

JUEGO SIMBÓLICO PARA PROMOVER EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE MENORES CON SINTOMATOLOGÍA NEUROLÓGICA

SYMBOLIC PLAY TO PROMOTE THE OCCUPATIONAL PERFORMANCE OF CHILDREN WITH NEUROLOGICAL SYMPTOMATOLOGY



Gema Tacón-Sánchez*
Terapeuta Ocupacional en la Asociación de Pais e Nais con Problemas Psico-Sociais. Universidade da Coruña. Facultade de Ciencias da Saúde. A Coruña, España.

Correo electrónico:
gemataconsanchez@gmail.com

*autora para correspondencia



Tatiana Germán-Abad
Terapeuta Ocupacional en Cefine Neurología. Profesora Facultade de Ciencias da Saúde; Universidade da Coruña. Facultade de Ciencias da Saúde. Coruña, España.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0565-210X>



Betania Groba
Doctora en Ciencias de la Salud y terapeuta ocupacional. Profesora Facultade de Ciencias da Saúde; Investigadora CITIC, grupo TALIONIS, Universidade da Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud. A Coruña, España.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5547-2337>

DeCS Terapia Ocupacional; Juego; Neuropatología; Infancia; Autonomía **Palabras clave:** Desempeño Ocupacional; Juego Simbólico; Sintomatología Neurológica; Infancia; Independencia **MeSH** Occupational Therapy; Play; Neuropathology; Childhood; Autonomy **Key words:** Occupational Performance; Symbolic Play; Neurological Symptomatology; Childhood; Independence

Objetivos: el objetivo es conocer si una intervención de terapia ocupacional basada en el juego simbólico es efectiva para promover el desempeño ocupacional de los menores con sintomatología neurológica.

Método: estudio piloto en un centro de rehabilitación neurológica utilizando el juego simbólico como recurso terapéutico con 8 menores con sintomatología neurológica durante 8 semanas. Se han empleado diferentes instrumentos de evaluación estandarizados para capturar la participación en el juego, el desempeño ocupacional e identificar y medir la consecución de objetivos. **Resultados:** se describe el desempeño del juego de las personas participantes y se observa una mejora estadísticamente significativa en la movilidad y función social tras la intervención. Hay una tendencia ligera de aumento en los dominios de actividades de la vida diaria y todos los menores alcanzaron, al menos, uno de los objetivos establecidos. **Conclusiones:** los participantes han mejorado su desempeño ocupacional y sus progenitores consideran que son más independientes. Se observa un aumento en la motivación de los menores para participar en ocupaciones y una disminución del apoyo proporcionado por los progenitores. No se puede generalizar que el juego simbólico sea efectivo como método de intervención al ser un estudio piloto, proponiéndose nuevas líneas de investigación para realizar estudios de mayor impacto.

Objective: The objective is to know if an occupational therapy intervention based on symbolic play is effective in promoting the occupational performance of children with neurological symptoms.

Method: Pilot study in a neurological rehabilitation center using symbolic play as a therapeutic resource with 8 children with neurological symptoms for 8 weeks. Different standardized assessment instruments have been used to capture participation in the game, occupational performance and identify and measure the achievement of objectives. **Results:** The game performance of the participants is described and a statistically significant improvement in mobility and social function is observed after the intervention. There is a slight upward trend in the PEDI-CAT and PEDI domains and all the children achieved at least one of the established objectives. **Conclusions:** The participants have improved their occupational performance and their parents consider that they are more independent. There is an increase in the motivation of the children to participate in occupations and a decrease in the support provided by parents. It cannot be generalized that symbolic play is effective as an intervention method as it is a pilot study, proposing new lines of research to carry out studies with a greater impact.

Texto recibido: 08/07/2022

Texto aceptado: 27/11/2022

Texto publicado: 30/11/2022

Derechos de autor



INTRODUCCIÓN

La sintomatología neurológica son los síntomas y signos físicos, cognitivos, emocionales y del comportamiento que se manifiestan en el sistema nervioso⁽¹⁾.

