotipo.

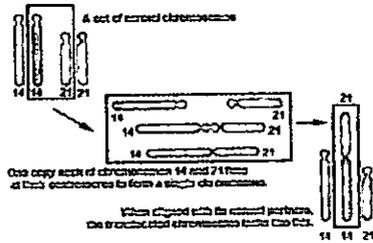


En el caso del síndrome Down, durante la meiosis pueden ocurrir diferentes errores en la distribución de los cromosomas. Esta alteración ocurre en el par de cromosomas número 21 y sus manifestaciones son:

- **Trisomía 21 regular.** En este caso, todas las células del organismo tienen 47 cromosomas, en vez de 46.

- **Trisomía 21 con mosaïcismo.** Se caracteriza porque sólo una proporción del total de las células tienen un cromosoma 21 extra, mientras que la otra proporción de las células son normales.
- **Translocación robertsoniana.** En este caso, una parte del cromosoma del par 21 se encuentra pegado con otro cromosoma que no es del par 21. Es importante, en esta manifestación, verificar los cromosomas de los padres pues alguno de ellos puede ser “el portador” de este trastorno.

A continuación, una representación gráfica de dos de estas variantes:



TRISOMIA 21

TRANSLOCACION ROBERTSONIANA

Actualmente no existe suficiente investigación sobre la manifestación de las similitudes y diferencias de niños que presentan trisomía 21 regular simple y las otras dos variantes. El Departamento de Genética Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Virginia, Estados Unidos, está llevando a cabo un estudio de niños con mosaïcismo comparándolos con

niños con síndrome Down típico. Hasta la fecha, ningún resultado definitivo ha sido alcanzado (4).

1.3 Métodos prenatales de diagnóstico

Durante los pasados 10 años, la nueva tecnología ha mejorado los métodos de detección de anomalías fetales, incluyendo el síndrome Down. Existen diferentes maneras de diagnosticar el síndrome Down mediante la obtención de muestras de tejidos fetales a través de la amniocentesis y del muestreo de vello coriónico.

La amniocentesis se utiliza para coleccionar fluido amniótico. Se inserta una aguja a través de la pared abdominal del útero materno, utilizando el ultrasonido para guiar la aguja. El fluido extraído contiene células fetales que pueden examinarse a través de exámenes cromosómicos. Lleva alrededor de dos semanas determinar si el feto tiene o no síndrome Down.

La amniocentesis se lleva a cabo entre las semanas 14 y 18 del embarazo. Algunos efectos secundarios de su uso en la madre pueden incluir calambres, sangrado, infección y flujo posterior de líquido amniótico. Existe la posibilidad de un 3 a 4% de un aborto accidental.

En el muestreo del vello coriónico se recolecta una pequeña cantidad del tejido de la placenta (llamado también capa coriónica). Estas células contienen cromosomas del feto que pueden examinarse en busca del síndrome Down. Puede

recolectarse con el mismo método de la amniocentesis, pero otro método es insertar un tubo en el útero a través de la vagina. El método escogido depende de la anatomía materna.

El método de muestreo del vello coriónico se utiliza entre las semanas 10 y 12 del embarazo. El riesgo de provocar un aborto es de 3 a 5% y éste disminuye de acuerdo con la mayor experiencia del doctor que la practica.

Otros métodos menos agresivos son el monitorco del suero materno en el cual se verifican tres elementos de la sangre materna y el ultrasonido o sonografía que permite conocer problemas médicos graves en el feto, tales como el bloqueo del intestino delgado o defectos cardíacos.

CAPITULO 2 CARACTERISTICAS FISICAS Y ANORMALIDADES ORGANICAS

Cada año, como promedio, nace 1 niño con síndrome Down por cada 800-1000 nacimientos. Es la anomalía cromosómica más común. El diagnóstico del síndrome Down en el recién nacido se basa en la presencia de una constelación de características físicas ampliamente reconocidas, además de otro tipo de pruebas.



Así, por ejemplo, el cuello tiende a ser corto y ancho; también sus extremidades son cortas al igual que sus manos que presentan patrones dermatológicos anormales. Su cabello es fino, lacio y sedoso, aunque al crecer éste se torna seco y aparece la calvicie; el pecho se nota redondo y la espina dorsal no presenta la curvatura normal; la cabeza puede ser más pequeña de lo normal y asimétrica, la nariz es pequeña y aplanada; usualmente su lengua es protuberante y un común denominador parecen ser los pequeños pliegues internos en las esquinas de los ojos.

Los problemas médicos más frecuentemente asociados con el síndrome Down son, principalmente:

Enfermedades infecciosas: las más comunes se localizan en oídos, nariz y garganta; entre estas enfermedades se incluyen la otitis

media, la amigdalitis y la neumonía.

Malformaciones cardíacas: cerca del 40% de los niños con síndrome Down tienen malformaciones cardíacas; especialmente predominan defectos en los cojines endocárdicos (estructuras que se forman durante el desarrollo embrionario y que van a dar origen al tabique interauricular, parte del tabique interventricular y las dos válvulas: tricúspide y mitral).



Enfermedades del aparato digestivo: es común la atresia del esófago en la cual se observa un estrechamiento u obstrucción de éste. Este desorden ocurre cuando el esófago superior no conecta con la parte inferior y el estómago. Se complica frecuentemente por aspiración de secreciones en los pulmones, lo cual causa neumonía. Otra alteración común es la atresia del duodeno, donde también existe una obstrucción en este órgano, que es la primera parte del intestino delgado y donde el alimento, ya combinado con ácido estomacal, se mezcla con la bilis y los jugos digestivos del páncreas. El ano imperforado, otra alteración, se refiere a la ausencia de la abertura que normalmente tiene el ano y que, al igual que en los otros dos casos, requiere de intervención quirúrgica inmediata para corregirse.

Enfermedades de los ojos: Es frecuente la aparición de cataratas

que pueden presentarse desde la edad infantil, así como el estrabismo y la miopía.



Problemas ortopédicos: Un 15% de los niños con síndrome Down sufren la llamada inestabilidad atlantoaxial que consiste en un aumento de la movilidad que normalmente tienen la primera y segunda vértebra de la columna vertebral y que puede ocasionar una lesión o compresión de la médula espinal.

Leucemia: Este es un trastorno progresivo y mortal que tiene una probabilidad 10 veces mayor de presentarse en sujetos con síndrome Down que en los individuos sin este síndrome. Se presentan dos tipos de leucemia: linfoblástica aguda y la no linfoblástica.

Alzheimer: Esta enfermedad se caracteriza por demencia, alteraciones en los tejidos del cerebro y afectación de neurotransmisores que interrumpen el funcionamiento adecuado del cerebro. En el caso de los individuos con síndrome Down es difícil hacer un diagnóstico adecuado debido a las deficiencias de las funciones cognitivas de estos individuos, sin embargo, ha sido posible establecer que los adultos con síndrome Down tienden a desarrollar Alzheimer a edades más tempranas.

Retraso mental: El DSM-IV lo define “por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa”.

Las personas con retraso mental frecuentemente presentan incapacidades adaptativas más que un CI bajo. Esta capacidad se refiere a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria particulares. La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores entre los que se incluyen características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que pueden coexistir con el retraso mental.

En muchos casos, los trastornos en el desarrollo del lenguaje se presentan como un factor secundario al retraso mental; este es el caso del niño con síndrome Down. Estos niños presentan déficits en su vocabulario, su gramática y la inteligibilidad de su expresión en comparación con niños sanos de su misma edad.

Las habilidades de comunicación del niño con síndrome Down contribuyen a su inclusión e integración. Estas habilidades incluyen, además del aspecto verbal, las expresiones faciales, sonrisas, gestos, señas, etc.

Se reconocen cuatro grados de intensidad de retraso mental:

Retraso mental leve una categoría en que los sujetos son considerados “educables” y que incluye a alrededor del 85% de las personas con este padecimiento. Estos individuos desarrollan habilidades sociales y de comunicación, así como conocimientos académicos que los sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica.

Retraso mental moderado, en este caso, el grupo se considera como “adiestrable” y puede adquirir habilidades de comunicación así como una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal.

Retraso mental grave, que incluye a alrededor del 3-4% de los individuos con retraso mental y quienes pueden aprender a hablar y ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal.

Retraso mental profundo, que incluye aproximadamente el 1-2% de las personas con retraso mental y cuya gran mayoría sufre de alguna enfermedad neurológica identificada. Desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor. Pueden llegar a realizar tareas simples, en instituciones protegidas y bajo estrecha supervisión.

Criterios para el diagnóstico del retraso mental (DSM-IV):

- a) Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente.
- b) Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: COMUNICACIÓN, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
- c) El inicio es anterior a los 18 años.

Código basado en la gravedad correspondiente al nivel de afectación intelectual:

Retraso mental leve	CI entre 50-55 aproximadamente 70
Retraso mental moderado	CI entre 35-40 y 50-55
Retraso mental grave	CI entre 20-25 y 35-40
Retraso mental profundo	CI inferior a 20 ó 25

La terapia de lenguaje centrada en el juego descrita en este trabajo incorpora exclusivamente a los niños con síndrome Down incluidos en las dos primeras categorías de retraso mental debido a que las consideraciones generales que constituyen los fundamentos de este programa para el tratamiento del lenguaje se diseñan con base en una cuidadosa evaluación de los patrones y habilidades comunicativas del niño Down, requiriéndose, por tanto, de un margen de entendimiento y colaboración por parte del niño.

CAPITULO 3

DESARROLLO FISICO

HABILIDADES MOTORAS Y SENSORIALES

3.1 Edad preescolar

3.1.1 El primer año



El crecimiento es muy rápido del nacimiento al año de edad en el niño sano; normalmente, el incremento en la longitud del infante es de alrededor del 30% a los 5 meses y mayor del 50% para el año de edad (para peso y altura en el niño Down, véanse las tablas al final de este capítulo). El desarrollo sigue el principio cefalocaudal: procede de la cabeza a los pies; y es próximodistal: procede del centro del cuerpo hacia la parte exterior de las extremidades. Al nacimiento, el cerebro tiene aproximadamente el 25% del tamaño que tiene en el adulto, pero al año de edad alcanza el 75% del tamaño adulto.

En el primer año de vida, el infante típico realiza importantes avances en su desarrollo, progresando de un repertorio limitado de movimientos espontáneos y reflejos a la adquisición de control postural en posiciones sucesivamente más verticales.

Inicialmente, la postura del recién nacido se caracteriza por reflejos estereotipados elicitados por estímulos sensoriales particulares. Desde el nacimiento, el infante es muy activo y mueve su cuerpo, sus brazos, patalea y cambia de posición frecuentemente. Al hacerlo, el infante aprende varias cosas: sobre su espacio, a alcanzar, a aprehender y manipular objetos y a moverse en su ambiente mediante la exploración y el acierto y el error.

Algunas conductas observables en el desarrollo motor durante el primer año del niño no Down son:

- Mes 1: levanta el mentón.
- Mes 2: levanta el pecho.
- Mes 3: trata de alcanzar objetos; se sienta con apoyo.
- Mes 5: se sienta en el regazo y toma objetos.
- Mes 6: se sienta en una silla alta y toma objetos; se sienta solo; se sostiene erguido con ayuda.
- Mes 7: se para sosteniéndose de un mueble.
- Mes 8: gatea.
- Mes 9: camina asido de la mano.
- Mes 10: se levanta apoyándose en los muebles.
- Mes 11: trepa por una escalera.
- Mes 12: se para solo.

Los niños con síndrome Down, generalmente, muestran poca flexión (debido al bajo tono muscular), respuestas atrasadas ante el estímulo y retrasos al iniciar movimientos espontáneos. Los problemas en la audición y la visión también contribuyen a

limitar las experiencias sensoriales del niño. El control de cabeza y de postura, que forma parte de posiciones como sentarse y pararse, está frecuentemente afectado. Es probable que este retraso en la obtención del control postural sea un obstáculo importante en logros tales como sentarse, gatear y pararse. Además, parece impactar en la habilidad del infante para aprehender y manipular objetos.

Durante los primeros tres meses de vida el niño Down presenta una serie de movimientos que pueden acercarse a la normalidad, pero hay en él una marcada disposición a la actividad pasiva; permanece tranquilo en cama durante largo tiempo, carece de llanto para manifestar sus necesidades; otros síntomas son el presentar resistencia a las revisiones del médico y a las manipulaciones que se ejerzan en él por parte de cualquier persona; esta conducta es patente de los 4 a los 6 meses. Empieza entonces a advertirse un retraso motor significativo en su organismo que puede reducirse a través de la estimulación temprana.

3.1.2 De 1 a 4 años

Del primero al cuarto año de vida, el niño sano construirá y empezará a adquirir un repertorio importante de habilidades motoras que incluyen caminar, correr y brincar.

Incrementará las habilidades motoras a través de actividades como tirar, cachar, balancear y patear; con huesos y músculos más fuertes, muestra mayor habilidad y dominio del cuerpo. El

desarrollo de éstas y otras actividades motoras depende en alto grado del desarrollo sensorial y ocurre a través de la exploración de su medio ambiente utilizando elementos visuales, auditivos, táctiles, etc.

La mayoría de los niños con síndrome Down aprenderá también las mismas habilidades motoras, pero esto ocurrirá con retraso respecto a parámetros de niños sanos. Aquellas metas que requieren principalmente de equilibrio y de fuerza son las más afectadas. Se ha sugerido que el déficit motor y de coordinación observado en niños con síndrome Down puede atribuirse a la hipotonia; varios estudios han examinado el equilibrio y respuestas motoras de los niños Down, encontrando que la variabilidad de los patrones de activación muscular en comparación con niños no Down era altamente significativa, hecho que tiene como consecuencias una lentitud general de movimiento y tiempos de reacción mayores.

Después del primer año de vida, se presenta la tendencia a gatear en el niño Down; mientras un niño sano caminará solo entre los meses 9 y 17 y correrá bien a la edad de 2 años, el niño con síndrome Down empezará a pararse y sentarse solo entre los meses 11 a 17 y caminará alrededor de los 2 años, logrando una adecuada locomoción a los 3.

3.2 Edad escolar

3.2.1 (5-11 años)

A los 5 años, el niño típico ha incrementado su habilidad motora al tiempo que continúa su crecimiento corporal; el niño sano, de esta edad, empezará a desarrollar y refinar sus habilidades de correr y jugar una variedad de juegos de pelota y otras actividades que requieren un incremento en el equilibrio, la coordinación y la fuerza muscular. Estas habilidades básicas sirven como prerrequisitos para desarrollar habilidades en los deportes y otras actividades recreativas. Durante la niñez, la participación en tales actividades físicas ayuda también a facilitar la interacción social con otros niños en la escuela, el campo de juego y en otros escenarios de deporte o diversión.

Los niños con síndrome Down generalmente no poseen el mismo grado de ejecución que sus pares sanos en pruebas motoras o de aptitud física. Las áreas problemáticas específicas incluyen la velocidad al correr, el equilibrio, la fuerza y los cambios cualitativos en el movimiento en general. Todos estos factores pueden impactar en cómo el niño interactúa con otros niños en una escuela o un área de juegos. Las dificultades de moverse de manera coordinada y de parecer “torpe” pueden crear una resistencia en el niño para participar en tales actividades físicas. El distanciamiento del juego físico puede impactar en la habilidad del niño de interactuar socialmente con sus pares. Cualquier experiencia negativa decrementará aún más su motivación para involucrarse en el juego físico y contribuir a la obesidad.

