

## **El Juego simbólico en alumnos con Síndrome de West y otras Encefalopatías Epilépticas.**

*(Symbolic play in students with West syndrome and other Epileptic Encephalopathies.)*

**Víctor del Toro Alonso**  
*Fundación Síndrome de West*

*Páginas 72-87*

*ISSN (Ed.Impr.): 1889-4208*

*Recepción: 30/02/2013*

*Aceptación: 01/03/2013*

### **Resumen.**

El Juego es considerado como una herramienta fundamental en las aulas de Educación Infantil. Son numerosas las propuestas pedagógicas que lo avalan en la práctica diaria por su importancia en el desarrollo del niño (Piaget, 1946 ; Vygotsky,1935; Decroly, 1927 ; Bruner y Garvey, 1977 ; Garaigordobil,1990). Sus beneficios inciden sobre el desarrollo cognitivo, afectivo, social, comunicativo y psicomotor.

Desde este punto de vista, el juego puede ser un impulsor del desarrollo en aquellos niños con necesidades educativas especiales y especialmente en los que presentan Síndrome de West y otras Encefalopatías Epilépticas.

Se presenta un estudio descriptivo con 60 alumnos con Encefalopatías Epilépticas y relacional con otro grupo de 65 alumnos sin ninguna discapacidad asociada. Utiliza una metodología Experimental y de tipo Ex-post-facto. Su objetivo será conocer las características del desarrollo del Juego y saber si acceden al juego simbólico.

**Palabras Clave:** Juego simbólico, Imitación, síndrome de West, Encefalopatía Epiléptica.

### **Abstract.**

The game is considered a fundamental tool in early childhood education. There are many pedagogical proposals that endorse its daily practice because of its importance in children's development (Piaget, 1946 ; Vygotsky,1935; Decroly, 1927 ; Bruner y Garvey, 1977 ; Garaigordobil,1990). Its benefits affect the cognitive, emotional, social, communicative and psychomotor development.

From this point of view, the game can be the motor of children's with special educational needs development and especially those with West Syndrome and other Epileptic Encephalopathies.

A descriptive research of 60 students with epileptic encephalopathies and another relational of 65 students with no disability associated are presented. A no experimental and ex-post-factor methodology is used. Its objective is to know the characteristics of the game development and recognizing if children have access to symbolic game, will help to propose a correct educational answer.

**Keywords:** Symbolic play, imitation, West syndrome, Epileptic Encephalopathies.

## **1.-Introducción.**

La necesidad de generar conocimiento científico relacionado con los alumnos con Encefalopatías Epilépticas dependientes de la edad desde el campo de la Pedagogía es el común denominador de este artículo. Es a través del juego como herramienta de aprendizaje donde el niño va a realizar una actividad muy ligada con su propia experiencia diaria, además de motivadora.

Es en el caso del alumno con necesidades educativas especiales, también en el caso de aquellos con cuadros epilépticos pediátricos, donde el juego plantea unos beneficios ligados a su desarrollo.

La propuesta que se defiende en este artículo parte de una idea integradora del juego en la actividad educativa diaria, utilizando el mismo como vehículo motivador entre el nivel de desarrollo del alumno y sus potencialidades para construir aprendizajes que utilizará en su vida diaria.

## **2.-Las Encefalopatías Epilépticas dependientes de la edad.**

Partiendo de las características de las Encefalopatías Epilépticas podemos conocer su desarrollo y sus necesidades educativas especiales y plantear una respuesta educativa ajustada a través del juego.

El síndrome de West es un tipo de epilepsia catastrófica que aparece en los primeros meses de vida del niño y que puede alterar de forma sustancial su desarrollo.

Representa el 47% de las epilepsias que se pueden producir durante el primer año de vida (Caraballo R., Cersósimo R., Galicchio S. y Fejerman N., 1997, en Ruggieri V., 2004:252), siendo considerada la forma de epilepsia infantil más frecuente en el primer año de vida (Chevrie J.J., Aicardi J., 1977, en Campos-Castelló, 2005:55).

Las características diagnósticas del síndrome vienen definidas por un tríada sintomática, descrita por los siguientes aspectos (Arcas J, 2005: 41): (1) Espasmos Infantiles, (2) EEG con trazado Hipsarrítmico, y (3) detención del proceso de maduración neurológica al inicio de las manifestaciones críticas. Esto supone un Retraso Psicomotor.

*“Los Espasmos Infantiles en el síndrome de West consisten en una breve contracción muscular que abarca tronco y extremidades, que puede ser en flexión, extensión o mixta”* (Fejerman N, 2005, en Ruggieri V. L.,

Caraballo R.H., Arroyo H.A., 2005:7). *“Los espasmos casi siempre implican contracciones en flexión y extensión”* (Fusco L., y Vigevano F., 1993, en Ruggieri V. L., Caraballo R.H., Arroyo H.A., 2005:7).

La Hipsarritmia es *“una mezcla anárquica de ondas lentas de entre 1 y 7 Hz, de mucha amplitud y de ondas y puntas de amplitud, morfología, duración y topografía variable pero que generalmente aparecen de manera continuada o paroxística”* (Campos – Castelló J., 2001:860-866). Está responde a un patrón Electro EEG característico del síndrome.