Este tipo de diagnósticos afectan a más de mil millones de personas en el mundo, de los cuales 6,8 millones mueren por esta causa⁽²⁾. Asimismo, esta sintomatología causa dificultad en el desempeño de sus ocupaciones diarias, lo que ocasiona situaciones de discapacidad o dependencia⁽³⁾.



COTOGA
COLEGIO OFICIAL
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DE GALICIA

En el año 2017 en España el 0,41% de la población con edades entre 0 y 14 años presentaban limitaciones significativas para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD) en los últimos 6 meses⁽⁴⁾. No hay datos recogidos sobre el número de menores de edad que presentan sintomatología o patología neurológica en la actualidad.

Puesto que la ocupación en la que los menores invierten la mayor parte de su tiempo es el juego, los profesionales socio-sanitarios lo emplean como intervención principal en la infancia⁽⁵⁾. El juego se define como «cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión»⁽⁶⁾.

Las teorías sobre el juego son numerosas, pero coinciden en considerar que el juego es el resultado de la interacción de las y los menores con el entorno y que presenta características comunes, como son el control interno, la motivación intrínseca y la evasión de la realidad dentro del juego⁽⁵⁾. Reilly definió el juego como una actividad necesaria en la infancia que ha de ser placentera y con motivación intrínseca⁽⁷⁾.

Además de ser una ocupación que genera diversión y motivación a la persona menor, el juego es fundamental para fomentar el desarrollo infantil: desarrollo motor, cognitivo, social y emocional^(5,8,9). Las y los terapeutas ocupacionales centran su intervención en la infancia en el juego como un medio (para promover la adquisición de habilidades o la participación en ocupaciones), como un fin (promover el juego en sí mismo) o como una combinación de ambos enfoques⁽¹⁰⁾.

Diversos autores y autoras han introducido clasificaciones o características del juego, como Piaget o Nancy Takata en función de su edad de desarrollo. Ambos autores coinciden en que las y los menores con edades entre 2 y 7 años, se encuentran en una etapa donde predomina el juego simbólico y de imaginación. Takata denominó esta etapa como simbólica constructiva simple (2-4 años) y simbólica constructiva compleja (5-7 años) y Piaget como estadio preoperacional^(11,12).

Este estudio se centra en el juego simbólico, caracterizado por la utilización de manera simbólica de los objetos, utilizándolos para simular otros que no están presentes o imaginar situaciones⁽⁹⁾. Proporciona una serie de beneficios para el desarrollo de la población infantil y para el desempeño de sus ocupaciones diarias: potenciación de la creatividad e imaginación, desarrollo del lenguaje, comprensión y asimilación del entorno y comprensión de los roles ocupacionales, entre otros⁽⁸⁾.

La evidencia muestra que el juego se ha investigado desde diferentes perspectivas y con diversas poblaciones. No obstante, existen pocos estudios que empleen el juego como recurso terapéutico en menores con sintomatología neurológica desde terapia ocupacional. El juego se ha utilizado para tres grandes propósitos con esta población: mejorar aspectos motores a través de juegos virtuales⁽¹³⁻¹⁵⁾, mejorar la función cognitiva y emocional⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ y el análisis y clasificación del propio juego⁽¹⁹⁾. El estudio del juego en menores con sintomatología neurológica como promotor de una participación autónoma en las ocupaciones diarias ha sido poco estudiado hasta el momento.

Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer si una intervención de terapia ocupacional basada en el juego simbólico es efectiva para promover el desempeño ocupacional y la participación de las y los menores con sintomatología neurológica en ocupaciones diarias.