3.2.2 La escritura

Una de las primeras habilidades motoras finas que se requieren en

los niños de edad escolar es la escritura. Esta es una habilidad motora compleja que involucra un número de componentes: control visual-motor, integración sensorial, habilidad cognitiva, coordinación dedo y muñeca, el control postural y la motivación. Una disfunción en cualquiera de estas áreas puede tener impacto en la habilidad para aprender a escribir. No es sorprendente, por tanto, que los niños con síndrome Down, con frecuencia, muestren retraso en aprender a escribir. Muchos niños nunca aprenden a escribir con letra cursiva pero pueden comunicarse efectivamente utilizando una combinación de un teclado y de letras impresas.

La tarea que representa para el niño no Down, el aprender a utilizar una herramienta de escritura (lápiz, crayón, marcador, etc.) involucra una progresión desde utilizar la mano y los dedos como una unidad hasta aprender a hacer pequeños movimientos controlados utilizando el pulgar y los dedos. El aprisionar con la palma (alrededor de los 15 meses) es la primera fase de aprender a utilizar tal herramienta. Conforme avanza la coordinación motora fina, el lápiz ya no se sostiene con la palma, sino entre el pulgar y los dedos (alrededor de los 18 meses de edad). Comienza a haber una mayor madurez a los 2 años, cuando el lápiz es sostenido con el pulgar y los dos primeros dedos.

Los niños con síndrome Down presentan un amplio rango de edad en el aprendizaje; así el aprisionamiento palmar ocurre entre los 13-36 meses y la mayor madurez (lápiz sostenido con el pulgar y los dos primeros dedos) entre los 5-12 años de edad. Muchos niños con síndrome Down, durante muchos años, pueden utilizar el lápiz sosteniendo éste en la base del pulgar y contra la mano. La

hipotonía y lo laxo de los ligamentos del pulgar pueden hacer que este patrón persista por largo tiempo.

3.2.3 El teclado

La sociedad actual tiene una gran necesidad de utilizar el teclado de la computadora como medio de comunicación y para acceder a todo tipo de información. El aprender a utilizar un teclado requiere de menores demandas sensorio-motoras que la escritura y muchos niños con síndrome Down pueden encontrar esta herramienta más sencilla de aprender.

Tabla de peso para niñas con síndrome Down (2-18 años de edad)

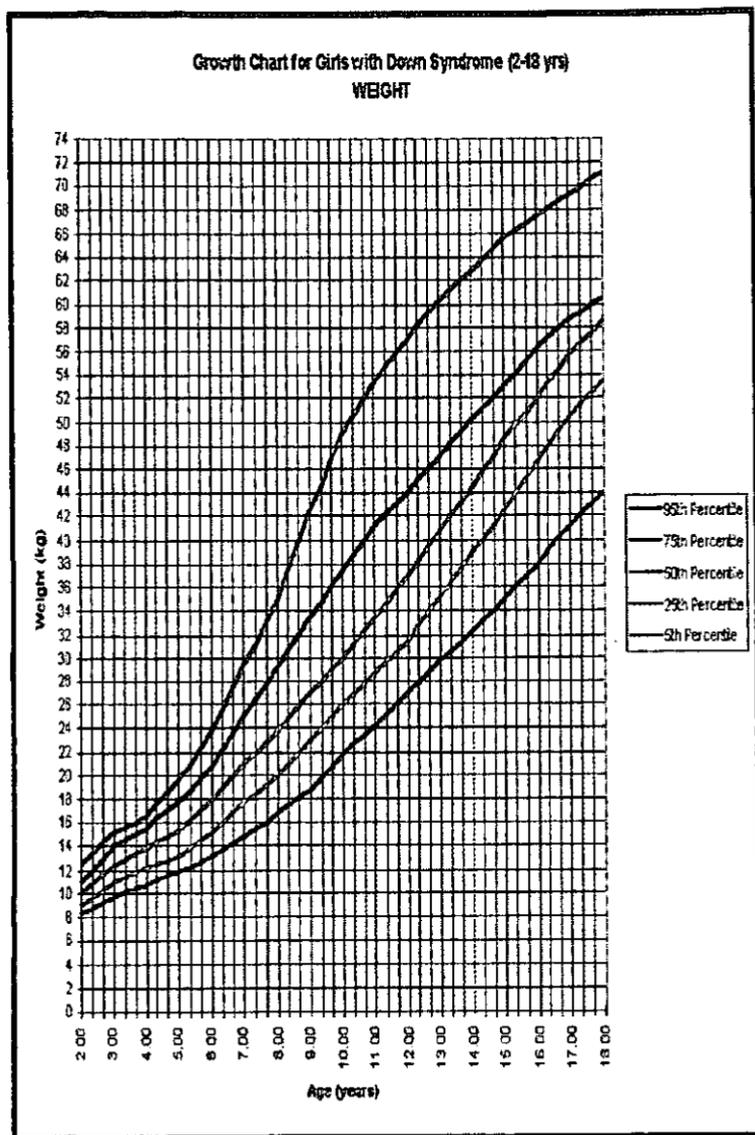


Tabla de altura para niñas con síndrome Down (2-18 años de edad)

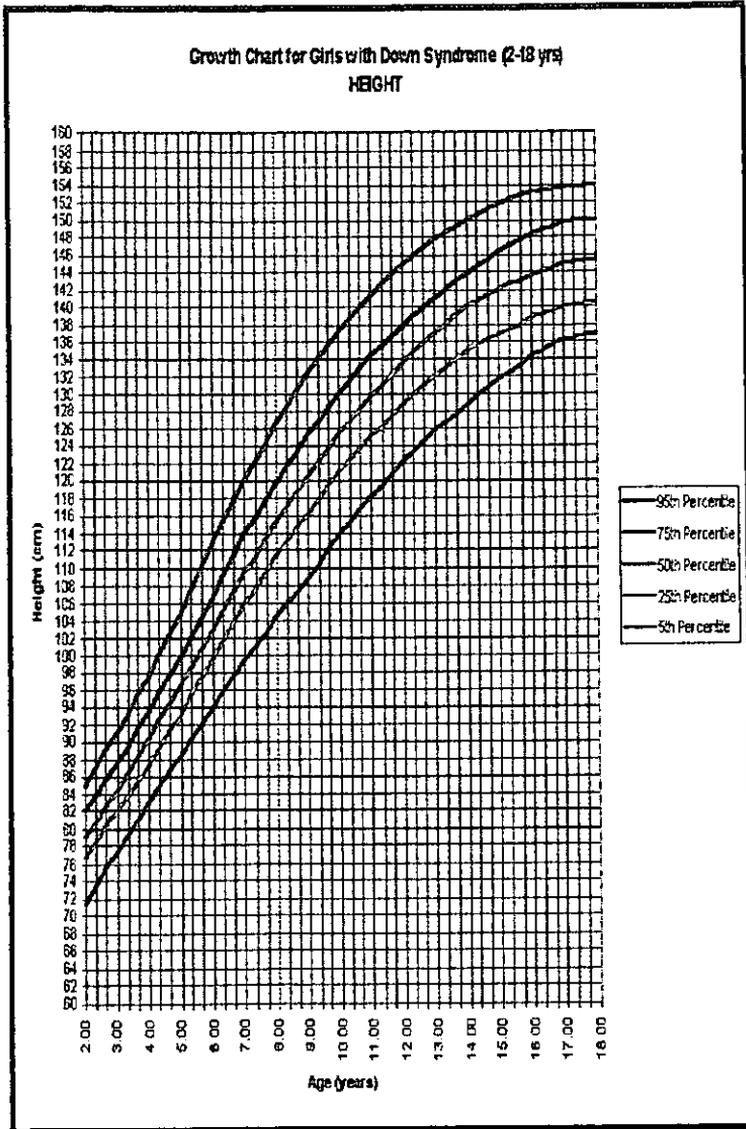


Tabla de peso para niños con síndrome Down (2-18 años de edad)

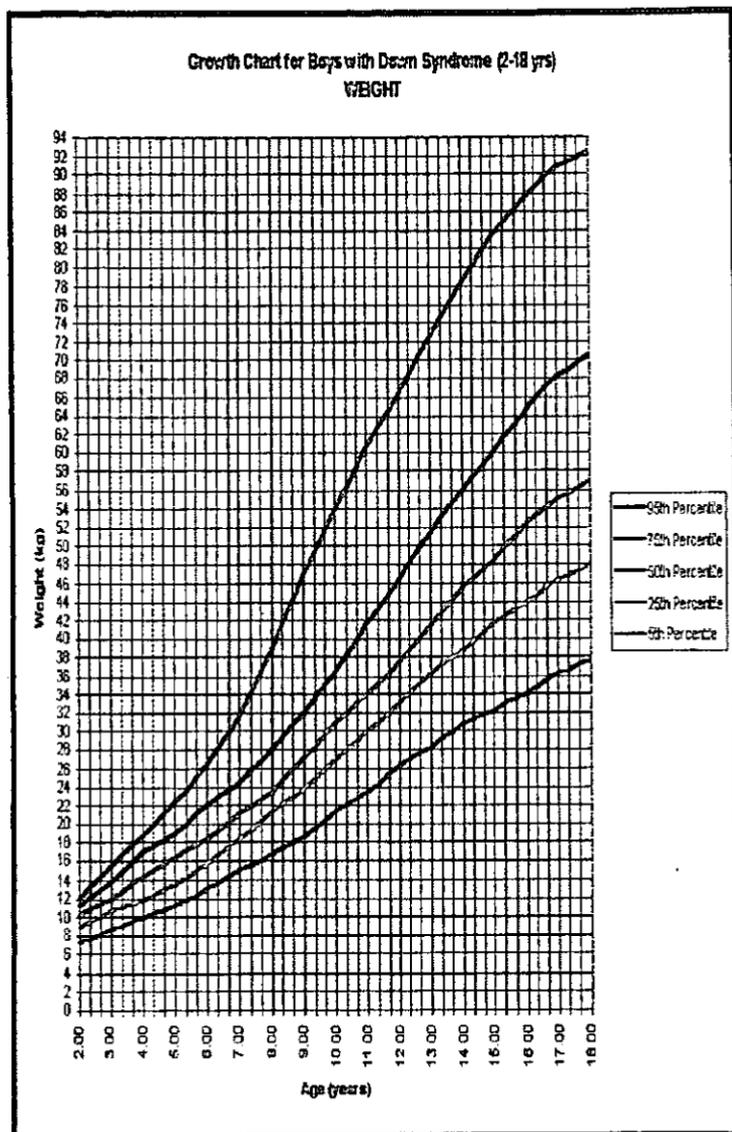
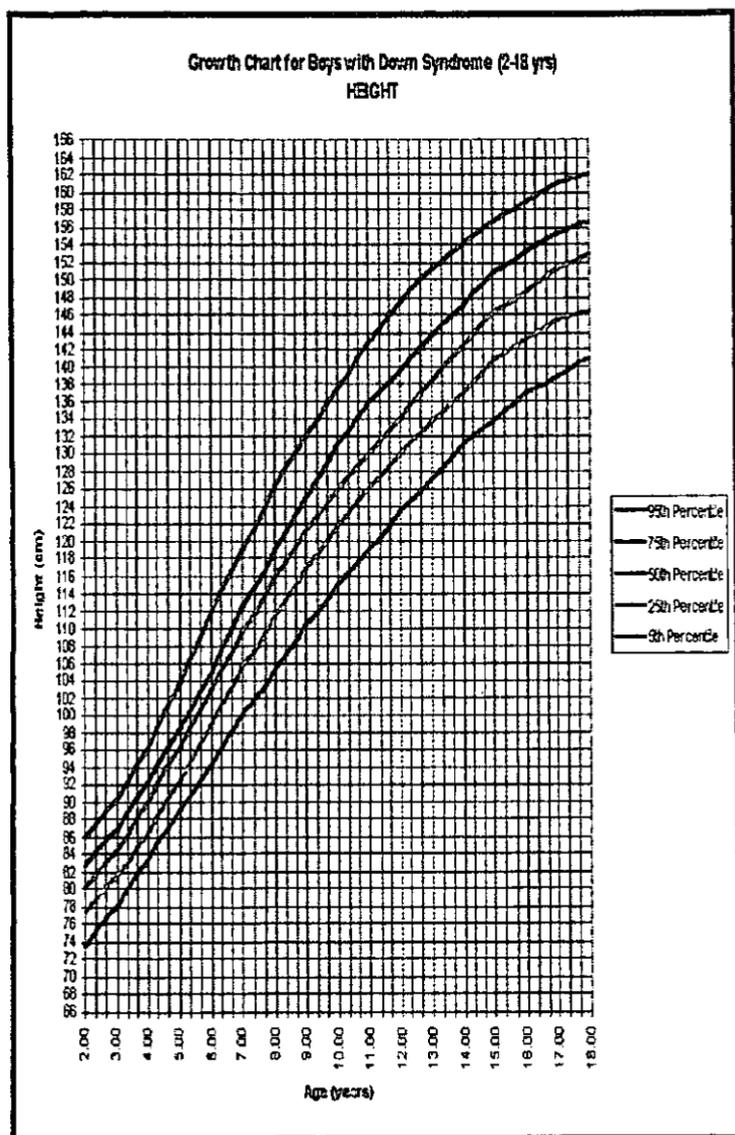


Tabla de altura para niños con síndrome Down (2-18 años de edad)



CAPITULO 4

TEORIAS SOBRE LA ADQUISICION DEL LENGUAJE

Las teorías presentadas en este capítulo se actualizan constantemente gracias a los estudios que se realizan sobre el tema. Es importante conocer estos antecedentes teóricos porque éstos darán origen a las terapias de lenguaje que pretenden corregir los trastornos que se presentan no sólo en los niños con síndrome Down sino en cualquier individuo que padezca problemas de lenguaje.

4.1 Teoría psicolingüística

Las premisas generadoras de la corriente psicolingüística tienen sus raíces en la obra del profesor de lingüística del Instituto Tecnológico de Massachusetts Noam Chomsky, quien sostenía que los infantes llegan al mundo con una predisposición para la adquisición del lenguaje (PAL) que les permite aprender creativamente su lenguaje y entender y comprender expresiones que no habían manejado hasta ese momento. Esta predisposición permite que los niños produzcan fonemas aproximadamente a los 6 meses, la primera palabra alrededor del año y la primera oración más o menos a los 2 años. El desarrollo del lenguaje es paralelo a los cambios neurológicos que ocurren como resultado de la maduración. La propuesta de Chomsky puede resumirse así:

1. Los infantes aprenden su lenguaje a partir de un programa detallado de adquisición, el cual es innato y específico al lenguaje humano.

2. El programa (PAL) consiste de aspectos o propiedades del lenguaje que son universales para todos los lenguajes.
3. El lenguaje emerge subsecuentemente, a medida que la capacidad inductiva de PAL se activa automáticamente a través de nueva información lingüística.