Las causas del síndrome se manifiestan de tres formas: Genéticos, metabólicos/ estructurales y causa desconocida (ILAE, 2005-2009:20). Cuando la causa es de carácter sintomático, es decir, debida a causas genéticas o metabólico- estructurales, suele presentar la cara más afectada del síndrome teniendo mejor pronóstico aquellas que no presentan una causa conocida.

Este síndrome, no es la única forma de epilepsia infantil, existen otros cuadros muy parecidos con claras diferencias desde el punto de vista clínico y médico, pero que responden a unas necesidades educativas especiales similares. Los más comunes son el síndrome de Lennox-Gastaut, el síndrome de Dravet- Dalla Bernardina y las Encefalopatías Mioclónicas Neonatales (Síndrome de Ohtahara y Aicardi).

El síndrome de Lennox- Gastaut es la segunda forma de epilepsia infantil más común. Presenta una tríada sintomática caracterizada por los siguientes aspectos (Gastaut, H, Roger, J., Soulayrol, R., Tassinari, C., Regis, H., Dravet, C., Bernard, R., Pinsard, N., Saint-Jean, M. 1966, en Campos-Castelló, 2005:58): (1) Presencia de varias crisis epilépticas, (2) Trazado EEG intercrítico con descargas de punta - onda lenta inferiores a 3 Hz., y (3) Deterioro neuropsicológico progresivo.

Dentro de este síndrome encontramos cinco tipos de crisis epilépticas: crisis tónicas axiales (17-92%), crisis atónicas (26-56%), ausencias atípicas (20-65%), crisis mioclónicas y estado epiléptico más convulsivo (Campos- Castelló J., 2005:59-60).

El Síndrome de Dravet - Dalla Bernardina se inicia en el primer año de vida. El niño sigue un desarrollo normal hasta la aparición de un trastorno convulsivo grave. La secuencia electroclínica se separa en tres periodos: 1. Fase Febril; 2. Fase catastrófica y 3. fase secuelar (Lambarri - San Martín I., Garaizar - Axpe C., Zuazo-Zamalloa E., Prats - Viñas J.M. 1997, en Campos - Castelló, J., 2001:863). Su causa es Genética y produce un gran deterioro cognitivo (C.I.< 50), motor y conductual (Campos - Castelló, 2001:863).

Dentro de las Encefalopatías Mioclónicas Neonatales encuadramos dos síndromes epilépticos que tienen su inicio en el periodo neonatal o en los primeros tres meses de vida (Nieto Barrera M., 2005:69). De esta categoría encontramos dos formas de epilepsia: la Encefalopatía Mioclónica Precoz de Aicardi-Goutières y la Encefalopatía Epiléptica Infantil Precoz o síndrome de Ohtahara. La diferencia entre estas dos formas de presentación epiléptica son muy sutiles desde el punto de vista

clínico, pero muy similares en sus manifestaciones. En cualquiera de los casos aparecen retrasos cognitivos y psicomotores muy graves.

### CUADRO 1

#### Incidencia de las Encefalopatías Epilépticas dependientes de la edad

Cuadros epilépticos	Incidencia
<b>Síndrome de West</b>	entre 1/ 1.900 a 6.000 según autores con un leve predominio de varones a razón de 1,5:1 (Campos-Castelló J.,2001: 55)
<b>Síndrome de Lennox - Gastaut</b>	0,1/100.000 habitantes, presentando una prevalencia del 5-10%, debido a la resistencia a los fármacos. Representa el 1% de todas las epilepsias
<b>Síndrome de Dravet - Dalla Bernardina</b>	1/20.000-40.000 de la población general (Campos - Castelló, 2001:860-866) representando un 7% de las epilepsias de inicio entre los tres primeros meses de vida y entre el 11,3- 44,4% de las epilepsias mioclónicas (Campos - Castelló, 2001:860-866)
<b>Síndrome de Ohtahara</b>	2,39/100.000 habitantes (Martínez Bermejo A., Roche C., López Martín V. y Pascual Castroviejo I., 1995:297-300)
<b>Síndrome de Aicardi - Goutières</b>	

Elaboración Propia. Fuente: diversos estudios sobre Epilepsia. (Campos-Castelló J.,2001: 55 ; Campos - Castelló, 2001:860-866; Martínez Bermejo A., Roche C., López Martín V. y Pascual Castroviejo I., 1995:297-300)

El desarrollo de estos alumnos va a depender de una serie de factores, tales como el tipo de lesión neurológica, la edad de aparición de las crisis, la duración de las mismas, el tipo de crisis y su localización. De esta forma conocemos que cuando existe una lesión que se produce tanto en la génesis como en la formación del sistema nervioso, la afectación cognitiva es mayor. Por otra parte, si las crisis comienzan en edades inferiores a 5 años existe menor rendimiento Cognitivo (O'Learly et al.,1983, en Archila, R., 2000: 382).

Si tenemos en cuenta los procesos psicológicos básicos, los alumnos con epilepsias muestran estos tres tipos de trastornos: tipo memoria reciente, tipo déficit de atención y tipo respuesta lenta (Aldenkamp, 1990, en Archila, R., 2000: 384).

Se ha obtenido datos que contemplan que por debajo del déficit memorístico en las epilepsias, existen serias dificultades en la nominación, la planificación y la organización (Mayeux R, Brandt J., Rosen J. Benson D.F., 1980, en Mauri-Llerda J.A., Pascual-Millán L.F.,Tejero-Yuste C., Iñiguez C., Escalza-Cortina I., Morales-Asín, 2001:79).