MÉTODOS

Diseño

Estudio piloto analítico experimental longitudinal, con un único grupo que acudió a sesiones de terapia ocupacional centradas en el juego simbólico, comparando la situación de antes y después de la intervención respecto al desempeño ocupacional de las personas participantes en su vida diaria. Se desarrolló en un centro de rehabilitación neurológica situado en el área metropolitana de A Coruña, España

Se ha obtenido el informe favorable (2019/108) del Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia (CAEIG). Se realizó el proceso de consentimiento con las familias de las y los menores participantes. Asimismo, se prestó especial atención a cualquier comportamiento o verbalización de los menores, que pudiese indicar malestar o rechazo a la participación.



Participantes

La selección de la muestra se llevó a cabo a través de la técnica de muestreo discrecional. Dos profesionales del centro comprobaron que los menores cumplieren con los criterios de inclusión: presentar sintomatología neurológica, presentar dificultades en el desempeño de sus ocupaciones diarias y encontrarse en la etapa de juego simbólico según las teorías de Takata y Piaget.

Tabla 1 Características de los participantes del estudio

Niños	Edad ^a	Diagnóstico	Sexo	Puntuación PEDI-CAT ^b Inicial		
				Autocuidado	Movilidad	F. Social
N1	10	RM	Masculino	34	24	22
N2	7	SN	Masculino	32	39	28
N3	8	RM	Femenino	12	34	<10
N4	9	ER	Masculino	<10	<10	17
N5	6	TEA	Masculino	32	61	38
N6	2	RM	Femenino	32	16	17
N7	2	RPS	Femenino	47	40	47
N8	5	TEA	Masculino	36	62	49

Nota: RM = retraso madurativo; ER = enfermedad rara; SN = sintomatología neurológica; TEA: trastorno del espectro del autismo; RPS = retraso psicomotor; PEDI-CAT: Pediatric Evaluation of Disability Inventory - Computer Adaptive Test. ^a Las edades se expresan en años. ^b Puntuaciones <30 = dificultades significativas.

Participaron 8 menores con sintomatología neurológica, cuyas edades estaban comprendidas entre los 2 y 10 años ($6\pm 3,02$). Las características de las personas participantes se pueden observar en la Tabla 1. Para la adquisición de datos se requirió de la participación de las familias de las y los menores que conviviesen con ellos y pudiesen proporcionar información sobre el desempeño en sus ocupaciones diarias. El grupo de progenitores se conformó por 11 personas con edades comprendidas entre 33 y 48 ($41\pm 4,74$), siendo el 72,7% mujeres.

Procedimiento

El reclutamiento de participantes se realizó a través del centro colaborador. Se presentó el proyecto a las familias susceptibles de participación. Los participantes interesados contactaron con la terapeuta encargada del reclutamiento y se procedió a realizar una entrevista individual para solventar las dudas sobre el estudio y realizar el proceso de consentimiento informado.

En la evaluación inicial se administró el cuestionario sociodemográfico, las herramientas estandarizadas seleccionadas para el estudio y se establecieron dos objetivos para cada menor en colaboración con las familias.

La intervención consistió en sesiones individuales de terapia ocupacional basadas en el uso del juego simbólico como promotor de la participación de las y los menores en actividades de la vida diaria. Se realizó una sesión semanal de 60 minutos de duración durante 8 semanas. La planificación de cada sesión se realizó de manera individualizada en función de los objetivos establecidos con cada participante, teniendo en cuenta las prioridades de las familias y los intereses de las y los menores. Las sesiones de intervención se estructuraron en tres fases: (1) Fase de exploración: durante 15 minutos cada menor participaba en el juego libre, con el objetivo de explorar, escoger materiales y mostrar su motivación intrínseca en el juego; (2) Fase de juego simbólico: en los 35 minutos siguientes se promovió la participación en juegos simbólicos relacionados con los objetivos individuales de cada participante; (3) Fase de aplicación y generalización: los 10 últimos se emplearon para ofrecer *feedback* a los menores y tutores, así como formular los principios esenciales del aprendizaje realizado y su aplicabilidad a la vida diaria familiar. Esta fase se focalizó en involucrar a las familias de manera activa y promover la generalización de los aspectos abordados en la sesión en el contexto familiar. Se ha registrado la participación en el hogar basándose en las estrategias acordadas.