N. Chomsky (enero 2001)

La teoría de Chomsky presupone dos aspectos básicos: a). Conocer un lenguaje implica el haber internalizado una serie de reglas, y b). El niño que está aprendiendo un lenguaje es guiado por algún tipo de conocimiento innato sobre lo que está buscando para llegar a la construcción de reglas para elaborar un enunciado.

De acuerdo con Chomsky, la misión del infante que está aprendiendo un lenguaje consiste en “descubrir” las reglas que subyacen a la construcción de un enunciado. Estas reglas son, sin embargo, tan complejas y abstractas que esta tarea sería imposible con la información limitada a la que el niño está expuesto. Por lo que, según Chomsky, el niño debe saber de alguna manera qué está buscando. El niño debe ser guiado por un conocimiento innato e interno de las principales estructuras comunes a todos los lenguajes. Este conocimiento innato y a priori

es a lo que nos hemos referido como predisposición para la adquisición del lenguaje (PAL).

PAL permite que el niño forme hipótesis basándose en las regularidades del lenguaje que recibe –por ejemplo, ciertas palabras pertenecen a ciertas clases sintácticas, y los enunciados se componen de sujeto y predicado-. El niño, eventualmente, forma un conjunto de reglas sintácticas de su lengua nativa a través de este proceso. Este proceso, según Chomsky, es el único que permite explicar la habilidad “milagrosa” del niño para aprender su lenguaje y explica la producción de un número infinito de enunciados nuevos.

La preocupación de Chomsky fue describir la estructura sintáctica del lenguaje. Su compleja teoría se denomina gramática transformacional generativa y contiene premisas sobre las relaciones entre los elementos de un enunciado y sobre las reglas para generar diferentes tipos de enunciado (declarativos, negativos, etc.). Estas reglas para generar enunciados se denominan transformaciones.



Una dificultad presente en la teoría descrita es su limitada esfera. El conocimiento estructural es sólo un elemento del aprendizaje del niño para poseer fluidez en su lengua. Un aspecto importante

también (ignorado por esta teoría) es el medio ambiente lingüístico social del infante.

Otra limitante en esta teoría es el enfoque para describir el conocimiento inherente al lenguaje adulto. Los intentos de forzar el lenguaje del niño en el molde del lenguaje adulto no han sido productivos. Asimismo, la hipótesis sobre la que descansa la teoría chomskyana (un mecanismo innato y específico para el aprendizaje de una lengua) ha sido fuertemente criticada. Diferentes autores han atacado a Chomsky respecto a la vaguedad de los términos que utiliza. Sus hipótesis no explican exactamente qué “saben” los niños al nacer en oposición a lo que aprenden.

Finalmente, aunque la perspectiva psicolingüística argumenta que cuando los adultos se dirigen a los niños lo hacen de manera fragmentada, confusa y poco sistemática, otros estudios han encontrado que el habla de los padres a los hijos tiene una importante función al enseñarles las formas y estructuras del lenguaje.

A pesar de las críticas anteriores, la teoría psicolingüística ha hecho también importantes contribuciones entre las cuales se encuentran el haber estimulado la investigación sobre el tema y la aportación de conceptos como “competencia” (el conocimiento del receptor de su lenguaje) y “ejecución” (el uso real del lenguaje en situaciones concretas). Sin ninguna duda, el modelo chomskyano ha contribuido substancialmente a optimizar nuestra comprensión sobre la adquisición del lenguaje.

4.2 Teoría conductista

Las premisas claves de esta perspectiva son las siguientes:

- 1. El lenguaje es una habilidad aprendida que se entiende mejor en términos de las relaciones funcionales entre la conducta verbal y las contingencias ambientales.**
- 2. El lenguaje es un conjunto de asociaciones entre significado y palabra, palabra y fonema y enunciado y respuesta.**
- 3. El aprendizaje del lenguaje se basa en la modelación, la imitación, la práctica y el refuerzo selectivo.**

Los niños escuchan hablar a otros e imitan los sonidos. Los padres señalan objetos y los nombran y los niños repiten las palabras. Su conducta es reforzada con una respuesta positiva; reciben sonrisas, alabanzas y muestras de afecto que los anima a repetir la palabra. Por ejemplo, no sólo aprenden a asociar la palabra “mamá” o “papá” con sus padres, sino que llamarlos puede proporcionarles comida, caricias o ropa limpia.

Los conductistas describen el lenguaje en términos de asociaciones de estímulo-respuesta. Fue B.F. Skinner, el creador de esta teoría, quien afirmó que el lenguaje (o conducta verbal, según sus términos) es la acumulación gradual de símbolos vocales y secuencias de símbolos aprendidas a través de la imitación, la práctica y el refuerzo selectivo. Skinner enfatizó el papel de los padres en estos aspectos. Argumentó que la característica

distintiva de la conducta verbal es la naturaleza de las consecuencias que la controlan. Skinner definió la conducta verbal como “reforzada a través de la mediación de otras personas”.



B.F. Skinner

Los conductistas utilizan dos tipos de asociación: la asociación estímulo-respuesta (formada a través del condicionamiento clásico tan conocido) es responsable de la adquisición del vocabulario receptivo y los principios de condicionamiento operante que son responsables de la adquisición del lenguaje expresivo. Los padres gradualmente dan forma a las vocalizaciones de sus hijos utilizando reforzamiento diferencial hasta que son aceptables.

Muchos de los principios conductistas manejados por Skinner se derivan directamente de estudios con animales. Lo que Skinner aporta es una manera de observar el comportamiento, incluyendo el verbal, en términos de su relación con el ambiente, especialmente las consecuencias funcionalmente importantes. Describe un operador verbal como una probabilidad. Existen cinco clases de operadores o probabilidades, los cuales se distinguen por sus efectos. Los operadores son: mandos, tactos, ecoicos, interverbales y autoclíticos.

Un mando es una orden, un pedido o demanda que especifica una consecuencia deseada. Por ejemplo, si un niño dice “jugo” para pedir esa bebida, entonces utiliza un mando.

Un tacto nombra o etiqueta algo. Si un niño dice “jugo” mientras la mamá ordena la despensa (y no existe indicación de que desee beber), entonces utiliza un tacto. La palabra “jugo” puede ser también un ecoico si el niño la repite inmediatamente después de que otra persona la diga. Un interverbal es una conducta verbal que no requiere de una respuesta del receptor (aunque éste pueda responder), por ejemplo una conversación de tipo social.

Un autoclítico se utiliza para comentar a otro algo sobre lo que éste está a punto de decir. De acuerdo con Skinner el niño aprende a utilizar marcos (o secuencias) para producir frases o enunciados. Por ejemplo: “Esta es mi amiga” y “Esta es mi mamá”. El niño aprende a insertar nuevas palabras en una parte del marco “Esta es ____”. Este marco puede utilizarse para una función autoclítica, por ejemplo.

Se ha criticado mucho la posición conductista respecto al lenguaje pues se argumenta que el análisis funcional de B.F. Skinner no puede explicar en un nivel empírico la riqueza y lo impredecible del lenguaje humano. Parece, también, que esta teoría sobreenfatiza el papel de la imitación pues no es posible que los niños aprendan todos los enunciados que utilizan y que necesitarán a través de la imitación.

Existen contribuciones importantes de esta teoría. Entre ellas, la

manera en que los conductistas nos alertan sobre cómo se forman y mantienen los repertorios de conducta a través de eventos ambientales. Importantes, asimismo, son los estudios realizados por investigadores con primates no humanos sobre aprendizaje de símbolos para manifestar sus habilidades comunicativas.

4.3 Teoría pragmática

La teoría pragmática se refiere al uso práctico del lenguaje para comunicarse con otros en una variedad de contextos sociales. Básicamente consta de las siguientes premisas:

1. La principal tarea del lenguaje es descubrir cómo usar las convenciones de la comunicación intencional efectiva y apropiadamente.
2. El contexto para la adquisición del lenguaje es la interacción entre el niño y la persona que lo cuida.
3. El deseo del infante de acercamiento y afiliación (metas sociales) son la motivación primaria para la adquisición temprana del lenguaje.

La pragmática es el estudio de los actos del habla y el contexto en los cuales se ejecutan así como de las reglas que gobiernan cómo se utiliza el lenguaje en contextos sociales. Incluidas bajo las reglas pragmáticas están: (a) las reglas que gobiernan la organización secuencial y la coherencia de las conversaciones (por ejemplo, el turno para hablar, iniciar, mantener y cerrar una

conversación), (b) las reglas para reparar errores (dar y recibir retroalimentación) y (c) las reglas para los actos del habla. La pragmática hace distinciones básicas entre el significado, la forma (las palabras) y la estructura (la sintaxis) de un enunciado y su función (pedido, demanda, indicación, etc.). El ignorar la pragmática presume el no considerar el propósito del lenguaje, la comunicación.

La pragmática maneja también un origen innato o biológico del lenguaje, pero enfocándolo a un proceso perceptual infantil, particularmente en lo que se refiere a la predisposición del infante para atender las características sociales de su ambiente. Posee una notable propensión a interesarse por los rostros humanos y el habla humana sobre cualquier otro sonido.

La perspectiva pragmática sugiere que existe una predisposición para un intercambio social que motiva al infante a imitar, interactuar y eventualmente hablar con otros seres humanos. La tarea del infante es la de aprender varios intentos pragmáticos y expresarlos en maneras socialmente apropiadas. Esta perspectiva argumenta que el infante no está preocupado por descubrir la manera de elaborar formas de lenguaje o conceptos no lingüísticos, más bien el reto mayor del infante es cómo expresar intenciones sociales efectiva y apropiadamente.

Dicho de otra manera, el reto del infante no es aprender cómo expresar tales categorías semánticas como “posesión” y “ubicación” sino aprender a utilizar el lenguaje para dirigir,

pedir, ser asertivo y aprender ritos convencionales como son el esperar el turno para tomar la palabra.

Los niños se comunican intencionalmente con propósitos variados a través de gestos prelingüísticos y/o vocalizaciones y subsecuentemente a través de medios verbales. Existen tres etapas dentro de las funciones pragmáticas: perlocución, ilocución y locución.

En la etapa de perlocución (del nacimiento a los 9 meses) el niño llora, sonrío y balbucea produciendo un efecto sistemático en quien lo escucha. Estos sonidos se interpretan y se responden diferencialmente por la persona que lo cuida como si se tratara de comunicaciones intencionales. Sin embargo, aunque las personas a cargo del niño tratan estas conductas como si fueran intencionales, en realidad el infante no está tratando conscientemente de afectar el comportamiento de otros.

Alrededor de los 9 meses, el infante entra a la etapa de ilocución y empieza a utilizar gestos convencionales (por ejemplo, extender sus brazos para ser cargado) o vocalizaciones que intentan afectar la conducta de otros.

Alrededor de los 13 meses, los niños usan verbalizaciones convencionales. En esta etapa de locución los niños utilizan palabras referenciales “para lograr que otros hagan cosas”. Por ejemplo, el niño que en la etapa de ilocución sostenía su vaso vacío y lloraba, ahora dirá “más leche”, con el mismo propósito.

En suma, la perspectiva pragmática ve el desarrollo del lenguaje motivado por metas interpersonales: el interés del infante y sus respuestas a otros. Le da considerable importancia a la emergencia de la comunicación intencional como el mayor logro del estado prelingüístico, así como a la persona a cargo del niño como el contexto primario de aprendizaje del lenguaje. La tarea principal del niño es descubrir cómo usar las convenciones de la comunicación intencional efectiva y apropiadamente para influir la conducta de su cuidador y de otros.

Por desgracia, no existe suficiente trabajo de investigación para saber si la perspectiva pragmática es más exitosa que las otras al explicar la adquisición del lenguaje. Los investigadores apenas están empezando a ir más allá de las descripciones de lo que los niños aprenden y cuándo lo aprenden. No es posible precisar cómo ocurre el aprendizaje y por qué procede de cierta manera y no de otra. Una pregunta importante es cómo el niño llega a asociar las intenciones con las formas de lenguaje y los significados.

De acuerdo con la teoría pragmática la mayoría de los conceptos pragmáticos se aprenden a través de conceptos no lingüísticos. Aunque no hay duda de que el medio ambiente juega un papel importante en la adquisición del lenguaje, no debe subestimarse la manera en que los adultos hablan con los niños, la cual ejerce también una considerable influencia para enseñar a éste conceptos de comunicación.

Existen, sin embargo, contribuciones de la pragmática al

complejo rompecabezas del lenguaje. Posiblemente, la más notable es la noción de que el lenguaje se aprende y se juzga dentro de interacciones en un contexto social. Específicamente ha tenido éxito en 4 áreas: (1) iluminar las condiciones y contextos en que la competencia comunicativa se desarrolla, (2) redireccionar la atención de los investigadores del estudio aislado del niño a una situación de comunicación social entre éste y otra persona, (3) dirigir la atención al desarrollo de la comunicación antes del habla y (4) sugerir la intervención funcional del lenguaje hacia niños con retraso o deficiencia del lenguaje.

La perspectiva pragmática se ha interesado por el cómo, cuándo y dónde de la comunicación antes del acto del habla y, en suma, ha sido productiva en ayudar a los intervencionistas a identificar tanto metas de entrenamiento del lenguaje como de contextos de aprendizaje/enseñanza apropiados.

4.4 Teoría interaccionista

La teoría interaccionista presenta tres postulados básicos:

- 1. Los infantes nacen con una propensión innata a percibir, organizar e interactuar con su medio ambiente de ciertas maneras.**
- 2. Las interacciones entre la naturaleza-nutrición, adulto-niño y medio ambiente-organismo están implicadas en las explicaciones de la naturaleza del lenguaje y en la adquisición del mismo.**

3. El lenguaje incorpora tres dimensiones: contenido, forma y uso.

Introducida en 1978 por Lois Bloom y Margaret Lahey, esta teoría se enfoca a una discusión del desarrollo normal del lenguaje y a su evaluación, así como a estrategias de intervención. Argumenta que las teorías vistas anteriormente no son incompatibles y describe la adquisición normal del lenguaje como dependientes de una variedad de procesos medio ambientales y predisposiciones innatas.

Esta perspectiva teórica afirma que los infantes están preparados para hablar desde su nacimiento y que el medio ambiente les enseña a hacerlo. El propósito de cualquier intervención en el lenguaje, según esta teoría, es asegurar que el niño sea estimulado en una manera que anime la adquisición, posesión y generalización de nuevas habilidades de comunicación. Para esta perspectiva el uso competente del lenguaje depende de una compleja interacción entre las habilidades de un niño y tres componentes del lenguaje distintos pero relacionados: contenido, forma y uso. La principal tarea del niño es inferir la relación entre estos tres elementos.

El contenido es el qué del lenguaje e involucra una compleja relación entre el conocimiento cognitivo o no lingüístico y el conocimiento semántico o lingüístico. El primero representa los conceptos acerca del mundo y el segundo a aquellos conceptos que se enfocan a cómo el significado se representa a través del lenguaje.