En relación con el área Comunicativo - Lingüística, existe una relación entre las disfasias del desarrollo y la epilepsia pueden deberse a los siguientes factores: (1) asociación fortuita, (2) consecuencias independientes de una misma causa y (3) la epilepsia como responsable del trastorno del lenguaje de dos formas. La primera con una forma crítica y transitoria, y la segunda, con forma constante, lo que conocemos como Afasia epiléptica, denominada Síndrome de Landau-Kleffner (SLK) (Herranz J.L., 2007: 43-45).

En el área afectivo-social, los alumnos con epilepsia suelen mostrar un autoconcepto desajustado y una baja autoestima de igual forma que baja tolerancia a la frustración.

Los niños con síndromes epilépticos *"tienen mayor riesgo de presentar alteraciones emocionales que la población no epiléptica (...) entre el 20-35% presenta desajustes psicopatológicos"* (Portellano J.A., 2008:174).

En último lugar, en referencia al área motora, la limitación características de los síndromes epilépticos es el retraso psicomotor.

Teniendo en cuenta estas características del desarrollo podemos identificar las siguientes necesidades educativas especiales de los alumnos con Encefalopatías Epilépticas (Del Toro Alonso V. 2012: 292): la necesidad de experimentar para facilitar la generalización y la consolidación de aprendizajes, de manejar mecanismos básicos para favorecer la anticipación a través de un entorno predecible, aprendizajes manipulativos, la estructuración de tareas y apoyos visuales y verbales, de desarrollar los procesos psicológicos básicos, tales como la atención, la memoria y la percepción, y superiores como la abstracción, la asociación, el razonamiento y la planificación, de aumentar la intención comunicativa y manejar un código lingüístico útil y funcional que desarrolle la representación, la comprensión y la expresión, de adquirir una mayor autonomía personal y social en el entorno conocido, de vivir experiencias que le proporcionen un adecuado autoconcepto y autoestima y de recibir una adecuada estimulación psicomotriz que le permita aumentar su autonomía personal.

## **2.-El Juego en alumnos con necesidades educativas especiales.**

El Juego es una herramienta muy importante para el niño ya que le permite la generalización de aprendizajes vitales. En el caso de los alumnos con necesidades educativas especiales puede ser un instrumento ideal para la mejora de su desarrollo.

*"Jugar es una disposición innata que provoca reacciones espontáneas bajo la influencia de estímulos adecuados"* (Decroly, O. 1914, en Almonacid, V. y Carrasco, M.J. 1989. Cap.2).

Un aspecto a resaltar sobre el juego, es como se desarrolla. Son muchas las teorías que proponen o sistematizan el desarrollo del juego. En este artículo, vamos a detallar dos de ellas por su importancia a la hora de proponer con claridad una evolutiva del juego. En primer lugar, la teoría de Jean Piaget (1945) parte de la base que la inteligencia constituye la

herramienta a través de la cual el niño se puede desarrollar con el entorno y desde este punto de vista, el juego se consolida como una actividad que permite esa relación. En segundo lugar, la teoría de Vygotsky L.S. (1935) en la que expone que el juego es de carácter social y su punto más característico es la creación de una situación ficticia. Desde la primera teoría se expone la siguiente evolución del juego:

**CUADRO 2**  
**Evolución del Juego desde la Teoría de Piaget**  
**(Piaget, 1959:125-145)**

<b>Tipos de Juego</b>	<b>Estadios</b>	<b>Características</b>
<i>Juegos Sensoriomotores o de ejercicio (0-2 años)</i>	Estadio 1	Reflejos (1º mes de vida)
	Estadio 2	Reacciones circulares primarias: repetición continua de lo causal, hecho del cual se va a generar el juego (1-4 meses).
	Estadio 3	Reacciones circulares secundarias: comienza el juego a través de la imitación sistemática.
	Estadio 4	Coordinación de esquemas secundarios: se producen dos novedades: (8-12 meses) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplica esquemas conocidos a situaciones nuevas.</li> <li>• la movilidad de los esquemas producen gran cantidad de combinaciones lúdicas.</li> </ul>
	Estadio 5	Reacciones circulares terciarias: aumenta la imitación pero no hay simbolismo (12-18 meses)
	Estadio 6	Salto del juego motor al juego simbólico. El niño juega a "hacer como si".
<i>Juego Simbólico (2-7 años)</i>	Apogeo	Proyección de esquemas de imitación sobre esquemas nuevos.
	Declinación	El niño se acerca a lo real y el símbolo pasa a ser pura representación imitativa.
<i>Juego de Reglas (7-12 años)</i>	Motor Individual (2-5 años)	Juego individualizado carente de reglas colectivas
	Egocéntrico (2-6/7)	Recibe del exterior las reglas.
	Cooperación naciente (7-11 años)	Empieza a tener en cuenta al otro es el momento en el que se pretende la unificación de las reglas.

	Codificación de las reglas (>11-12 años)	Las reglas son minuciosas y conocidas por todos los integrantes.
--	------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

Elaboración propia. Fuente: Piaget, 1959:125-145.