Finalmente, la última fase del estudio consistió en la reevaluación, en la que se administraron de nuevo las herramientas estandarizadas.

Instrumentos

La recogida de información se realizó a través de la administración de herramientas de evaluación estandarizadas en formato entrevista con las familias de las y los menores. Asimismo, se utilizó la observación participante a lo largo de toda la intervención.

Test of Playfulness

El *Test of Playfulness*⁽²⁰⁾(ToP) evalúa la conducta juguetona de las y los menores y aspectos del juego: motivación intrínseca, capacidad de decidir por sí mismo, suspensión de la realidad y marco del juego. En este estudio se ha empleado la versión 4, que consta de 31 ítems y se puede aplicar con población infantil con edades comprendidas entre los 6 meses y los 18 años⁽²⁰⁾. Esta herramienta permite evaluar el juego teniendo en cuenta tres dimensiones: la extensión (cantidad de tiempo), la intensidad (nivel de participación) y la

habilidad (facilidad en el desempeño). Se puede administrar a través de una grabación en video en su entorno natural o en el ámbito clínico.

Pediatric Evaluation of Disability Inventory

El *Pediatric Evaluation of Disability Inventory*⁽²¹⁾ (PEDI) permite conocer la capacidad de desempeño de las y los menores en los dominios de movilidad, autocuidado y habilidades sociales. El inventario está compuesto por 197 ítems y se administra en forma de entrevista a las familias de las personas participantes.

Pediatric Evaluation of Disability Inventory-Computer Adaptive Test

El *Pediatric Evaluation of Disability Inventory-Computer Adaptive Test*⁽²²⁾ (PEDI-CAT) se conforma por 276 ítems que permiten conocer el desempeño en los dominios de autocuidado, movilidad y habilidades sociales de infantes y/o jóvenes y compararlo con lo esperado para su edad cronológica⁽²²⁾. Las medidas estandarizadas muestran una media y desviación típica de 50 ± 10 para cada grupo de edad⁽²²⁾. Se administra en formato de entrevista con las familias.

Goal Attainment Scale

La *Goal Attainment Scale*⁽²³⁾ (GAS) evalúa a lo largo de la intervención el grado en el que las personas participantes alcanzan los objetivos establecidos, estableciéndose para cada objetivo 5 niveles de puntuación (en un rango que oscila de -2 a +2; siendo la puntuación 0 el nivel esperado). Los objetivos se establecen con las familias en una entrevista.

PEDI, PEDI-CAT y GAS se administraron al inicio y final de la intervención. ToP se administró únicamente al inicio de la intervención para ajustar el juego en la intervención.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se analizaron a través de la media, mediana, desviación estándar y cuartiles; y las variables cualitativas, a través de frecuencias y porcentajes. Para comparar las variables pre versus post de la intervención, se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, estableciendo el nivel de significación $p < 0,05$. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 21.

RESULTADOS

Juego

La media de la puntuación directa del ToP es de 108,75, oscilando entre 80 y 120, lo que indicaría que en general las y los menores tienen una conducta juguetona media (siendo la puntuación más frecuente de 120, la cual presentan la mitad de los menores). Al comparar los resultados de la participación en el juego con las medidas en función de la edad cronológica, los participantes obtuvieron puntuaciones en la media ($n=2$), superiores a la media ($n=4$) e inferiores ($n=2$).

Seis de los menores mantenían un nivel de motivación medio-alto durante el vídeo y todos mantenían un nivel de seguridad adecuado. El 50% participaron en juegos simbólicos, mientras que el 50% restante se decantó por otro tipo de juegos. El 50% realizaron juegos en solitario. Todos los que participaron en juego social compartían materiales y apoyaban el juego de otros. Al analizar los ítems se detectó que el aspecto en el que presentaban más dificultades de participación era en aquellos relacionados con la libertad para suspender la realidad ($0,91 \pm 0,96$) y con el marco de juego ($1,88 \pm 0,81$).