La forma es el cómo del lenguaje. Este elemento incluye sonidos, palabras, formas sintácticas, inflexiones morfológicas y los sistemas que regulan cómo éstos se relacionan con el significado. Las reglas fonológicas gobiernan la distribución y secuencia de fonemas dentro del lenguaje. Las reglas sintácticas determinan cómo los morfemas se combinan en unidades gramaticales mayores y qué combinaciones de palabras son aceptables.

El uso es el porqué, cuándo y dónde del lenguaje –la dimensión de la comunicación o interacción social del lenguaje-. El niño debe aprender que el lenguaje puede utilizarse para un número de funciones sociales. Por ejemplo, para hacer una afirmación utilizará un enunciado declarativo y para solicitar información una forma interrogativa. El niño deberá aprender también qué características del contexto social determinan el tema así como las formas utilizadas para hablar.

Lamentablemente, la teoría interaccionista no está completa, ya que al estar compuesta por postulados provenientes de diferentes perspectivas, requiere de un proceso de integración y conclusiones propias.

4.5 Teoría cognoscitivista

Básicamente, para esta teoría, existen las siguientes premisas sobre la adquisición del lenguaje:

1. El lenguaje se desarrolla a partir de imágenes mentales, es decir, éste es resultado del desarrollo cognoscitivo.

2. El niño forma esquemas mentales a los cuales se les aplican etiquetas lingüísticas.
3. El niño forma conceptos y construye activamente su propia gramática para expresar sus pensamientos.

Jean Piaget no ha estudiado por sí mismo la adquisición del lenguaje, pero sí se ha ocupado del papel del lenguaje en el desarrollo cognitivo y ha sostenido que el lenguaje, como el pensamiento, tienen su origen en las acciones sensorio-motoras que él ha estudiado detenidamente. Piaget argumenta que el lenguaje es una posibilidad de representar un “significado” por medio de un “significante” y por ello aparece ligado a otras manifestaciones de la llamada “función semiótica” tales como el dibujo, las imágenes mentales, el juego simbólico o la imitación diferida.



Los investigadores de la teoría cognitiva se han preguntado: (1) ¿Por qué los niños expresan significados similares y no otros? (2) ¿Dónde se originan estos conceptos? Ambas preguntas han recibido la misma respuesta: Estos significados en particular son expresados frecuente y universalmente porque son un conjunto de significados que los niños construyen dentro del período

sensoriomotor; estos significados reflejan los logros cognitivos realizados durante los primeros 18 a 24 meses de vida.

En la década de los cincuentas y principios de los sesentas, Jean Piaget elaboró ciertas teorías acerca del desarrollo psicológico durante la infancia, mismas que apoyan la noción de ciertos aspectos comunes en diferentes niños. Los estudios originados por estas aportaciones han permitido conocer que los niños simple y sencillamente hablan cuando tienen algo de que hablar y hablan acerca de las cosas que entienden.



J. Piaget (1896-1980)

Esta teoría permite reconocer la importancia del ambiente lingüístico para la adquisición del lenguaje sin menospreciar la importante fuente de información que representa para el niño el clasificar su mundo de tal manera que pueda hablar sobre él, permaneciendo alerta a las similitudes entre acciones, relaciones, etc., a las cuales se aplican las mismas etiquetas y a las diferencias entre ellas. Esta perspectiva también ha permitido ver que existen variaciones individuales en el desarrollo del lenguaje lo cual se refleja en diferencias individuales de atención, procesamiento de información y aprendizaje perceptual.

El lenguaje constituye un componente esencial para la mejor comprensión del ser humano. Diferentes teorías han intentado explicar cómo éste es adquirido por un individuo. Hoy en día, cada teoría recibe una constante atención a través de una revisión continua mediante extensas investigaciones. La conveniencia de haber conocido estas perspectivas es obvia, pues cada una de ellas tiene aportaciones que contribuyen a una mejor comprensión del fenómeno del lenguaje, especialmente en lo concerniente a los problemas de lenguaje que enfrenta el niño con síndrome Down en su vida cotidiana.

CAPITULO 5

EL LENGUAJE EN EL NIÑO CON SINDROME DOWN DE 7 A 12 AÑOS

5.1 Edad cronológica y producción del lenguaje

Los padres, los biólogos y los filósofos reconocen que el lenguaje, más que cualquier otra habilidad, diferencia a los humanos de otros animales. De hecho, el crecimiento del lenguaje en los niños se utiliza generalmente como una medida de su desarrollo y muchas solicitudes de evaluación por parte de padres proviene de su preocupación por el lenguaje de sus hijos.



5.1.1 El lenguaje y el habla

Sin duda, el lenguaje y el habla permiten comunicarse a las personas a través del sonido. El habla se refiere a los sonidos que se utilizan para transmitir ideas de una persona a otra; el lenguaje, se refiere al código que le da significado a estos sonidos, designando cosas específicas e indicando en qué orden deben estar estos sonidos. Las personas de diferentes países utilizan diferentes códigos (es decir, diferentes lenguajes) y algunos de ellos son visuales como el lenguaje de señas, el cual omite el habla

totalmente. Por tanto, la comunicación, puede darse sin el habla, pero sería muy limitada sin el lenguaje.

5.1.1.1 El lenguaje

Los componentes del lenguaje son: la fonología y la gramática (que da forma al lenguaje), la semántica y la pragmática.

La fonología se refiere al conjunto de sonidos empleados y a las reglas para su uso. En el aspecto fonológico, el niño Down con problemas de lenguaje, frecuentemente tiene errores como son:

- La omisión: “apá” en vez de “papá”.**
- La sustitución : “meche” en vez de “leche”.**
- La reducción de consonantes: “banco” en vez de “blanco”.**

La gramática de una lengua especifica cómo se colocan las diferentes palabras de un enunciado. En español, para los plurales colocamos usualmente una “s” al final y colocamos los adjetivos después de los sustantivos.

La semántica nos dice el significado de las palabras. Por ejemplo, en inglés para decir “su” se requiere especificar a quién pertenece (his: su de él; her: su de ella y your: su de usted). La semántica le da contenido al lenguaje.

Finalmente, la pragmática involucra la habilidad para construir e interpretar mensajes de manera que la intención de su significado se transmita de una persona a otra.

5.1.1.2 El habla

Esta involucra cuatro componentes: la articulación, la resonancia, la voz y la fluidez/ritmo.

Existe una mayor familiaridad con la articulación, que consiste en la producción de consonantes y vocales con los labios, lengua y dientes. La resonancia se refiere al equilibrio del flujo del aire entre la nariz y la boca. El sonido de las consonantes “m”, “n” y “ng” requieren que el aire fluya a través del tracto nasal y los desórdenes de resonancia causan un sonido hiper o hiponasal.

La vibración de las cuerdas vocales en la laringe da origen a la cualidad conocida como “voz”. Cualquier anomalía en el control de la laringe puede causar que la voz sea inusualmente alta, profunda o ronca. El último componente del habla es la fluidez, la cual involucra al ritmo. Los desórdenes en la fluidez causan el tartamudeo.

5.1.2 El desarrollo del lenguaje

El lenguaje es la habilidad más compleja que el ser humano puede adquirir. Ninguna otra habilidad representa un paso inmenso que lleva a la persona de ser un infante que no comprende ni habla a ser un individuo que escucha y conversa. De hecho, Delval (5) al mencionar las numerosas manifestaciones comunes de inteligencia en algunos animales y el niño de la etapa sensorio-motora, destaca en éste último la capacidad lingüística exclusiva del ser humano y que los separa definitivamente. El lenguaje es el

medio de comunicación más evolucionado del ser humano y tiene una importancia innegable pues al introducir al individuo a la vida social se convierte en el principal instrumento de éste.

Aún antes de nacer, los niños empiezan a aprender los sonidos de su lenguaje nativo. Diferentes estudios han comprobado que los infantes muy pequeños pueden distinguir entre un lenguaje extranjero y el lenguaje que su madre les hablaba en el vientre. En los primeros meses después de su nacimiento, los niños continúan afinando sus oídos hacia sonidos específicos de su lenguaje (su fonología) y no prestan atención a sonidos extranjeros (6). Por este motivo, posteriormente se presenta dificultad para el aprendizaje de palabras extranjeras. Paralelamente con estas habilidades receptivas, los niños empiezan a desarrollarse expresivamente. La sonrisa social representa una de las primeras metas expresivas, seguida por el balbuceo (7).

Aunque alrededor del año, año y medio, el niño ya utiliza las palabras “papá” y “mamá”, a esa edad empieza a acelerarse la adquisición de vocabulario. Entre ésta y los dos años, los niños parecen aprender que cada cosa tiene un nombre y que pueden expandir su vocabulario aprendiendo muchas palabras cada día.

De los 5 a los 12 años, el niño no Down tiene ya integrado su instrumental locutivo, fonológico y gramatical, de modo similar al lenguaje adulto; su lenguaje se caracteriza por ser amplio en las áreas sintáctica y semántica, con una riqueza cuantitativa y cualitativa de su vocabulario. El paso del niño al estadio

operacional, se advierte en la interiorización del lenguaje y en el dominio de formas discursivas de pensamiento.

Los niños Down presentan un progreso bajo en el lenguaje expresivo oral. Usualmente su expresión oral es menor a su comprensión y frecuentemente, se valen de su expresividad gestual y mímica para dar a conocer sus deseos.

La edad en que los niños con síndrome Down empezarán a emitir sus primeras palabras puede variar desde 8 a 45 meses (8). Sus primeras combinaciones con dos palabras varían de 1 a 6 años.

Usualmente, el lenguaje de los niños internados en una institución presenta un desarrollo más lento en relación con otros niños Down que viven en un hogar en el cual su actividad afecta directamente su aprendizaje. Diferentes estudios (8) han comprobado que aproximadamente el 81.2% de los niños Down institucionalizados empieza a hablar a los 5 años.

Es frecuente encontrar presente el tartamudeo en los niños con síndrome Down. Varios fonemas les son difíciles y su voz gutural y ronca impide que su lenguaje sea lo suficientemente claro para otros. El vocabulario de los niños con síndrome Down es limitado debido, principalmente, a la falta de una terapia de lenguaje adecuada.

Aunque existen problemas de lenguaje comunes, no existe un solo patrón de lenguaje común a todos los niños con síndrome Down. Existen, sin embargo, retos de lenguaje para la mayoría de los

niños con este síndrome. Muchos niños Down tienen mayor dificultad al expresarse oralmente que al entender, esto es, sus habilidades de lenguaje receptivo se encuentran más avanzadas que sus habilidades de expresión oral. Ciertas áreas lingüísticas como el vocabulario, son más fáciles para los niños con síndrome Down que otras áreas, como la gramática, por ejemplo.



La secuencia de sonidos y de palabras puede ser difícil para algunos niños Down. Muchos niños tienen dificultades con la inteligibilidad de su habla y su articulación. Algunos niños tienen problemas de fluidez. Otros usan frases cortas, mientras que otros sostienen largas conversaciones. Todos los problemas de lenguaje que los niños con síndrome Down muestran pueden también ser enfrentados por otros niños. No existen problemas de lenguaje únicos para los niños Down.

5.2 Lenguaje receptivo

Las bases biológicas del lenguaje: oídos – cerebro – labios

El oído debe captar un complejo conjunto auditivo de señales,

descifrarlo y traducirlo en impulsos eléctricos; estos impulsos son enviados a través de células nerviosas a las áreas auditivas de la corteza cerebral, localizadas en el lóbulo temporal del cerebro. La corteza auditiva primaria realiza un procesamiento mayor de estos impulsos, enviándolos a las áreas de lenguaje de la corteza.

El cerebro procesa estas señales acústicas y las interpreta en pensamientos y conceptos gracias a una región denominada de "Wernicke" que, aparentemente, reconoce el patrón de las señales auditivas: para cada señal diferente activa un conjunto distintivo de neuronas. Estas neuronas activan a otras (probablemente localizadas en el lóbulo temporal inferior) en donde se encuentra almacenada la memoria visual correspondiente y a neuronas del lóbulo parietal en donde se almacenan los conceptos de uso.

El modelo anterior permite conocer que el conocimiento de una persona (auditivo, visual y conceptual) se almacena en una red neural que involucra varias regiones del cerebro y no en una sola unidad de procesamiento central (9).

Los problemas del lenguaje receptivo se refieren al fracaso para comprender el lenguaje de otros a niveles de edad apropiados. En los niños con síndrome Down de 7 a 12 años se presentan severas dificultades para entender enunciados muy largos y gramaticalmente complejos. La otitis media —un trastorno mencionado en el capítulo 2-, las malformaciones en el conducto auditivo interno, las deformidades de la cóclea y de los conductos semicirculares pueden resultar en pérdida de la audición, lo que aunado al déficit cognitivo presente en los individuos con este

síndrome constituyen factores que pueden impedir un apropiado desarrollo de sus habilidades de comunicación, hecho que se manifiesta, por ejemplo, al seguir órdenes compuestas por diferentes instrucciones, realizar ejercicios de comprensión de lectura y de análisis, etc.

El impacto de la comprensión es otra área esencial a considerarse en el lenguaje receptivo de los niños Down. Diferentes estudios han probado que ésta es un factor fundamental en la habilidad receptiva del niño Down (10), por lo que es recomendable que este aspecto sea atendido en cualquier terapia que se emprenda.

5.3 Lenguaje expresivo oral

Al solicitársele a un individuo que describa un determinado objeto, ocurren diferentes procesos: en primer lugar, se activa una representación interna de tal objeto, la cual incluye su forma, uso y conceptos relacionados con el mismo. Estos pensamientos son canalizados a través de un área de lenguaje del cerebro conocida como de “Broca”, en el lóbulo frontal inferior. Se considera que el área de Broca es responsable de convertir estos pensamientos en patrones de activación neuronal necesarios para producir el habla. Otra teoría que es compatible con modelos muy actuales de redes neuronales sugiere que el área de Broca puede también participar en la percepción de los sonidos así como en la producción del habla. Esta “teoría motora de percepción del habla” está apoyada por algunos estudios que utilizan técnicas funcionales de neuroimagen (11).

El acto de hablar es sumamente complejo. Involucra no sólo a los labios, sino también a la lengua, el paladar, la laringe (la cual contiene varios músculos) e incluso el diafragma. En suma, la coordinación del aparato motor usado para hablar es considerablemente más compleja que la coordinación de los músculos necesarios para caminar.



Los niños con síndrome Down tienen una gran cantidad de cosas que comunicar a la gente a su alrededor. Si no disponen de algún medio para entregar su mensaje, se sienten frustrados por su inhabilidad para ser entendidos. Un sistema de comunicación efectivo es importante. Aunque el habla es el sistema de comunicación más complejo para los niños Down, más del 95% de ellos la utilizan como su sistema primario de comunicación (12).

Es frecuente encontrar en niños con síndrome Down el tartamudeo; varios fonemas les son difíciles y muchos de ellos los pronuncian incorrectamente. Por su voz gutural y ronca les es difícil hablar claramente; su vocabulario es limitado pero esto, en muchos casos se debe a la falta de entrenamiento, y es entonces cuando recurren a la mímica.