Por otra parte, vamos a aportar la concepción de Vygotsky en relación con el juego y sobre todo el concepto de Zona de Desarrollo Próximo (ZDP). Desde sus propuestas se desprende que la base del juego no está en el placer sino que este ofrece al niño una fuente de deseo en el que se subordina a las normas.

*"El niño ve la actividad de los adultos que le rodean, imita, la transforma en juego y en el juego adquiere relaciones sociales fundamentales y pasa la escuela de su futuro desarrollo social"* (Vygotsky, 1933:141).

Desde esta cita podemos entender la importancia del juego en el desarrollo del alumno. En este momento, interviene la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) desde la cual el juego se propone como un elemento desencadenador del desarrollo del niño (Vygotsky, 1933:133). De esta forma, en el desarrollo real del niño, la acción domina al significado, en cambio en el juego, es la acción quien se subordina al significado (Vygotsky, 1933:146).

Dentro del desarrollo del juego destacamos la importancia del Juego simbólico. Para que éste se construya, es necesario el desarrollo previo de la función simbólica o semiótica, que se puede entender como *"la capacidad de imaginar y recordar situaciones, objetos, animales o acciones sin que estén presentes en ese momento ni sean percibidos por los sentidos"* (Ruiz de Velasco A. 2010:133).

En la base cognitiva del juego simbólico encontramos una serie de mecanismos que permiten al niño acceder a aspectos tan necesarios como el simbolismo, la intencionalidad y el entendimiento de deseos y creencias en él mismo y en los demás.

Aquí surge el concepto de la Teoría de la Mente que *"es un subsistema cognitivo, adaptativo y profundo, dedicado a atribuir, inferir, predecir y comprender estados mentales en el curso de interacciones dinámicas"* (Rivière A., 1993 en Rivière A., 2002:3).

El Juego simbólico podría ser considerado como una primera manifestación de la línea de desarrollo que lleva a la teoría de la mente hacia los cuatro años de edad. En el caso de alumnos con necesidades educativas especiales, pueden aparecer dificultades para desarrollar el juego simbólico, sobre todo en trastornos del neurodesarrollo.

Atendiendo a estas dos propuestas del desarrollo, se fundamenta este estudio que persigue delimitar las características del juego en la población de alumnos con Síndrome de West y otras Encefalopatías Epilépticas.

Los juegos más indicados para los niños con síndrome de West son aquellos que favorecen y estimulan las diferentes áreas del desarrollo:

**CUADRO 3**  
**Juegos para alumnos con Síndrome de West y afines.**

Áreas del desarrollo	Tipos de Juegos
Área Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juegos que desarrollan la memoria</li> <li>• Juegos que fomenten la atención sostenida y selectiva.</li> <li>• Juegos que desarrollen la planificación y ejecución de respuestas.</li> </ul>
Área Motora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juegos que desarrollen la manipulación.</li> <li>• Juegos que desarrollen la deambulaci3n.</li> </ul>
Área Comunicativo-Lingüística	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juegos que fomenten las pautas de referencia conjunta.</li> <li>• Juegos que desarrollen el manejo de símbolos.</li> <li>• Juegos que estimulan la intenci3n comunicativa y una comunicaci3n funcional.</li> </ul>
Área afectivo- Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juegos que fomenten el placer por el movimiento.</li> <li>• Juegos atractivos que aumenten la motivaci3n.</li> <li>• Juegos comprensibles y predecibles que faciliten el manejo de normas y reglas.</li> </ul>

Elaboraci3n Propia: En Del Toro Alonso, 2012:329

### **3.-Delimitaci3n del problema de estudio.**

Este estudio va dirigido a conocer las características fundamentales del desarrollo del juego en los alumnos con Encefalopatías Epilépticas.

En cuanto a la metodología empleada, la técnica utilizada es el Cuestionario, cuyo objetivo es la recopilaci3n de informaci3n relacionada con el desarrollo y los hábitos utilizados en el juego de la poblaci3n seleccionada.

A partir de los problemas de estudio surgen las siguientes *Hipótesis de trabajo*:

- Existe mayor número de alumnos con Encefalopatías Epilépticas que no desarrollan el juego simbólico.
- Existen diferencias significativas en el desarrollo del juego entre la muestra de alumnos con Encefalopatías Epilépticas y la poblaci3n normalizada.



- Existe mayor número de alumnos con Encefalopatías Epilépticas que prefieren juguetes sensoriales.

### 3.1.-Metodología del Trabajo.

Los diferentes elementos que conforman este estudio son: El *Universo* del estudio es la población de alumnos con Encefalopatías Epilépticas, además de aquella de alumnos sin ningún tipo de discapacidad. La *Población* son los alumnos con Encefalopatías Epilépticas asociados a la Fundación Síndrome de West y aquellos que están escolarizados en el C.E.E. "Miguel de Unamuno" de Móstoles, Madrid y la E.I. "Trébole" de la localidad de Navalcarnero, Madrid. La *Muestra* son los 60 niños con Encefalopatías Epilépticas dependientes de la Edad de la Fundación Síndrome de West, el C.E.E. "Miguel de Unamuno" de Móstoles (Madrid) y la E.I. "Trébole" de la localidad de Navalcarnero (Madrid), además de los 65 niños sin discapacidad del C.E.I.P. Francisco de Orellana de Arroyomolinos, Madrid, la E.I. "Campanilla" de Arroyomolinos, Madrid y la E.I "Barco de Papel" de Navalcarnero, Madrid.