Desempeño ocupacional

A través de la PEDI se han registrado las frecuencias de los ítems al inicio y al final de la intervención, con el objetivo de detectar aquellos en los que las personas participantes presentaban mayor o menor dificultad. Se observó que las personas participantes tendían a tener dificultades en los mismos ítems: el uso de cubiertos, el cepillado de dientes de forma minuciosa, el vestido y desvestido, subir y bajar escaleras, participación en el juego y expresión de los pensamientos y sentimientos. La mayor parte de las personas participantes mejoraron su desempeño en estas ocupaciones tras la intervención.

La puntuación T del PEDI-CAT es aquella que tiene en cuenta el desempeño de las y los menores con respecto al desarrollo típico. Los resultados del PEDI-CAT (ver Tabla 3) reflejan que la mayor parte de las y los menores se encuentran, tanto al inicio como al final de la intervención, dentro de lo esperado para su edad, aunque por debajo de la media para cada dominio. Tras la intervención se ha reducido el porcentaje de participantes cuyo desempeño se encontraba por debajo de lo esperado para su edad, y, por lo tanto, aumentado el número de participantes que se encuentran dentro de su desarrollo típico en los dominios de movilidad y función social.

Las puntuaciones directas del PEDI-CAT (puntuación S) han permitido comparar únicamente si ha habido cambios en el desempeño de las y los menores, puesto que no se encuentran relacionadas con la edad. Se observa en la tabla 3 que la media inicial en los 3 dominios era inferior a la final, por lo que se advierte una tendencia a la mejora en el desempeño de las personas participantes.

El p-valor de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon refleja que ha habido una diferencia estadísticamente significativa en los dominios de movilidad y función social (tabla 4). Puesto que el p-valor en el dominio de autocuidado es mayor a 0,05 (0,096) no existen cambios estadísticamente significativos en este caso. Sin embargo, como el p-valor en los dominios de movilidad (0,026) y función social (0,040) es inferior a 0,05 se puede determinar que existe una diferencia significativa tras la intervención en dichos dominios.

Tal como se detalla, ha habido un aumento de la media en la evaluación final con respecto a la evaluación inicial en los tres dominios, especialmente en el de movilidad, siendo la media inicial 63,35 y la final de 65.

En la escala GAS se destaca que 7 menores han alcanzado los dos objetivos establecidos; mientras que el otro participante alcanzó un objetivo. Dos de las personas participantes han superado las expectativas en, al menos, uno de los objetivos, obteniendo una puntuación mayor a 0 según la escala GAS; mientras que cuatro, las han superado en ambos objetivos.

Para todas las personas participantes se ha establecido el nivel -2 de GAS como punto inicial del que partían cada uno de los menores.

Asimismo, se les ha dado la misma importancia a todos los objetivos planteados, siendo en todo momento la puntuación máxima, es decir 100. Por ello, según la fórmula descrita por Kiresuk et al.⁽²³⁾ en 1994 todos los menores parten de la misma puntuación, siendo ésta 25,19. La media aritmética de la puntuación GAS de todas las personas participantes al final de la intervención es 59,83 (siendo 74,81 la mayor y 37,59 la menor) y la desviación estándar 11,92. La prueba de los rangos con signo de Wilcoxon muestra que ha habido una diferencia estadísticamente significativa al final de la intervención, obteniendo un p-valor de 0,012.