Existe también un vínculo entre la comprensión y la expresión oral del niño Down (10), ya que la comprensión parece activar la

parte anterior del área de Broca, afectando las etapas tempranas de producción del lenguaje de expresión oral, llegando a especularse –incluso– que los individuos con síndrome Down son incapaces de producir palabras de las cuales no tienen una comprensión real.

CAPITULO 6 IMPLICACIONES DEL USO DEL JUEGO EN EL DESARROLLO

“El hombre juega sólo cuando es un hombre en todo el sentido de la palabra y es un hombre total sólo cuando está jugando”. (13)

6.1 Antecedentes

Hasta hace algunos años, el juego tenía lugar en las áreas rurales y en las calles de la ciudad utilizando, en su mayoría, equipo construido por los propios niños. Hoy en día, el juego se ha confinado cada vez más a los patios traseros, los jardines, los cuartos de juego y las recámaras y deriva gran parte de su contenido de los video juegos, la televisión y de las caricaturas de los sábados y domingos.

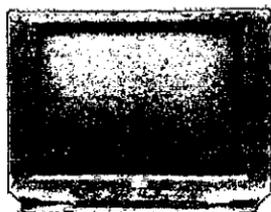
Los niños modernos pasan buena parte de sus vidas infantiles solos con sus juguetes, una situación que hace algunos siglos era inconcebible. La niñez alguna vez fue parte de la vida colectiva del pueblo. Los niños no jugaban separadamente sino que se unían con otros jóvenes y adultos en grandes festivales que influían en el mundo laboral con considerable regularidad.

(13) Schiller, Friedrich. (1795). Sobre la educación estética del hombre. Citado por Sutton-Smith, Brian en *The child at play: play is becoming steadily less physical more computerized and, most of all, more isolated*. Psychology Today. October 1985, v19, p. 64 en www.bivitec.org.mx

En 1560, Pieter Bruegel, un pintor holandés, creó una pintura totalmente dedicada a los juegos infantiles. Contiene más de 200 personajes y cerca de 80 actividades, entre las cuales se encuentran las muñecas, la matatena, las máscaras, los columpios y las canicas y juegos como saltar como una rana, las escondidas, las carreras, etc.

La revolución industrial, al forzar a los padres y a las madres a tomar empleos lejanos durante los siglos XVIII y XIX, lentamente removió la vida económica del hogar y del pueblo. Usualmente a los niños se les permitía correr salvajemente por las calles o colinas de la ciudad y llevar a cabo los juegos que originalmente habían sido parte de los festivales comunales. Ya en el siglo XVIII se empezaron a fabricar muchas ropas, libros y juguetes especialmente para niños.

En el siglo XIX, se controló a las bandas de niños vagabundos que no eran empleados por las fábricas a través de la asistencia obligatoria a la escuela. En el siglo XX, este control sobre el juego se ha incrementado aún más, primero con campos de juego y gimnasios y más recientemente a través de actividades organizadas (natación, danza, tenis, deportes, etc.), entretenimientos de consumo (películas y obras infantiles) y, finalmente, a través del instrumento con mayor poder de control: la televisión.



Este cambio en el juego ha sido constante: una mayor violencia, la mecanización de los juguetes, la preferencia por lo electrónico, todo esto ha reemplazado el juego físico y la actividad lúdica colectiva conduciendo al niño al estado más dramático posible: el aislamiento.

6.2 Teorías sobre el juego

Muchos estudiosos han sostenido, como lo hizo Aristóteles, la importancia educativa que tiene el juego y cómo puede lograrse a través de él que los niños ejecuten conductas que de otro modo no harían.

Existen cuatro teorías que pretenden explicar el origen y significado del juego:

1. *Del exceso de energía*

Un organismo joven utiliza el exceso de energía para el juego.

2. *De la relajación*

El individuo realiza actividades agotadoras y complejas que lo fatigan, por lo cual debe recuperarse mediante otras actividades que le sirvan para relajarse.

3. *De la práctica o del preejercicio*

El juego es necesario para la maduración psicofisiológica y es un

fenómeno ligado al crecimiento. El juego es un ejercicio preparatorio para el desarrollo de funciones que son necesarias para el adulto y que el niño ensaya sin la responsabilidad de hacerlas de una manera completa.

K. Groos, en 1896, realizó una investigación profunda sobre esta teoría, afirmando que el juego proporciona a los niños un adiestramiento temprano para la vida adulta y lo dividió en:

<p>JUEGOS DE EXPERIMENTACION O</p> <p>FUNCIONES GENERALES</p>	<p>Juegos sensoriales: auditivos, visuales, táctiles, orales, etc.</p> <p>Juegos motores: carreras, saltos, canicas, etc.</p> <p>Juegos intelectuales: de imaginación, de resolución de problemas, de curiosidad, etc.</p> <p>Juegos afectivos y de ejercitación de la voluntad: contener la respiración etc.</p>
<p>JUEGOS DE FUNCIONES ESPECIALES</p>	<p>Juegos de persecución, lucha, ocultamiento, caza, etc.</p>

4. De la recapitulación

Esta teoría afirma que el desarrollo del individuo es una réplica del desarrollo de la especie y que, por tanto, el niño reproduce durante su infancia la historia de la especie humana, realizando en el juego esas actividades que nuestros antepasados llevaron a cabo hace tiempo.

6.3 Características y tipos de juego

Jean Piaget señala diferentes características del juego:

- El juego es una actividad que tiene el fin en sí misma, es decir, una actividad en la que no se trata de conseguir objetivos ajenos a ésta, sino que la propia actividad resulte placentera.**
- El juego es espontáneo, es decir, es algo no planeado.**
- El juego es una actividad que proporciona placer en vez de utilidad.**
- Padece de una falta relativa de organización.**
- Libera de los conflictos, al ignorarlos o resolverlos.**
- Convertir una actividad ordinaria en juego permite obtener una motivación suplementaria para realizarla: sobremotivación.**

Para Piaget la actividad del organismo busca en el juego el equilibrio entre la asimilación y la acomodación, es decir, entre la incorporación de la realidad y la modificación del organismo a esas demandas de la realidad. Así, por ejemplo, una escoba es un caballo o una caja es un tren. Al hacer esto, el niño está aprendiendo características de la realidad y, en cierto modo, controlándola. Desde el punto de vista de sus deseos, eso le proporciona una liberación puesto que éstos pueden cumplirse en el juego a su libre arbitrio. Asimismo, el juego representa la oportunidad de ensayar diferentes conductas sin ninguna presión por tratarse de situaciones menos arriesgadas.

Jean Piaget llevó a cabo también una clasificación sobre los tipos de juego:

- *Juego de ejercicio*

Se lleva a cabo realizando actividades adaptativas que el niño ya ha dominado, pero que ahora realiza únicamente por el placer de hacerlo.

Ocurre durante el periodo sensorio-motor (primeros 24 meses de vida).

- *Juego simbólico*

En este tipo de juego el niño realiza acciones como si las estuviera haciendo pero sin llevarlas en cabo en la realidad.

Ocurre durante el periodo preoperativo (2 a 7 años).

- *Juego de reglas*

Se trata de juegos exclusivamente sociales, caracterizados porque determinadas reglas rigen el desarrollo del juego. Permiten el desarrollo de la cooperación y de la competencia, así como el de ver el punto de vista de otros.

Ocurre durante el periodo de las operaciones concretas (de 7 a 11 años).

Nos detendremos en este último tipo de juego, el de reglas, pues es de particular interés para este trabajo ya que el niño con síndrome Down de 7 a 12 años se encuentra (por su edad cronológica) en esta etapa.

Alrededor de los 6 ó 7 años el niño abandona su casa para asistir, por primera vez en muchos casos, a una institución educativa. El juego se vuelve entonces necesariamente social y es la propia estructura de las reglas y su seguimiento la que determina el juego: es decir, el juego tiene sentido siempre y cuando se adecue a las reglas.

Los juegos de reglas son complejos y éstas indican no sólo las acciones de los jugadores sino incluso quién inicia el juego, su término, el ganador, etc. Todo este procedimiento requiere de una cooperación real por parte de los jugadores así como de que éstos

tengan conciencia de las reglas obtenidas por el mutuo consentimiento de los jugadores.

El juego es una necesidad psicológica, física y social del niño. El juego le permite comunicarse con objetos y personas, con realidades y fantasías (14). El juego es esencial para su desarrollo en diferentes áreas:

6.4 Area motora

Gracias a los juegos sensorio-motores el niño incorpora y opera mentalmente con el conocimiento. Piaget demostró el vínculo existente entre los actos mentales y los reales. A través, primero del ejercicio y posteriormente del juego simbólico, el niño transita hacia la formación de las categorías conceptuales y sus relaciones lógicas.

El juego que favorece el área sensorio-motora permite que el niño conozca su cuerpo y el de los otros y que cree su propia imagen corporal. Al tomar conciencia de esta imagen el niño también lo hace de su uso y ubicación tempo-espacial (15).

Por sus múltiples atributos, el juego sensorio-motor está en posibilidad de atraer y retener las energías y la concentración de los participantes. Las actividades motrices son poseedoras de un innegable atractivo por estar basadas en la acción y poder ser observadas.

Las distintas corrientes psicomotoras entienden por motricidad esencialmente a la capacidad de generar movimientos y todas las formas de movimiento son producto de la contracción muscular que se manifiesta por los desplazamientos del cuerpo y sus segmentos, a la vez que por la actitud y el mantenimiento del equilibrio.

Diferentes juegos sensorio-motores contribuyen a estimular el aprendizaje y la adaptación sensorio-motora al utilizar la manipulación de objetos, la conducción de sesiones sonoras y rítmicas, la educación del gusto y el olfato, etc., asimismo, en el caso específico del niño Down tienen un fuerte impacto en cuatro factores:

- **Hipotonia**

El tono se refiere a la tensión de un músculo en su estado de reposo. La cantidad de tono es controlada por el cerebro. La hipotonia significa que el tono está disminuido. Esto es fácilmente observable al tomar en brazos a un bebé con síndrome Down y depositarlo en su cuna: su cabeza se vuelve hacia un lado, sus brazos caen alejados del cuerpo y descansan sobre la superficie y sus piernas permanecen abiertas. Esto es debido a la hipotonia, la cual afecta a cada niño Down de manera diferente; en algunos casos es más pronunciada que en otros. La hipotonia tiende a disminuir con el tiempo aunque persiste durante toda la vida del individuo Down. La hipotonia obstaculizará que aprenda ciertas habilidades motoras gruesas. Así, la hipotonia presente en los músculos del estómago le hará difícil que conserve el equilibrio al

estar de pie. Para compensar esto, el niño Down a quien se le esté enseñando a permanecer erguido cerca de una mesa, tenderá a recargarse en ésta para obtener apoyo.

- **Laxitud de las articulaciones**

Las articulaciones de los niños con síndrome Down tienen una alta flexibilidad. Esto es particularmente notorio en las caderas de los infantes Down. Cuando están acostados sobre su espalda, tienden a posicionarse con sus caderas y rodillas dobladas y separadas. Posteriormente, puede observarse que los pies son planos y no tienen arco. Este incremento en la flexibilidad hace que las uniones sean menos estables y, por tanto, es difícil que el niño tenga equilibrio.

- **Disminución de la fuerza**

La fuerza muscular es menor en los niños con síndrome Down. Esta puede, sin embargo, mejorarse a través de la repetición y la práctica. El aumentar la fuerza es importante porque, al contrario que otros niños, el niño Down tiende a compensar su debilidad utilizando movimientos que aunque a corto plazo son más fáciles, a la larga afectarán su cuerpo.

- **Brazos y piernas cortos**

Los brazos y piernas de los niños con síndrome Down son cortos en relación con sus troncos. En los brazos esto hace que al niño le sea difícil sentarse sin balancearse hacia delante. En cuanto a sus

piernas, le hacen difícil aprender a subirse a un sofá o trepar por una escalera.

El propósito de los juegos sensorio-motores es ayudar al niño con síndrome Down a obtener un mejor manejo de sus habilidades motoras y a incrementar la disposición del niño para involucrarse, resolver problemas y aumentar su decisión de tener éxito personal. Este tipo de juego implica despertar un sistema sensorial que integre e interprete la información percibida, planea el movimiento, responde y se desarrolla hasta su maduración gracias a numerosas experiencias enriquecedoras en el medio ambiente (16).

6.5 Area cognitiva

El juego cumple con la profunda necesidad que tiene el niño de expresarse a sí mismo. El juego es lo que hace al niño diferente del adulto. El niño juega todo el tiempo; juega al comer, al pasear, incluso cuando tiene sueño. Esta es la tendencia natural del niño a la acción y a la creación espontánea.

Por medio del juego, el niño conoce y descubre a los objetos del mundo externo (17). Este aprendizaje compromete todos los aspectos de su personalidad y lo hace tomar conciencia de sí mismo; conoce y acepta a los otros y cognoscitivamente organiza las percepciones y las relaciones de los objetos. El asimilar los objetos le lleva a modificar su conducta en nuevas situaciones. Piaget llegó a afirmar que el desarrollo cognoscitivo procede del comportamiento sensorio-motor del niño.

El niño con síndrome Down no es una excepción de los hechos anteriores y puede, por tanto, obtener un fuerte beneficio del juego. Aunque su función cognoscitiva varía no sólo en relación con los niños sanos sino con otros niños Down, esto no impide que los programas que incorporan el elemento lúdico mejoren la prognosis académica para ellos (18).

6.6 Area de lenguaje

Existe un fuerte vínculo entre el lenguaje y el juego (15). Cuando un niño juega, el juego incita la fluidez espontánea del habla, es una oportunidad para descargar energía y excitación, incluso en el niño con síndrome Down. Esta tendencia espontánea del niño para jugar puede utilizarse como un pivote fundamental para mejorar su lenguaje.

El niño se socializa a través del juego pues éste le permite incorporar roles, status, normas, pautas, costumbres, creencias, etc. El lenguaje es el vínculo privilegiado de esta asimilación y acomodación (15). El juego permite favorecer y enriquecer las formas lingüísticas a través de estructurar este proceso de socialización del niño.

Jean Piaget afirmó que el niño pasa del lenguaje egocéntrico de la etapa preoperacional al lenguaje social de la etapa de las operaciones concretas. Este paso se ve favorecido por la ejecución de diferentes juegos lingüísticos que permiten practicar la pronunciación y audición, desarrollando en el niño la capacidad para manejar el lenguaje en diversos contextos.

Según Piaget, los niños en la etapa de las operaciones concretas (donde por su edad cronológica se encuentra el niño de 7 a 12 años con síndrome Down) sólo pueden razonar acerca de las cosas con las que ha tenido experiencia personal directa. Cuando tienen que partir de una proposición hipotética o contraria a los hechos tienen dificultades. El juego les ofrece la oportunidad de que expandan la extensión de su conocimiento a través de experiencias sonoras, táctiles y visuales directas, lo cual repercutirá directamente en la calidad del lenguaje del niño.

6.7 La necesidad del juego en el niño con síndrome Down

El niño con síndrome Down tiene una necesidad especial del juego. Frecuentemente, las actitudes sobreprotectoras de sus padres, el autoritarismo y la falta de experiencia en la toma de decisiones son obstáculos presentes en el ambiente terapéutico (19). El juego le da confianza en sí mismo, así como la oportunidad de ensayar en un escenario propicio las nuevas habilidades de comunicación que está aprendiendo sin sentirse poco competente.