El *Tipo de muestreo* realizado es *No Probabilístico e Intencional u opinático*, ya que la muestra contiene y reúne unas características específicas dadas por el tipo de población, su localización en unos centros determinados donde se utiliza el juego como herramienta de intervención.

Este estudio tiene un carácter descriptivo. En una investigación de este tipo no se manipula ninguna variable. Se limita a observar y describir los fenómenos (Bisquerra R., 2000:65). Este se sustenta principalmente en la observación que se realiza en un ambiente natural de aparición de los fenómenos (Bisquerra R., 2000:123).

Además, en este trabajo también se realiza un estudio relacional entre dos grupos. El primero formado por 60 alumnos con Encefalopatías Epilépticas con edades comprendidas entre 0 y 21 años y un segundo grupo formado por 65 alumnos sin discapacidad y en situación de normalización académica, con edades comprendidas entre 0 y 8 años.

La selección de la edad en los dos grupos corresponde a un criterio evolutivo, debido a que mientras el segundo grupo adquiere el juego de reglas (como juego más evolucionado) dentro del desarrollo planteado antes de la finalización del primer ciclo de Educación Primaria, la muestra de alumnos con Encefalopatías Epilépticas puede o no adquirirlo. Por este motivo el margen de edad es mayor.

La *metodología* utilizada es *No Experimental*, y el tipo de diseño *Ex – post–facto* ya que las variables utilizadas poseen valor antes de la investigación.

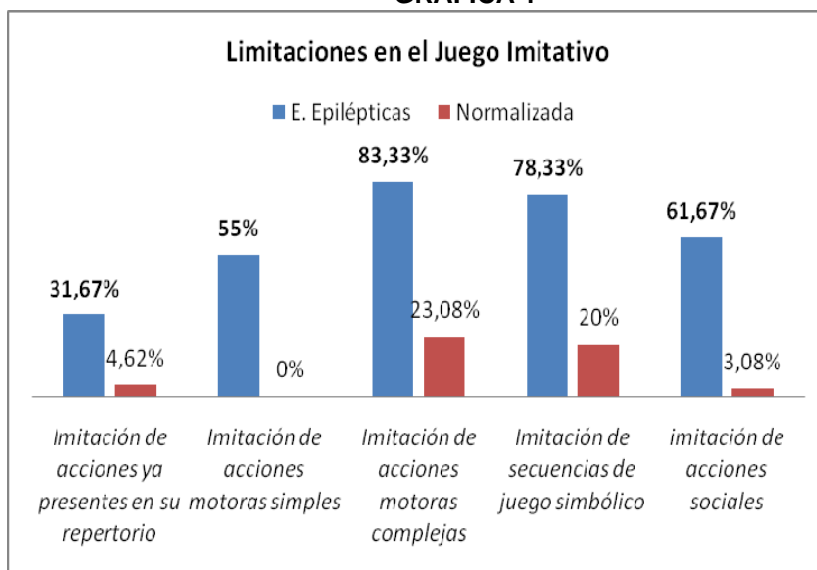
Para la *recogida de los datos* se ha utilizado un *Cuestionario* que ha pasado por un juicio de expertos. En este paso se han realizado 15 correcciones por parte de distintos profesionales tanto de la comunidad educativa como del ámbito universitario para construir una herramienta con la mayor objetividad posible.

Las variables utilizadas corresponden con una sistematización del desarrollo del juego, que engloba los distintos tipos de juego a realizar por el alumno (Juego imitativo, manipulativo, funcional, simbólico y de reglas). Por otra parte, se ha introducido el tipo de juguete utilizado como variable, para conocer las preferencias en cada uno de los dos grupos. Para su clasificación nos hemos apoyado en el sistema ESAR.

### 3.2.-Resultados:

- En relación con el Juego Imitativo, el **31,67%** de la muestra de alumnos con Encefalopatías Epilépticas presentan dificultades para realizar imitaciones ya presentes en su repertorio, frente al **4,62%** de la muestra normalizada ( $p < 0,0006$ ). El **55%** del primer grupo para realizar imitaciones motoras simples, frente al **0%** de la muestra normalizada ( $p < 0,0006$ ). El **83,33%** del primer grupo para realizar imitaciones motoras complejas, frente al **23,08%** de la muestra normalizada ( $p < 0,0006$ ). El **78,33%** del primer grupo para imitar secuencias de juego simbólico, frente al **20%** de la muestra normalizada ( $p < 0,0006$ ) y el **61,67%** del primer grupo para la imitación de acciones sociales, frente al **3,08%** de la muestra normalizada ( $p < 0,0006$ ).