Tabla 4 Medias, desviaciones estándar, medianas y cuartiles 1 (Q1) y 3 (Q3) de los 3 dominios de la PEDI-CAT antes y después de la intervención y p-valores de la prueba de los rangos con signo con Wilcoxon

Ítems	Evaluación Inicial		Evaluación Final		Prueba de Wilcoxon p-valor
	Media (DE)	Mediana (Q1-Q3)	Media (DE)	Mediana (Q1-Q3)	
Autocuidado	52,13 (4,22)	51 (49-55,75)	53 (4,07)	51,50 (49,25-57,50)	0,096
Movilidad	63,35 (9,23)	67 (49-55,75)	65 (9,71)	71 (57,25-72)	0,026*
Función Social	60,87 (4,70)	63,50 (55,50-64,75)	62,13 (3,94)	63,50 (58,25-65)	0,040*

Nota: DE = Desviación Estándar. * p-valor < 0,05.

Tabla 2 Resultados obtenidos en el ToP

Ítem ToP ^a	Media ^b	DE
Comprometido (E) ^{MI}	2,75	0,46
Decide (E) ^{CI}	2,25	0,89
Seguridad (E) ^{CI}	2,50	0,53
Travesura (E) ^{LSR}	0,25	0,46
Proceso (E) ^{MI}	2,63	0,74
Pretende (E) ^{LSR}	0,75	0,89
No convencional (E) ^{LSR}	0,75	0,71
Juego social (E) ^{CI}	2,40	0,89
Payasea (E) ^{LSR}	0,17	0,41
Señales (E) ^{MJ}	1,50	1,05
Comprometido (I) ^{MI}	2,38	0,92
Persiste (I) ^{MI}	2,00	0,93
Juego social (I) ^{CI}	2,20	0,45
Afecto (I) ^{MI}	2,00	1,07
Objetos (I) ^{CI}	2,63	0,52
Comprometido (H) ^{MI}	2,25	0,71
Modifica (H) ^{CI}	1,57	0,98
Travesura (H) ^{LSR}	1,25	0,50
Pretende (H) ^{LSR}	2,20	1,10
No convencional (H) ^{LSR}	1,80	0,84
Negocia (H) ^{CI}	1,57	0,98
Juego social (H) ^{CI}	2,20	0,45
Apoya (H) ^{CI}	2,20	0,45
Comparte (H) ^{CI}	2,60	0,55
Señales (H) ^{MJ}	1,67	0,52
Responde (H) ^{MJ}	2,00	0,89
Objetos (H) ^{CI}	2,63	0,52
Transita (H) ^{CI}	2,75	0,50

Nota: ToP = Test of Playfulness; DE = desviación estándar; E: extensión; I: intensidad; H: habilidad; MI: motivación intrínseca; CI: control interno; LSR: libertad de suspender la realidad; MJ: marco de juego. ^aAlgunos de los ítems fueron puntuados como "no aplicables"; como resultado los siguientes ítems fueron excluidos del análisis: **Entra (H)^{CI}, Inicia (H)^{CI} y Payasea (H)^{LSR}**. ^bLos ítems son puntuados del 0 al 3 valorando el grado de extensión, intensidad y habilidad. Elaboración propia 2022

Tabla 3 Puntuación T en la evaluación inicial (T1) y en la evaluación final (T2) de las personas participantes en los tres dominios de la PEDI-CAT.

Niños	Autocuidado		Movilidad		Función Social	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
N1	34	33	24	48	22	28
N2	32	36	39	43	28	32
N3	12	15	34	53	<10	<10
N4	<10	<10	<10	<10	17	17
N5	32	41	61	66	38	39
N6	32	36	16	20	17	28
N7	47	47	40	40	47	52
N8	36	37	62	64	49	47

Nota: Puntuaciones 30-70: desarrollo típico; Puntuaciones <30: por debajo de lo esperado para su edad cronológica; Puntuaciones > 70: por encima de lo esperado. Elaboración propia 2022

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio reflejan diferencias y similitudes con la evidencia existente. Se ha percibido que las y los menores que alcanzaron los objetivos y superaron las expectativas (un nivel GAS mayor a 0), han sido aquellos cuyas familias realizaban actividades en el domicilio basándose en la información de las sesiones. Aquellos casos en los que no se realizaron este tipo de actividades en el entorno natural, o bien no alcanzaron todos los objetivos o no superaron las expectativas. En el estudio de Ortiz-Calderón se muestran dificultades similares ya que los resultados muestran que los participantes presentan dificultades en la gestión de tiempo y, disminución de amistades debido a que han de pasar muchas horas en centros sanitarios⁽²⁴⁾.