CAPITULO 7

PROPUESTA DE UNA TERAPIA DE LENGUAJE CENTRADA EN EL JUEGO

7.1 Descripción

Las consideraciones generales para la propuesta de esta terapia de lenguaje centrada en el juego encuentran sus raíces en el trabajo de la Dra. L. Kummin, profesora y miembro de la academia del Departamento de Patología del Lenguaje y el Habla de la Universidad de Loyola, en Bethesda, Maryland, Estados Unidos de Norteamérica, quien también es autora de varios textos sobre problemas de lenguaje en el niño con síndrome Down, y que ha desarrollado una metodología que ha probado su eficacia en el programa terapéutico de lenguaje para niños Down.

Este trabajo propone enriquecer la estructura original de la terapia de la Dra. Kummin, apoyándose en la teoría de Jean Piaget y utilizando como eje central de las actividades terapéuticas el elemento del juego, una herramienta que favorece el contexto de aprendizaje gracias a su eficacia motivacional y que es reconocida como fundamental en la aproximación piagetiana que explora la forma en que los niños crecen y desarrollan sus habilidades de pensamiento.

A continuación, la descripción de la terapia de lenguaje centrada en el juego para los niños de 7 a 12 años con síndrome Down enfocada específicamente a las habilidades del lenguaje receptivo y de expresión oral y que contempla la participación familiar y educativa en un acercamiento total al lenguaje:

7.1.1 Justificación de la terapia

Los niños con síndrome Down tienen un alto riesgo de presentar dificultades de lenguaje. Los factores de riesgo incluyen a la otitis media con efusión (OME) que puede resultar en una pérdida fluctuante de la audición, hipotonicidad de la musculatura la cual afecta también a los músculos orales y linguales, los déficits cognitivos, una cavidad oral pequeña y asincronía de los movimientos motores que impacta también los músculos de producción del habla. Deben tomarse en cuenta los factores de riesgo así como los puntos fuertes y retos en la habilidad comunicativa al diseñar un programa de intervención para ayudar a niños con síndrome Down a maximizar sus habilidades de lenguaje.

7.1.2 Filosofía del tratamiento

El niño con síndrome Down se beneficia ampliamente de una intervención en su lenguaje a través de un programa terapéutico multifacético, el involucrar a los padres y coordinarse con un programa educativo. El objetivo final de la terapia es que el niño obtenga una competencia comunicativa para funcionar exitosamente en una variedad de escenarios.

A través de una intervención constante entre la familia, el personal escolar y un terapeuta educativo, se busca:

- **Dar información acerca de la función de la comunicación a fin de incrementar la habilidad entre los involucrados para**

observar los éxitos y retos comunicativos del niño.

- **Establecer metas apropiadas a corto y a largo plazo.**
- **Dar información relativa a los pasos a seguir para que el niño ejecute habilidades comunicativas de manera apropiada, utilizando para ello la herramienta lúdica.**
- **Demostrar técnicas para facilitar el desarrollo del lenguaje en el hogar, la escuela y la comunidad.**
- **Desarrollar actividades que se vuelvan parte de la vida cotidiana y que permitan maximizar la transferencia de habilidades más allá de la sesión terapéutica.**

El programa busca individualizar estrategias terapéuticas para satisfacer las necesidades específicas de cada niño mediante:

- **Evaluar y analizar la articulación e inteligibilidad del habla del niño.**
- **Conducir un programa de ejercicios oralmotores para incrementar la fuerza y movilidad de los músculos orofaciales.**
- **Evaluar el lenguaje receptivo y expresivo oral del niño enseñándole actividades apropiadas para maximizar las oportunidades de aprendizaje dentro del medio ambiente del niño.**

- Utilizar un acercamiento total a las habilidades comunicativas.
- Mejorar el lenguaje interactivo pragmáticamente.

7.1.3 Escenario físico

Debido a los diferentes problemas de lenguaje enfrentados por cada niño Down, esta propuesta contempla que todo tratamiento sea individual. El equipo terapéutico inicial de intervención está compuesto por un terapeuta educativo (ver recuadro) interesado por la educación especial y un pasante de psicología educativa que darán servicio directo al niño y servirán como vínculo entre el ambiente terapéutico y el educativo. Aunque el ejercicio de la patología del habla es relativamente nuevo en México, si se encuentra disponible un profesionista de este tipo, sus servicios pueden ser de gran utilidad también.

Una de las variables más importantes de la terapia de lenguaje centrada en el juego es la relación del terapeuta y el niño Down, por lo que el terapeuta debe emplear eficazmente los rasgos más positivos de su personalidad, practicando constantemente:

- ✓ La calidez, afectividad, cordialidad y accesibilidad.
- ✓ La empatía.
- ✓ La aprobación.
- ✓ El brindar elogios y aliento asertivamente.
- ✓ El entusiasmo y la comprensión.
- ✓ La imaginación y la estimulación.
- ✓ Ejercer constantemente un compromiso personal con el progreso del niño Down y su terapia.

La terapia se conduce en un espacio de 2 habitaciones provisto con un espejo a través del cual son observados el niño y el asistente del terapeuta por los padres y el especialista educativo. Durante esta sesión, se da a los padres una descripción de lo que se está enseñando así como una lista de actividades lúdicas que contribuyan al aprendizaje. La duración de cada sesión es de 30 a 60 minutos de una a dos veces por semana.

Es importante que los padres sepan que son parte del equipo de intervención. Una vez transcurridas algunas sesiones de la terapia se ha observado que es conveniente que los padres ya no estén presentes en cada una de las sesiones. Los padres pueden sentirse aislados y rechazados del proceso terapéutico después de haber tenido un involucramiento tan constante en la primera etapa, por lo que siempre agradecerán la oportunidad de observar y participar ocasionalmente en la terapia. El programa busca educar a los padres acerca del proceso de la comunicación y sus papeles como facilitadores de éste. Debe darse oportunidad a los padres para preguntar, discutir sus preocupaciones y reportar información, interpretaciones y opiniones en relación con el desarrollo y progreso del niño. Este escenario permite que se eliminen muchas de las dudas de los padres respecto a la terapia.

7.1.4 Fuentes de referencia

Existen diferentes rutas para que las familias utilicen esta clase de programas. Es importante que la disponibilidad de esta terapia sea del conocimiento de médicos y pediatras para que éstos

canalicen a sus pacientes Down a este servicio, así como de las asociaciones y grupos locales de apoyo a personas con síndrome Down.

7.1.5 Evaluación inicial

El objetivo de la evaluación del lenguaje es obtener un perfil preciso de las habilidades comunicativas del niño. Pueden necesitarse de 3 a 4 sesiones para completar la evaluación inicial, a fin de dar tiempo para que el terapeuta educativo establezca un clima de confianza (rapport) con el niño y se familiarice con sus patrones comunicativos. Varios estudios han demostrado que los niños con dificultades de comunicación tienen una ejecución muy pobre ante examinadores no familiares. La evaluación es vista como un instrumento de diagnóstico y puede variar su duración dependiendo del nivel de cooperación del niño. La evaluación debe contener:

- Información sobre la historia clínica e información de los padres.
- Evaluación formal del habla, el lenguaje y las habilidades oralmotoras y pragmáticas del niño.
- Evaluación informal del habla, el lenguaje y las habilidades oralmotoras y pragmáticas del niño.

7.1.6 Historia clínica

El primer paso en el proceso evaluativo es obtener una historia clínica proporcionada por la persona que cuida al niño. Esta historia debe incluir información sobre la historia prenatal y natal, problemas motores gruesos y finos, de habla, de lenguaje y desarrollo social. Debe preguntarse sobre la historia familiar, la historia médica, la historia educativa, las características de personalidad y emocionales y del estilo de aprendizaje del niño. Esta información da el marco para la evaluación diagnóstica inicial. La ampliación y aclaración de la información de la historia clínica debe obtenerse de los padres o de la persona a cargo del niño a través de una entrevista anterior a la sesión de evaluación. Un formato sugerido para recolectar esta información puede verse al final de este trabajo como anexo A.

7.1.7 Evaluación formal

El niño es evaluado mediante pruebas formales en una habitación de dos piezas. El asistente administra las pruebas y la sesión es observada 100% del tiempo a través del espejo por el terapeuta educativo y, al menos, uno de los padres. Es de particular interés observar si el padre ve las respuestas a la prueba como típicas del niño e indicativas de su nivel de funcionamiento usual.

Las pruebas formales más frecuentemente usadas por esta terapia se enlistan en la tabla 1 y pueden obtenerse mayores datos sobre las mismas en el anexo B. Si el examinador requiere muestrear un área específica del lenguaje (por ejemplo, la articulación) o si el nivel de atención del niño prohíbe el uso de

una batería más amplia, debe utilizarse una prueba específicamente enfocada a esa área.

TABLA 1

AREA MUESTREADA

INSTRUMENTO EVALUATIVO

LENGUAJE RECEPTIVO Y EXPRESIVO ORAL	Tests A,B,C (4, 5 y 6)
VOCABULARIO RECEPTIVO	Prueba de dibujos de Peabody Prueba de habilidades psicolingüísticas de Illinois WISC
VOCABULARIO EXPRESIVO ORAL	Prueba de habilidades psicolingüísticas de Illinois WISC
ARTICULACION	Inventario de articulación

7.1.8 Evaluación informal

Deben observarse las siguientes características:

- Nivel de atención.
- Interés del niño por el juego.
- Habilidades oralmotoras.
- Habilidades de lenguaje receptivo y expresivo oral.
- Habla.

➤ **Habilidades pragmáticas**

7.1.8.1 Nivel de atención

La habilidad para prestar atención es esencial para el aprendizaje del lenguaje. El ambiente de aprendizaje así como las técnicas de enseñanza deben adecuarse al nivel de atención del niño. Esta habilidad debe diagnosticarse desde una distracción extrema hasta un patrón de atención total. Es importante este diagnóstico puesto que para el niño de 7 a 12 años es un prerrequisito necesario para el aprendizaje en el salón de clases.

7.1.8.2 Interés del niño por el juego

Es fundamental observar cuál es el tipo de juego más atractivo para el niño pues, como se comentó en el capítulo 6, existe un vínculo innegable entre éste y el lenguaje. Basándose en la información obtenida durante la observación practicada en las sesiones, se deben seleccionar los materiales y las actividades lúdicas más adecuadas para estimular el lenguaje del niño así como su tolerancia a la frustración.

7.1.8.3 Habilidades oralmotoras

Debe recolectarse información de los padres sobre los hábitos de alimentación, la postura de la boca y los patrones de respiración. Durante las sesiones de evaluación deben observarse los mecanismos orofaciales durante el descanso, durante la comida y durante las actividades oralmotoras estructuradas. Las

actividades pueden incluir la imitación, hacer burbujas, silbar e inflar globos. También debe pedirse al niño que efectúe movimientos de elevación y lateralización de la lengua. La fuerza de los labios y de la lengua debe observarse también. La tabla 2 resume la información que debe reunirse:

**TABLA 2
EVALUACION ORALMOTORA**

EN DESCANSO	<ul style="list-style-type: none"> a. Posición de la mandíbula. b. Posición de los labios. c. Posición de la lengua. d. Patrones de respiración.
AL COMER	<ul style="list-style-type: none"> a. Cómo masca la comida. b. Cómo traga la comida.
TAREAS ORALMOTORAS	<ul style="list-style-type: none"> a. Labios <ul style="list-style-type: none"> 1. Movilidad y fuerza. 2. Retracción. b. Lengua <ul style="list-style-type: none"> 1. Fuerza. 2. Lateralización. 3. Protuberancia 4. Elevación y depresión.

7.1.8.4 Lenguaje receptivo y expresivo oral

Debe observarse el procesamiento auditivo, la memoria auditiva, la habilidad para seguir órdenes simples y complejas. Las actividades lúdicas sugeridas incluyen la elaboración de alguna artesanía o dibujar siguiendo instrucciones.

Es importante escuchar al niño, analizando su uso de vocabulario, morfología y sintaxis. La grabación de las sesiones en video o en audio es deseable (en caso de no disponerse de estos recursos, es conveniente averiguar con los padres del niño si cuentan con algún material de este tipo).

7.1.8.5 Habla

Durante las conversaciones, deben evaluarse la fluidez, la resonancia, el volumen y la cualidad de la voz, la inteligibilidad y la articulación.

7.1.8.6 Habilidades pragmáticas

El propósito de este punto es evaluar la comunicación interpersonal, incluyendo la comunicación no verbal así como el lenguaje en uso. Deben registrarse el establecimiento y mantenimiento de una conversación, los tópicos, las aclaraciones y el contacto visual. Debe prestarse atención especial a los modos de comunicación que el niño utiliza cuando no se le entiende y la efectividad de ese modo, por ejemplo, hacer pantomimas o gestos.

Para obtener esta información se sugiere investigar qué programas de T.V. o películas le interesan la niño y solicitarle un relato sobre algún episodio o que simule ser uno de sus personajes favoritos, también puede pedírsele que comente sobre algún viaje realizado por él y su familia, alguna historia o cuento que le interese, etc.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

7.2 Elementos y técnicas de la terapia

7.2.1 Protocolo de la terapia de lenguaje centrada en el juego

Esta terapia está relacionada directamente con el proceso evaluativo ya descrito. Cada una de las características evaluada sirve como base para dirigir la terapia.

7.2.1.1 Nivel de atención

Puede modificarse el escenario físico utilizado durante la evaluación a fin de ayudar al niño a optimizar sus habilidades. Para el niño que requiera de un mayor control conductual, a fin de mantener la atención en determinada tarea, pueden establecerse una serie de estaciones alrededor de la habitación y el niño y el terapeuta pueden moverse físicamente de estación en estación. Se requiere que el niño termine una actividad antes de moverse a la siguiente. Dependiendo de sus necesidades el niño puede moverse en secuencia de estación en estación o animársele a escoger las actividades en cierta estación de acuerdo con su preferencia. Para estimular el gusto por terminar las actividades, el niño puede recibir un boleto para canjear por algún premio.

Uno de los objetivos del tratamiento es que el niño integre completamente sus canales auditivos, visuales y manipulatorios. Un niño cuya atención no ha sido canalizada adecuadamente, no puede atender al mismo tiempo al instructor y a la tarea por realizar. Deben por tanto, utilizarse ciertas señales que le permitan moverse espontáneamente hasta lograr esta atención.

Por ejemplo, mientras está aprendiendo a seguir órdenes el niño puede, al principio, requerir una serie de señales tales como: "Juan, mírame, escúchame, dibuja un círculo". Con la repetición y la práctica puede ser capaz de seguir cierta orden con una simple señal de alerta tal como: "Juan, dibuja un círculo", sin que sea necesario que detenga su actividad para mirar al terapeuta.