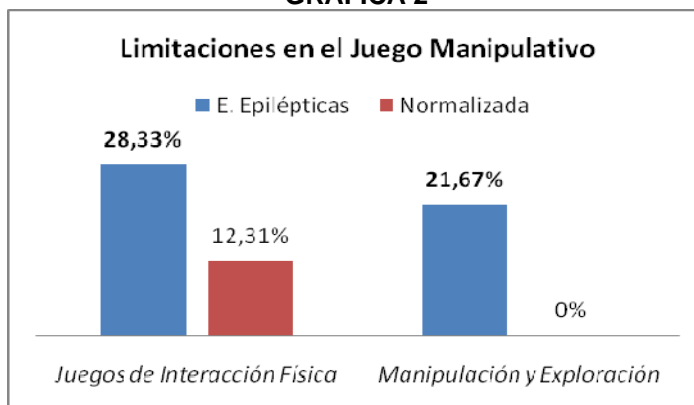
GRÁFICA 1



- En el Juego Manipulativo, el **28,33%** de los alumnos con Encefalopatías Epilépticas presentan dificultades para realizar los denominados juegos de interacción física, frente al **12,31%** de la muestra normalizada. En este caso no existen diferencias

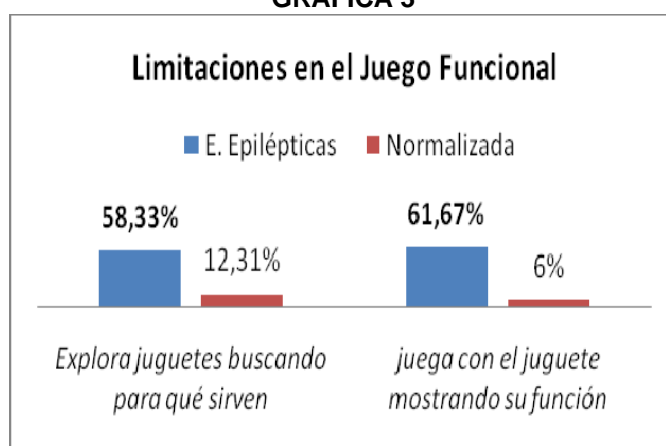
significativas entre los dos grupos ya que el "p" valor en Chi cuadrado es mayor a 0,05, concretamente  $p= 0,1512$ . Por otra parte, el **21,67%** de los alumnos con Encefalopatías Epilépticas presentan dificultades para la manipulación y exploración de objetos, frente al **0%** de la población normalizada ( $p<0,0006$ ).

**GRÁFICA 2**



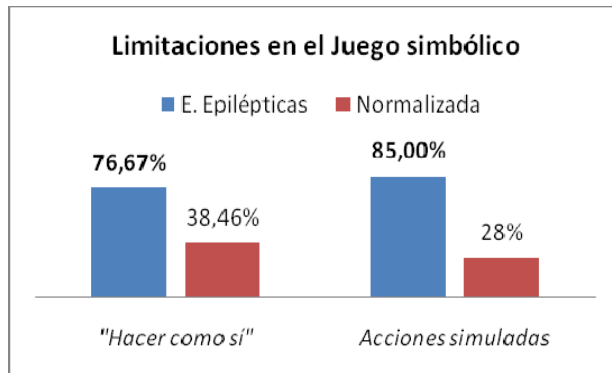
- En el Juego Funcional, el **58,33%** de la muestra de alumnos con Encefalopatías Epilépticas no realizan correctamente la búsqueda de funciones de objetos no conocidos, frente al **12,31%** de la muestra normalizada ( $p<0,0006$ ) y el **61,67%** del primer grupo plantean dificultades para mostrar la función de objetos conocidos, frente al **6,15%** de la población normalizada ( $p<0,0006$ ).

**GRÁFICA 3**



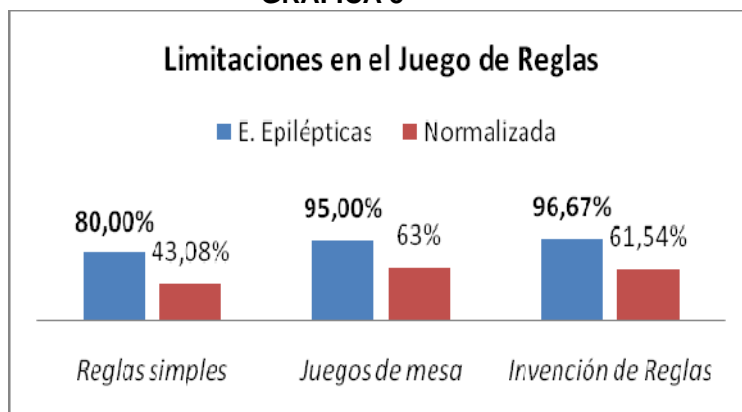
- En referencia al Juego Simbólico, se observa que el **76,67%** de estos alumnos con Encefalopatías Epilépticas presentan dificultades para realizar juegos de "hacer como sí" frente al **38,46%** de la población normalizada ( $p < 0,0006$ ) y el **85%** del primer grupo para participar en juegos donde se realizan acciones simuladas, frente al **27,69%** de la población normalizada ( $p < 0,0006$ ).

**GRÁFICA 4**



- En el Juego de Reglas, se muestra que el **80%** de los alumnos con Encefalopatías Epilépticas no juega a juegos de reglas simples, frente al **43,08%** de la población normalizada ( $p < 0,0006$ ), el **95%** del primer grupo no juega con juegos de mesa, frente al **63,08%** de la muestra normalizada ( $p < 0,0006$ ), y el **96,67%** de la muestra de alumnos con Encefalopatías Epilépticas presentan serias dificultades para inventar nuevas reglas dentro de un juego conocido, frente al **61,54%** de la muestra sin discapacidad ( $p < 0,0006$ ).