Durante el estudio las familias referían no estar seguros sobre si sus hijos eran capaces o no de realizar algunas de las ocupaciones, puesto que tendían a realizarlas por ellos. Tras la intervención notaron que las y los menores tenían mayor interés por hacer las cosas e incluso rechazaban la ayuda ofrecida por ellos, siendo capaces de realizar muchas ocupaciones que antes hacían sus familias. Esto se refleja en otros estudios, como el de Giaconi et al. en el que explican que el miedo que tienen las y los progenitores por el futuro de sus hijos e hijas hace que «tiendan a sobreprotegerlos y, por tanto, muchas veces, a limitarlos»⁽²⁵⁾.

Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el dominio de autocuidado, las familias detectan una mejora en las ocupaciones relacionadas con el autocuidado: vestido de las prendas de arriba, higiene dental y lavado de manos, cara y cuerpo. PEDI-CAT es una herramienta que ha demostrado evaluar el desempeño ocupacional en la infancia y en la adolescencia; pero puede no ser sensible a cambios concretos de menor intensidad como los que muestran las personas participantes en este estudio. Sin embargo, el uso combinado del PEDI-CAT y GAS ha permitido detectar el incremento en la participación en ocupaciones de autocuidado de las y los menores.

La mayor parte de las familias comentaron que las y los menores acudían motivados, mostrando interés por saber qué días tenían lugar las sesiones y mostrando aflicción cuando iba a finalizar la intervención. Además, cuando les preguntaban qué habían hecho durante la sesión referían «haber jugado». Por ello, en este caso, se podría afirmar que el juego no solo permite que las y los menores se encuentren motivados ante la rehabilitación, sino que no la perciban como tal, lo que podría aumentar la cantidad de tiempo que participan activamente, tal y como explicaron previamente otros autoras y autores⁽⁵⁾.

Aunque la presente investigación ha mostrado resultados interesantes sobre el uso del juego como promotor de la independencia de las y los menores con sintomatología neurológica se considera importante realizar investigaciones futuras que incluyan una muestra mayor y grupo control.

Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio ha sido la duración del mismo, siendo complejo el trabajo de objetivos que implicasen la adquisición de hábitos y rutinas. De igual modo, la muestra con la que se contó finalmente fue reducida, por lo que no se pueden generalizar los datos obtenidos. La administración del ToP ha sido compleja ya que debido al poco tiempo del que se disponía para la realización el estudio no se pudo complementar los resultados de la herramienta con la observación directa en el entorno natural de las personas participantes.

Futuras líneas de la investigación

Aunque la presente investigación ha mostrado resultados interesantes sobre el uso del juego como promotor de la independencia de las y los menores con sintomatología neurológica se considera importante realizar investigaciones futuras que incluyan una muestra mayor y grupo control.

Aplicabilidad

El presente estudio sirve para comenzar a demostrar que una intervención basada en el juego simbólico puede ser efectiva para promover el desempeño ocupacional de las y los menores con sintomatología neurológica. Esta investigación puede emplearse como referencia para desarrollar nuevos estudios con una muestra mayor.

CONCLUSIÓN



Este estudio describe y apoya la implementación de una intervención de terapia ocupacional basada en el juego simbólico para promover la participación en ocupaciones cotidianas de las y los menores con sintomatología neurológica.

Las herramientas ToP, PEDI, PEDI-CAT y GAS han permitido conocer y comparar el desempeño ocupacional de las y los menores antes y después de la intervención.