7.2.1.2 Interés del niño por el juego

Basándose en las actividades lúdicas observadas durante la evaluación, deben diseñarse juegos para ayudar al niño a moverse a niveles más altos de aprendizaje. Por ejemplo, si el niño puede adoptar varios papeles al jugar con títeres, entonces ya puede ejecutar este juego interactuando con otros mientras él adopta un papel. Pueden encontrarse diferentes recursos lúdicos al final de este trabajo, en el anexo C.

7.2.1.3 Habilidades oralmotoras

El propósito de la terapia es reforzar la musculatura oral, lingual y labial e incrementar su movilidad. El uso del espejo es un componente importante del programa oralmotor pues le da al niño una retroalimentación visual. Las actividades sugeridas incluyen silbar y utilizar instrumentos musicales como la armónica, la flauta, etc., hacer burbujas y otros ejercicios como coger un botón usando la boca, pintar los labios con pintura roja e imprimir besos en una hoja de papel, inflar globos o coger frutas secas de un plato con los labios.

También deben utilizarse actividades de mayor dificultad para ejercitar la lengua. Algunos ejercicios sugeridos son: tocar la esquina derecha de la boca con la lengua, sacar la lengua y colocar algún dulce pequeño sobre ella, mantenerla en esa posición un minuto y comer el dulce retrayendo la lengua, utilizar la lengua para limpiar los labios de mermelada o mantequilla. Al iniciar el tratamiento el niño puede necesitar ayuda física con el movimiento, por ejemplo, puede ayudársele para que la punta de la lengua se eleve y toque su labio superior. El objetivo es que el niño adquiera la habilidad de mover su lengua con precisión cuando se le solicite. Una vez que el niño domina diferentes movimientos con la lengua, se combinan éstos en varias secuencias, lo que se requiere para una producción precisa del habla.

7.2.1.4 Lenguaje receptivo y expresivo oral

El tratamiento en esta área se enfoca en aquellas actividades que permitirán que el niño funcione exitosamente dentro de la escuela, el hogar y su comunidad. Basándose en la evaluación formal e informal hechas por el terapeuta, los reportes de los padres y de los maestros, deben desarrollarse objetivos a corto y largo plazo para cada niño. A continuación, un ejemplo sobre cómo establecer una serie de objetivos dentro de un solo tema.

Objetivo: el seguimiento de instrucciones

Paso 1

Tema: seguir instrucciones sobre cómo plantar una semilla.

Actividades. De preferencia, plantar una semilla en el jardín; en otro caso, también se puede utilizar un frasco con algodón empapado en agua. Leer sobre cómo una semilla se convierte en planta, investigar cuáles son las partes de una planta.

Areas: Comprensión receptiva, expresión oral, vocabulario, atención y concentración.

Paso 2

Tema: Seguir instrucciones sobre cómo hacer un pastel.

Actividades: Utilizando los diferentes ingredientes en el orden especificado por el terapeuta, el niño elaborará un pastel.

Area: Comprensión auditiva y visual, vocabulario, discriminación.

Paso 3

Tema: Seguir instrucciones para clasificar alimentos y bebidas.

Actividades. Utilizando alimentos reales, recortes de revistas, botellas de diferentes bebidas, el niño hará dos grupos: uno de aquello que se come y otro de aquello que se bebe. La actividad debe reforzarse utilizando frases en pasado simple: "Ayer comí arroz. ¿Qué comiste tú?".

Áreas: Sintaxis, morfología, atención, comprensión auditiva y visual, lenguaje expresivo oral.

Las computadoras se utilizan actualmente con gran éxito en terapia de lenguaje. Estas pueden contribuir a enseñar vocabulario y habilidades sintácticas y morfológicas. Existen algunos programas especialmente diseñados con este propósito.

7.2.1.5 Habla

Existen diferentes objetivos en el área del habla: la fluidez, la resonancia, la articulación, la cualidad de la voz, la inteligibilidad y el volumen.

En la articulación, una de las áreas más importantes, se busca que el niño domine los siguientes sonidos en español: (m), (n), (ñ), (p), (x), (b), (k), (g), (f), (y), (l), (r), (t) y (s) y varias combinaciones: (bl), (kl), (fl), (gl), (pl), (br), (kr), (dr), (fr), (gr), (pr), (tr), (au), (ei), (eo), (ie), (ua) y (ue).

La habilidad de programar estos sonidos y producirlos se conoce como planeación motora del habla. Cualquier dificultad con esta habilidad se denomina "Apraxia del desarrollo del habla" (ADH).

Algunos niños Down experimentan dificultades de este tipo y requieren que se les entrene para producir gradualmente combinaciones más largas de sonidos, prestando una atención particular a la combinación consonante-vocal así como a la longitud de la palabra o frase.

El uso de tarjetas con dibujos atractivos en los cuales el niño deba utilizar los sonidos mencionados es importante, así como la utilización de historias o cuentos donde algunos dibujos substituyan a las palabras y el niño se vea obligado a practicar este sonido. La grabación de las sesiones para su posterior revisión y crítica por parte del niño y el terapeuta constituye también una valiosa herramienta.

Cuando los niños Down empiezan a producir enunciados y conversaciones, la fluidez y la inteligibilidad se vuelven aspectos preocupantes. Por ejemplo, si el niño habla muy rápido, la terapia se enfocará en una habla más lenta. De encontrarse presente la resonancia hipernasal, deben incluirse ejercicios al respecto, sin embargo, también se requiere que el niño visite a un dentista o a un otorrinolaringólogo.

Estos aspectos pueden también ejercitarse durante otras partes del tratamiento. Por ejemplo, en el paso 1 descrito anteriormente, puede incluirse vocabulario conteniendo fonemas específicos. Los materiales de lectura así como la conversación pueden adecuarse también para trabajar la fluidez y la inteligibilidad.

7.2.1.6 Habilidades pragmáticas

En esta área, los objetivos se refieren a la expresividad gestual y mímica, el contacto visual, los saludos y las reglas de conversación.

Las actividades varían dependiendo de la edad del niño y de su nivel de comunicación. Con un niño más joven, por ejemplo en el paso 2, deben enfatizarse aspectos tales como el contacto visual, cómo solicitar las cosas, cómo protestar, cómo solicitar ayuda, etc. Al hacer el pastel, el niño necesitará pedir harina. Si necesita ayuda para pedir cosas, deben enseñársele los modelos y señales adecuados. El terapeuta puede, por ejemplo, darle huevos en lugar de la harina y enseñarle entonces un modelo adecuado para protestar por el error y solicitar el ingrediente correcto. Es conveniente utilizar señales, por ejemplo, el terapeuta puede sostener objetos cerca de su cara para animar el uso natural del contacto visual. Deben intercambiarse saludos rutinariamente durante cada sesión.

Con un niño mayor, el paso 1, por ejemplo, puede utilizarse para cumplir varios objetivos pragmáticos. Por ejemplo, después de plantar la semilla, el terapeuta y el niño pueden adoptar los papeles de un vendedor de plantas y un cliente que quiere comprarlas. En este caso, pueden trabajarse los saludos, el contacto visual, la expresividad gestual, las solicitudes de información y de aclaración y toda una serie de situaciones pragmáticas que surjan durante el intercambio.

Se ha encontrado que la videograbación es una herramienta muy útil para el modelado y aprendizaje pues no sólo motiva al aprendiz, sino que además es un archivo visual que puede ser revisado y criticado por el niño y el terapeuta.

Algunas recomendaciones para el área pragmática pueden encontrarse en el anexo D de este trabajo.

7.3. Documentación

A través de la evaluación y del proceso de terapia debe compartirse documentación escrita con la familia. Al completar la evaluación diagnóstica, se discute el reporte escrito con los padres. El reporte resume los datos relevantes de la historia clínica, los resultados de la evaluación formal y de la informal, el diagnóstico y la prognosis y delinea los objetivos a corto y largo plazo de la intervención en el lenguaje. Estos reportes forman la base del programa terapéutico.

Siendo la familia la principal influencia sobre el niño –al ser una transmisora esencial de conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos- es importante que al final de cada semestre, se realice una entrevista con la familia del niño, en la cual se comparta información sobre su progreso en la terapia y se recolecten datos sobre su desempeño en el hogar, la escuela y la comunidad para determinar objetivos futuros.

CONCLUSIONES

Hubo una época en que las personas con capacidad intelectual inferior al promedio se consideraban como poseídas por el demonio o eran vistas como una amenaza para el progreso de una raza, la raíz de todos los males sociales y un peso para la sociedad. Con muy poca frecuencia, eran tratadas amablemente o protegidas de un ambiente cruel o, incluso, consideradas como seres humanos con derechos propios.

En los años cincuentas y sesentas, se escucharon muchas voces motivadas por la necesidad de brindar seguridad y oportunidades a cualquier individuo que sufriera de algún trastorno de este tipo. Entre estas voces, estaban las de los padres, médicos, educadores y terapeutas de niños con síndrome Down quienes, entre una de las múltiples manifestaciones de este síndrome, presentaban retraso mental. Todas estas voces solicitaron que se reconociera el derecho de estos niños de ser considerados como seres productivos y capaces de vivir una vida rica y valiosa, con derecho a ser tratados de la misma manera que otros niños que no tenían este trastorno cromosómico.

Los cambios sociales y la manera en que estas discapacidades son vistas, así como los descubrimientos médicos y la intervención educativa han ampliado las posibilidades de desarrollo de mucha gente con síndrome Down. Las cuestiones de bienestar y de la calidad de vida se reconocen ahora como importantes y cubren todos los aspectos de su vida. Hoy en día, un acercamiento moderno al síndrome Down reconoce que la integración total de

las diferentes dimensiones (educativas, familiares, sociales, laborales, psicológicas) es necesaria para maximizar la habilidad de la persona para tomar sus propias decisiones y tener una vida productiva.

Los problemas específicos de salud del niño con síndrome Down y sus particulares características físicas (capítulo 2), no impiden que éstos puedan alcanzar metas comparables a las de niños sanos de su edad, siempre y cuando reciban la adecuada estimulación y un apropiado ambiente de aprendizaje.

En el trayecto de niño a adulto, el individuo Down necesita una terapia de lenguaje (un programa diseñado individualmente) que cubra sus necesidades de comunicación específica y se adapte a sus características particulares, que le permita el desarrollo de esta habilidad de aprendizaje y le ayude a integrarse a su vida social, escolar, familiar y comunitaria.

A diferencia de otro tipo de terapias de lenguaje —como la conductista, que coloca la responsabilidad del aprendizaje directamente en los ambientes externos a cargo de padres, terapeutas y maestros, o la psicolingüística, que se apoya fundamentalmente en una predisposición innata a aprender el lenguaje a cierta edad— la terapia de lenguaje centrada en el juego propuesta en este trabajo, considera al elemento lúdico como un factor esencial —de acuerdo con la aproximación piagetiana— utilizando a la actividad lúdica, altamente motivacional, como parte indispensable de una intervención exitosa, que socializa al niño Down y le permite que se exprese, que conozca y que ensaye

sus nuevas habilidades comunicativas libremente, tomando en consideración que, al igual que el niño típico, el niño Down piensa de manera diferente al adulto, posee diferentes capacidades y puede ser influido positivamente a través del juego; la inclusión de la familia y una evaluación adecuada de los puntos débiles y fuertes de la comunicación del niño Down son parte importante también de la terapia.

La terapia de lenguaje centrada en el juego que se propone es, sin embargo, un modelo correctivo que, en el futuro, debe dar paso a uno preventivo, en el cual el niño Down debe beneficiarse de una identificación temprana de sus necesidades especiales por problemas de lenguaje, así como de una evaluación oportuna de los mismos. El modelo correctivo significa que el niño recibe esta terapia después de que el problema ha sido documentado basándose en los resultados de diferentes exámenes; un modelo preventivo, por el contrario, promoverá la iniciativa para llevar a cabo una intervención más temprana en los trastornos del lenguaje y el habla lo que implicará metas más ambiciosas en el progreso del niño Down; el proporcionar servicios de intervención más temprana a través de una terapia de lenguaje centrada en el juego a aquellos niños que hayan sido diagnosticados con síndrome Down tendrá un impacto directo en el potencial comunicativo de cada uno de estos niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Langdon Down, John. (1866). {Observaciones sobre una clasificación étnica de los idiotas}. “Observations on an ethnic classification of idiots”. London Hospital Reports. Londres, Inglaterra.
2. Langdon Down, John. (1887). {Afecciones mentales de niños y jóvenes}. “Mental affections of children and youth”. London Hospital Reports. Londres, Inglaterra.
3. Sobre la historia y patogénesis del síndrome Down en www.ncbi.nlm.nih.gov
4. Sobre las más recientes investigaciones en mosaicismo y síndrome Down en www.infotrac.org.mx
5. Delval, Juan. (1994). El desarrollo humano. Editorial Siglo XXI Madrid, España.
6. Werkes, J.F. y Trees, R.C. (1992). {La organización y reorganización de la percepción del habla humana}. “The organization and reorganization of human speech perception”. Annual review of neuroscience, v15, p377-402. Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx
7. Damasio, A.R. y Damasio, H. (1992). {Cerebro y lenguaje}. “Brain and language”. Scientific American, v267, p88-109. Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx
8. Jasso Gutiérrez, Luis. (1991). El niño Down. Mitos y realidades. Editorial El Manual Moderno. México, D.F. México.
9. Wang, Paul. (1997). {Niños con discapacidades}. “Children with disabilities”. Paul H. Brookes Publishing Co. Estados Unidos de Norteamérica.
10. Chapman, Robin S., et al. (2000). {Predicción de la producción del lenguaje en niños y adolescentes con síndrome Down. El papel de la comprensión}. “Predicting language production in children and adolescents with Down Syndrome. The role of comprehension”. Journal of Speech, Language,

and Hearing Research. Abril, v43, p340. Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx

11. Liberman, I., Shankweiler, D., Fischer, F.W., et al. (1974). {Segmentación explícita silábica fonémica del niño}. "Explicit syllable and phoneme segmentation in the young child". Journal of Experimental Psychology. Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx
12. Kummin, Libby. (1998). {Un tratamiento comprensivo del habla y el lenguaje para infantes, pequeños y niños con síndrome Down}. "A comprehensive speech and language treatment for infants, toddlers, and children with Down Syndrome". John Wiley & Sons. Bethesda, MD., Estados Unidos de Norteamérica.
13. Schiller, Freidrich. (1795). Sobre la educación estética del hombre. Citado por Sutton-Smith, Brian. (1985). {El niño en el juego: el juego se está volviendo cada vez menos físico, más computarizado y más aislado}. "The child at play: play is becoming steadily less physical, more computerized and, most of all, more isolated". Psychology Today. Octubre, v19, p64. Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx
14. Sobre la niñez y la sociedad en www.bivitec.org.mx
15. Zapata, Oscar A. (1989). Juego y aprendizaje escolar: perspectiva psicogenética. Editorial Pax. México, D.F., México.
16. Torbert Marianne. (1985). Juegos para el desarrollo motor. Editorial Pax. México, D.F., México.
17. Piaget, Jean. (1962). {El juego, los sueños y la imitación en la niñez}. "Play, dreams, and imitation in childhood". The Norton Library. New York, Estados Unidos de Norteamérica.
18. Sáenz, Rebecca B. (1999). {El cuidado primario de infantes y niños con síndrome Down}. "Primary care of infants and young children with Down syndrome". American Family Physician, v59, i2, p381. Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx

19. Carmichael, Karla D. (1994). {Terapia de juego para niños con discapacidades físicas}. "Play therapy for children with physical disabilities". *The Journal of Rehabilitations*. Julio-Septiembre, v60, n3, p51(3). Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx
20. Sobre terapia motora en niños con síndrome Down en www.ds-health.com

PAGINAS ELECTRONICAS Y BANCOS DE DATOS

- Buxton, Robin. (1999). {Entendiendo el síndrome Down}. "Understanding Down syndrome". Journal of Dental Hygiene. Primavera, v73, i2, p99, Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx
- Jessee, Peggy O., Wilson, Heidi y Morgan, Dec. (2000). {Juego médico para niños}. "Medical play for young children". Childhood education. Verano, v76, i4, p215, Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx
- Luky, Amy et al. (1996). {La ingestión de nutrientes y la obesidad en niños prepúber con síndrome Down}. "Nutrient intake and obesity in prepubescent children with Down syndrome". Journal of the American Dietetic Association. Diciembre, v96, n12, p1262(6), Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx
- Pueschel, Sigfried M. (1989). {Consideraciones éticas en la vida de un niño con síndrome Down}. "Ethical considerations in the life of a child with Down syndrome". Issues in Law & Medicine. Verano, v5, n1, p87-99, Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx
- Sobre algunos hechos del retraso mental por la Oficina de Información Pública del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica. (2000) en www.mhmr.state.tx.us
- Sobre cómo tratar a las personas con síndrome Down. (1993) en www.nas.com/downsyn.com
- Sobre integración sensorial y la enseñanza amable. (2000) en www.gentleteaching.nl/com
- Sobre racismo, CI y síndrome Down. (2000) en www.vichealth.vic.gob.au
- Sobre suplementos nutricionales y la sobre-expresión genética en el síndrome Down. (2000) en www.9whitakr.com
- Sobre tratamiento con Piracetam en síndrome Down. (2000) en www.8piracet.com

- **Whitehurst, Grover J. y Fischel, Janet E. (1994).** {Retraso temprano en el desarrollo del lenguaje. ¿Debe el clínico hacer algo al respecto?}. "Early development language delay: What, if anything, should the clinician do about it? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. In press. Stony Brooks, New York, Estados Unidos de Norteamérica en www.bivitec.org.mx

BIBLIOGRAFIA

- Ausubel, David P., Novak, Joseph D. y Hanesian, Helen. (1983). Psicología Educativa: un punto de vista cognoscitivo. Editorial Trillas. México, D.F.
- Bandet, Jeanne. (1973). Cómo enseñar a través del juego. Editorial Fontanella. Barcelona, España.
- Bernal, Yolanda, et al. (1993). Introducción a la psicología científica. Teorías y sistemas psicológicos contemporáneos. Coordinación sistema universidad abierta. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Cohen, William I. (1999). {Guía de cuidado médico para individuos con síndrome Down}. "Health care guideline for individuals with Down syndrome". Down syndrome quarterly. September, v4, n4. Estados Unidos de Norteamérica.
- Davidoff, Linda L. (1989). Introducción a la psicología. Editorial Mc-Graw Hill. México, D.F.
- Filho, Lourenco. (1960). Tests abc de verificación de la madurez necesaria para el aprendizaje de la lectura y escritura. Editorial Kapelusz. Buenos Aires, Argentina.
- García Cárdenas, María Clara. (1990). Proposición de un modelo de organización de un centro de estimulación. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Kumin, Libby. (1994). {Habilidades comunicativas en niños con síndrome Down. Una guía para padres}. "Communications skills in children with Down Syndrome. A guide for parents". Woodbine House. Bethesda, MD., Estados Unidos de Norteamérica.
- Kumin, Libby y Chapman, D. (1996). {Habilidades oral motores en niños con síndrome Down}. "Oral motor skills in children with Down Syndrome". Communicating together, v13, p1-4. Bethesda, MD., Estados Unidos de Norteamérica.

- Lambert, Nadine. (1974). {El niño retrasado educacionalmente}. "The educationally retarded child". Grune & Stratton. New York, Estados Unidos de Norteamérica.
- Melgar de González, Maria. (1976). Cómo detectar al niño con problemas de habla. Editorial Trillas. México, D.F.
- Nieto Herrera, Margarita A. (1990). Retardo del lenguaje: sugerencias pedagógicas. Ciencias de la educación preescolar y especial. Madrid, España.
- Rice, F. Philip. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. Prentice-Hall Hispanoamericana. México, D.F.
- Royer, James M. y Allan, Richard G. (1999). Psicología del aprendizaje. Editorial Limusa. México, D.F.
- Schunk, Dale H. (1997). Teorías del aprendizaje. Prentice-Hall Hispanoamericana. México, D.F.

ENTREVISTA SOBRE DESARROLLO Y SALUD

NOMBRE:

EDAD:

DIRECCION:

TELEFONO:

1. INFANCIA

Me gustaría que me hablara sobre el desarrollo y salud del niño. Empezaremos cuando era infante (0-2 años).

- ¿Era un niño tranquilo o lloraba mucho?
¿Seguía puntualmente sus horarios (comida, dormir, etc.)?
- ¿Era muy sensible a los ruidos?
- ¿Cómo reaccionaba a los cambios en su vida o en la vida familiar (nueva escuela, una mudanza, un nuevo hermano, etc.)?
- ¿Qué tan activo era?
- ¿Qué tan rápidamente se ajustaba a los cambios en su rutina diaria (nueva comida, personas extrañas, etc.)?
- ¿Qué tan insistente era cuando quería algo?
- ¿Con qué frecuencia podía usted pasar tiempo con él para jugar o hablar, después de su comida o su baño?

2. NIÑEZ

- ¿Cómo describiría la salud de su hijo?
- ¿Cómo oye su hijo? ¿Su audición interfiere con sus actividades?
- ¿Cómo ve su hijo? ¿Su visión interfiere con sus actividades?
- ¿Cómo se mueve su hijo? ¿Sus movimientos interfieren con sus actividades?
- ¿Cómo camina? ¿Cómo corre?
- ¿Cómo habla su hijo?
- ¿Cómo fue la salud de usted durante el embarazo del niño?
- ¿Nació su hijo cuando se esperaba?
- ¿Experimentó usted problemas con su nacimiento, con el parto?
- ¿Cuánto pesó el niño?
- ¿Qué enfermedades infantiles tuvo?
- ¿Tiene su niño problemas crónicos de salud? ¿Cuáles?
- ¿Ha tenido accidentes el niño? ¿Cuáles?
- ¿Lo han operado? ¿De qué?
- ¿Conoce a los mejores amigos de su hijo en la escuela y en la colonia?
- ¿Aprueba usted a sus amigos?
- ¿Cómo calificaría a sus amigos?

- ¿Ayuda a su hijo a escoger a sus amigos?
- ¿Cuántos amigos tiene su hijo de su edad?
¿De qué sexo son?
- ¿Usualmente el niño está de acuerdo con lo que otros sugieren o prefiere hacer lo que él desea?
- ¿Cuándo alguna actividad es difícil, sigue tratando de hacerla o se da por vencido fácilmente?
- ¿Diría que su hijo se mueve rápida o lentamente?
- ¿Es persistente?
- ¿Cuándo empieza algo, lo termina o no se concentra?
- ¿Qué tan bien ejecuta actividades que requieran tranquilidad -por ejemplo sentarse durante toda la comida sin pararse o quejarse-?
- ¿Se ajusta con facilidad a nuevas situaciones o requiere de más tiempo para acostumbrarse a ellas?
- ¿Cuáles son sus juegos favoritos?
- ¿Prefiere ser parte activa del juego o ser espectador pasivo?
- ¿Tiene pesadillas?
- ¿Lo considera usted tan independiente como cualquier niño de su edad?

- ¿Se queja por todo o está feliz con las cosas?
- ¿Se molesta? ¿En qué situaciones?
- ¿Ha notado cambios en su personalidad en los pasados años?
- ¿Está usted orgullosa de su niño?
- ¿Cómo imagina el futuro de su hijo?
- ¿Cómo le gustaría que fuera ese futuro?
- ¿Qué ideas tiene su pareja del futuro de su niño?
- ¿Qué futuro cree que su hijo desea?

PRUEBAS UTILIZADAS PARA LA EVALUACION FORMAL

TESTS ABC

TEST 4:

El niño debe reproducir 7 palabras después de escucharlas todas. Las palabras se pronuncian con voz natural, sin cadencia o subrayado de alguna de ellas.

TEST 5:

El niño escucha un cuento corto que consta de 3 diferentes acciones y varios detalles. El niño debe reproducir la narración indicando las acciones y detalles.

TEST 6:

El niño escucha varias palabras y las repite después de haber escuchado cada una. Se anotan cuáles palabras fueron mal reproducidas.

Estas pruebas están disponibles en español.

PRUEBA DE DIBUJOS DE PEABODY

Consistente en 150 láminas que contienen cada una 4 dibujos numerados. El examinador lee la palabra estímulo y el sujeto debe señalar o decir el número del dibujo con el cual se asocia el estímulo. Hay 300 palabras estímulo arregladas en orden de dificultad ascendente. Las láminas vienen en un cuaderno espiral. Las hojas de puntaje están por separado. La prueba no tiene un tiempo de aplicación y es utilizada para niños de 2 1/2 a 18 años de edad.

Esta prueba está disponible en español.

PRUEBA DE HABILIDADES PSICOLINGÜÍSTICAS ILLINOIS

Contiene 12 subpruebas, 2 de ellas opcionales, que cubren los modos visuales y auditivos de recepción, los modos vocales y motores de expresión y ciertos niveles de memoria auditiva visual. Las pruebas suplementarias son fonológicas (dependiendo de la habilidad de mezclar sonidos y aportar fonemas faltantes en una palabra). La prueba se ha diseñado para evaluar el lenguaje empleado por el niño. Su uso se recomienda para niños de 2 años 4 meses a 10 años 3 meses.

INVENTARIO DE ARTICULACION

Esta prueba clasifica los sonidos objetos de acuerdos con los distintos niveles cronológicos empleando 35 tarjetas de cartón blanco de 22.5 x 15 cm. con dibujos que se muestran al niño, intentando lograr que éste emita el sonido deseado al pedirle que nombre al objeto dibujado o, en su defecto, diciéndole el nombre y pidiéndole que lo repita. Tiene una hoja de puntajes por separado.

Esta prueba está disponible en español.

RECURSOS LUDICOS

Los siguientes recursos son importantes:

- Narraciones
- Historietas
- Aventuras
- Películas
- Máscaras
- Recipientes con agua
- Libros
- Rompecabezas
- Juguetes varios para niños (soldados, policías, carritos, etc.)

- Trabajos manuales
- Clasificación de semillas, botones, colores, letras, etc.
- Mímica
- Recortar
- Doblar
- Fabricar papalotes
- Modelado

Existen muchos textos disponibles que contienen gran cantidad de juegos que pueden adaptarse para la terapia del lenguaje, éstos son sólo unos cuantos de esos juegos:

El espejo

El terapeuta demuestra frente al niño una serie de movimientos en cámara lenta y le pide que lo imite. Deben favorecerse los movimientos con labios y lengua, aunque pueden incluirse otros que llamen la atención del niño. Después de un período de imitación, el terapeuta y el niño cambian de papel, siendo ahora éste quien demuestre primero los movimientos.

Este juego, aunque enfocado específicamente a las habilidades oralmotoras, favorece también la atención y concentración, el autocontrol, el desarrollo social, el control corporal y la descarga de la tensión y del exceso de energía.

¿Puedes deletrear esto?

El niño emplea una parte específica de su cuerpo (privilegiar la cabeza, la lengua, la boca) para deletrear o describir algún fenómeno seleccionado por él.

Este juego favorece las áreas descritas en el juego anterior.

Bastones

El niño prepara dos bastoncitos de 20 a 30 cm. de largo y de aproximadamente 3 a 6 cm. de diámetro y sentándose frente al terapeuta procura imitar los movimientos de éste con el bastón. Se intercambian los papeles después de un rato.

Este juego favorece las áreas descritas en el juego anterior.

Vuelo de pájaros

El terapeuta nombra varias cosas que vuelan: "El avión vuela", "El pato vuela". Cuando dice esto el niño agita sus brazos vigorosamente. Si el terapeuta dice algo incorrecto "La silla vuela", el niño cruzará los brazos sobre el pecho. Posteriormente, el niño es quien nombra los objetos que vuelan y el terapeuta mueve los brazos.

Este juego favorece principalmente el lenguaje receptivo y expresivo oral, la atención y discriminación, la capacidad auditiva y la aptitud física.

Me suena así

El niño anota un verbo en un papel que voltea sobre su silla. Intenta, entonces, actuar esta acción para que el terapeuta adivine. Se repite varias veces y después puede haber un intercambio de papeles.

Este juego se enfoca principalmente a las habilidades pragmáticas del niño y su atención y concentración.

Suena y se mueve

El niño dando palmadas, saltando, marcando el paso o moviendo su cuerpo debe tratar de imitar el ritmo de varios instrumentos: tambor, tren, cucharas, autobús, etc.

Este juego favorece las áreas descritas en el juego anterior.

Algunos otros juegos para favorecer el lenguaje en el niño con síndrome Down

- ❖ Los juegos acuáticos son una excelente opción para que el niño se relaje y concentre: el derramar, aventar o arrojar agua es una buena oportunidad para que el niño practique espontáneamente su lenguaje.
- ❖ El dibujo de cuentos y su narración es una manera ideal de incrementar la expresión oral del niño. Es importante el interés que se demuestre por lo que el niño está explicando.
- ❖ Las rondas obligan al niño a acoplar su ritmo con alguien más y a establecer una relación tónica recíproca, lo cual facilita su interrelación social.
- ❖ Las rimas (tratar de encontrar una palabra que suene parecido a la dicha por alguien

más) incrementa la capacidad de atención y concentración así como la discriminación auditiva.

- ❖ Los juegos de imitación (animales, sonidos de objetos, etc.) son también una buena manera de lograr que el niño se concentre, atienda y reproduzca los sonidos que debe perfeccionar.

ANEXO D

RECURSOS PRAGMATICOS

La escenificación de situaciones de la vida cotidiana es algo muy atractivo para el niño. Por ejemplo, una mesa cubierta por un mantel puede ser escenario de un restaurant donde el niño puede ser el mesero, el cliente molesto, el gerente atento, un ladrón a punto de asaltar el lugar, etc. Deben aprovecharse todas las oportunidades disponibles para utilizar la imaginación del niño a favor de este tipo de situaciones.

Esta prolífica imaginación es una valiosa herramienta que puede utilizarse para que el niño actúe como un bombero, un policía, el padre, etc., y guiar todas estas interacciones hacia el desarrollo de las habilidades pragmáticas del niño Down.

Es importante, también, la relación personal entre el niño y el terapeuta; el uso de saludos (buenos días, hola, darse la mano, etc.), el mantener una conversación donde se toman turnos para hablar, son ejemplos que refuerzan de manera directa el aprendizaje pragmático.