**GRÁFICA 5**

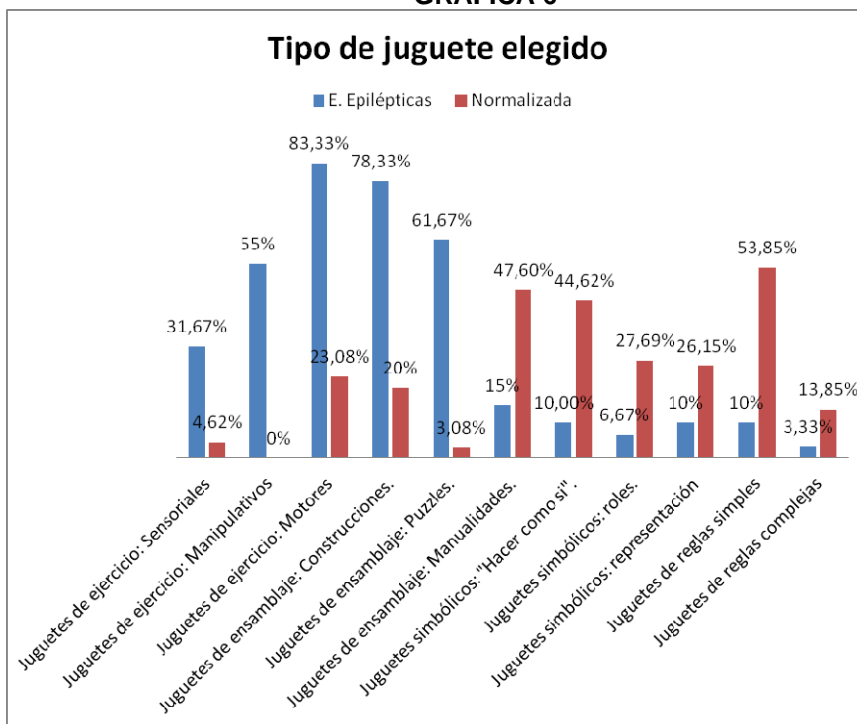


- Teniendo en cuenta la elección de juguetes, el **85%** de la muestra de alumnos con Encefalopatías Epilépticas eligieron juguetes

sensoriales frente al **50,77%** de los alumnos de la población sin discapacidad ( $p < 0,0006$ ), el **71,67%** del primer grupo se decidieron por juguetes manipulativos frente al **78,46%** ( $p = 2,3770$ ), lo que implica que no existe diferencia significativa entre ambos grupos en relación con este tipo de juegos y el **30%** del primer grupo se decantaron por juguetes motores frente al **64,62%** del segundo grupo ( $p < 0,0006$ ), todos ellos dentro de la modalidad de juguetes de ejercicio.

- Si atendemos a los juguetes de ensamblaje, el **16,67%** del grupo de alumnos con Encefalopatías Epilépticas eligieron construcciones frente al **61,54%** del grupo sin discapacidad ( $p < 0,0006$ ), el **21,67%** del primer grupo eligieron puzzles frente al **50,77%** de los alumnos en situación normalizada ( $p < 0,0042$ ) y el **15%** de los alumnos con Encefalopatías Epilépticas eligieron juguetes relacionados con manualidades frente al **47,6%** del segundo grupo ( $p < 0,0006$ ).
- En la categoría Juguetes de carácter simbólico, el **10%** de los alumnos con Encefalopatías Epilépticas eligieron juguetes de "hacer como sí" frente al **44,62%** de los alumnos sin discapacidad ( $p < 0,0006$ ), el **6,67%** del primer grupo eligió juguetes de roles frente al **27,69%** de los alumnos en situación normalizada y el **10%** de los alumnos con Encefalopatías Epilépticas se decantaron por juguetes de representación frente al **26,15%** del segundo grupo ( $p = 0,1194$ ), lo que supone que no existe relación significativa entre los dos grupos para esta variable.
- Teniendo en cuenta los juguetes de reglas, el **10%** de la muestra de alumnos con Encefalopatías Epilépticas eligieron juguetes de reglas simples frente al **53,85%** del segundo grupo ( $p < 0,0006$ ) y el **3,33%** del primer grupo se decidieron por juguetes de reglas complejas frente al **13,85%** de los alumnos sin discapacidad ( $p = 0,2292$ ), lo que supone que no existe relación significativa entre los dos grupos para esta variable.

**GRÁFICA 6**



### 3.3.-Conclusión.

A modo de **conclusión** y una vez realizado el correspondiente análisis de datos, podemos afirmar que *la mayoría de alumnos con Encefalopatías Epilépticas de la muestra, presenta limitaciones importantes para desarrollar el juego simbólico, que el desarrollo del juego en niños con Encefalopatías Epilépticas presenta diferencias significativas con los alumnos de la población que no presenta ningún tipo de discapacidad, principalmente en el juego de imitación, el juego funcional, el juego simbólico y el juego de reglas, y que existe una mayor utilización de juguetes de ejercicio por parte de los alumnos con Encefalopatías Epilépticas, siendo el tipo de juguete más elegido dentro de esta categoría el juguete sensorial.*

En el trabajo directo con los niños/as con Encefalopatías Epilépticas, la estimulación del juego proporciona mejoras en el desarrollo en las áreas cognitiva, comunicativo-lingüística, psicomotriz y afectivo-social, además de perseguir el fomento y desarrollo de capacidades, destrezas, habilidades y valores.

#### 4.-Bibliografía.

- Árcas, J. (2005). Espasmos Infantiles: Síndrome de West. En Fundación Síndrome De West (2011). *Presente y futuro de los síndromes epilépticos pediátricos*. Fundación Ramón Areces.
- Almonacid, V., y Carrasco, M.J. (1989). *El juego en los niños ciegos y deficientes visuales*. ONCE. Madrid.
- ARCHILA, R. (2000). Epilepsia y Trastornos del Aprendizaje. VIII Congreso anual de la AINP. *Rev Neurol* (2000); 31 (4): 382 - 388.
- Bisquerra, R. (2000). *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: CEAC.
- Campos–Castelló, J. (2001). Estrategia terapéutica de las encefalopatías severas. *Rev Neurol* 2001;32 (9):860-866.
- Campos – Castelló, Jaime (2005). Encefalopatías Epilépticas Edad-Dependientes. En FUNDACIÓN SÍNDROME DE WEST (2011). *Presente y futuro de los síndromes epilépticos pediátricos*. Fundación Ramón Areces.
- Herranz, J.L. (2007). Repercusión Cognitiva en las Epilepsias precoces. *Rev Neurol* 2007;44 (Supl. 13): S43- S45.
- ILAE (2005-2009).Informe de la comisión de la ILAE sobre Clasificación y terminología. En FUNDACIÓN SÍNDROME DE WEST (2011). *Presente y futuro de los síndromes epilépticos pediátricos*. Fundación Ramón Areces.
- Mauri, J.A., Pascual, L.F., Tejero, C., Iñiguez,C., Escalz, I., Morales, F. (2001). Alteraciones neuropsicológicas en epilepsia. *Rev Neurol* 2001;32 (1):77-82.
- Nieto, M. (2005). *Encefalopatías Epilépticas Neonatales con Paroxismos supresión: Síndrome de Dravet*. En FUNDACIÓN Síndrome De West (2011). *Presente y futuro de los síndromes epilépticos pediátricos*. Fundación Ramón Areces.
- Piaget, Jean (1961). *La formación del símbolo en el niño*. México: Fondo de Cultura Económica..
- Portellano, J.A. (2008). *Neuropsicología infantil*. Madrid: Edit. Síntesis.
- Rivière, Á. (2002). *Obras Escogidas*. Volumen III. Metarrepresentación y Semiosis. Cap. 2. Madrid: Panamericana.
- Ruiz, A. (2010). *Elaboración de un modelo didáctico para el estudio y desarrollo de la función simbólica durante el primer año de vida*. Tesis Doctoral. UNED. Dpto. de Didáctica, Organización Escolar y Didácticas Especiales.
- Ruggieri, V.L., Caraballo, R.H. y Arroyo, H.A. (2005). *Temas de Neuropediatría: Homenaje al Dr. Natalio Fejerman*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Ruggieri, V.L. (2004). Epilepsias de comienzo en la lactancia y la infancia temprana. *Rev Neurol*, 2004; 39 (3): 251-262.

Del Toro, V. (2012). *El Juego en alumnos con necesidades educativas especiales: síndrome de West y otras Encefalopatías Epilépticas*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

Vygotsky, Lev V. (1978). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Edit. Crítica.

---

### **Sobre el Autor:**

#### **Dr. Víctor del Toro Alonso.**

Doctor en Pedagogía por la Universidad Complutense de Madrid con la Tesis Doctoral "El juego en alumnos con necesidades educativas especiales: síndrome de West y otras Encefalopatías Epilépticas". Dirigida por la Dra. Pilar Gútez Cuevas y codirigida por la Dra. Castellar López Guinea.

Licenciado en Psicopedagogía (Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle, centro concertado con La Universidad Autónoma). Diplomado en Magisterio Educación Especial (Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle, centro concertado con La Universidad Autónoma).

Postgrado "Experto en Atención Temprana" (Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle, centro concertado con La Universidad Autónoma).

Diploma de Estudios Avanzados (DEA) en la Universidad Complutense de Madrid (2010). "El juego simbólico en niños/as con síndrome de West y afines".

Experiencia Profesional:

Asesor Pedagógico de la Fundación Síndrome de West y Afines.

Terapeuta de Juego en la Fundación síndrome de West.

Maestro de Pedagogía Terapéutica . Cuerpo de Maestros de la Comunidad de Madrid:

- ✓ I.E.S. José Saramago, Arganda del Rey (Madrid). Curso 2012-2013.
- ✓ I.E.S. El Carrascal, Arganda del Rey (Madrid). Curso 2012-2013.
- ✓ Equipo de Atención Temprana de Navalcarnero (Madrid). Curso 2011-2012.
- ✓ C.E.I.P. Victoria Kent, Rivas Vacia-Madrid (Madrid). Curso 2010-2011.
- ✓ IES Luis de Góngora, Torrejón de Ardoz (Madrid). Curso 2009-2010.
- ✓ IES Ciudad Jaén (Madrid). Curso 2009-2010.
- ✓ IES Satafi, Getafe (Madrid). Curso 2009-2010.

C/ Almería nº 7 1º A. Arroyomolinos, Madrid.

Teléfono: 619401253.

**Contacto:** victordeltoro5@hotmail.com