Asimismo, el juego se erige como un elemento promotor de la participación cotidiana de las y los menores. Las familias de las y los menores perciben que el juego simbólico favorece que acudan a las sesiones de terapia ocupacional con mayor motivación, lo que se traslada al entorno natural, mostrando interés por realizar de forma independiente sus ocupaciones diarias.

Se necesitan estudios amplios para profundizar sobre los beneficios del juego en población infantil con este tipo de sintomatología.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen la participación de todos los niños y niñas, familias y al centro colaborador que han formado parte de la presente investigación. Las autoras declaran que no ha habido conflicto de intereses y que dicha investigación no ha recibido financiación.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

GTS, TGA y BGG han participado activamente en: concepción y diseño del trabajo, análisis de resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final. GTS se ha encargado, además, de la implementación de la intervención. TGA se ha encargado del reclutamiento de los participantes y de la recogida de datos inicial y final. BGG se ha encargado de la tramitación y solicitud del comité de ética.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional symptoms and signs in neurology: assessment and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 2005;76(Suppl 1):i2-i12. doi: 10.1136/jnnp.2004.061655
2. Bertolote JM. OMS | Los trastornos neurológicos afectan a millones de personas en todo el mundo: informe de la OMS [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2007 [citado el 22 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/02/27/neurociencia/1172592823.html>
3. ¿Qué es la Neurología? Sociedad Española de Neurología [Internet]. Barcelona: 2010 [citado el 22 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.sen.es/pdf/2010/que_es_la_neurologia.pdf
4. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Datos y gráficos en España. Diversidad Funcional. Infancia en datos [Internet]. Encuesta Nac Salud España; 2017 [citado el 27 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eu/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/LIMITACION_Y_DISCAPACIDAD.pdf
5. Blázquez Ballesteros MP, Mahmoud-Saleh Ucedo L, Guerra Redondo L. Terapia Ocupacional Pediátrica: Algo más que un juego. *TOG* [Internet]. 2015 [citado el 27 de junio de 2022]; 7(2):100-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5435165>
6. Jaramillo L, Próxima Z. Concepción de infancia. *Rev Inst de ES en Educ Univ Norte* [Internet]. 2007 [consultado el 23 de mayo de 2019]; 8: 1657- 2416.
7. Puerto Mojica YA, Bernal D, Sánchez K. Características del Área de Desempeño Ocupacional de Juego en Niños con Trastornos Mentales. *Umbral Científico* [Internet]. 2007:63-80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2387842>
8. Fernández García J, Pardo García AM. El juego y el desarrollo infantil. 1.a ed. Granada: K&L; 2010.
9. Gallardo López JA, Gallardo Vázquez P. Teorías sobre el juego y su importancia como recurso educativo para el desarrollo integral infantil. *Rev Educ Hekademos* [Internet]. 2018;24:41-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6542602>
10. Ramugondo E, Ferreira A, Chung D, Cordier R. A Feasibility RCT Evaluating a Play-Informed, Caregiver-Implemented, Home-Based Intervention to Improve the Play of Children Who Are HIV Positive. *Occupational Therapy International* [Internet]. 2018. doi:10.1155/2018/3652529
11. Viana Moldes I. Desarrollo Social y Juego Infantil. *Ter. Ocup. en la Infanc. Teoría y práctica*. 1a ed. Madrid: PANAMERICANA; 2008, p.57-77.



12. Rafael Linares A. Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky. 1.a ed. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona;2008
13. Kassee C, Hunt C, Holmes MWR, Lloyd M. Home-based Nintendo Wii training to improve upper-limb function in children ages 7 to 12 with spastic hemiplegic cerebral palsy. J Pediatr Rehabil Med [Internet]. 2017;145-54. doi:10.3233/PRM-170439.
14. Levac D, Rivard L, Missiuna C. Defining the active ingredients of interactive computer play interventions for children with neuromotor impairments: A scoping review. Res Dev Disabil [Internet]. 2011;214-33. doi:10.1016/j.ridd.2011.09.007.
15. Gabyzon ME, Engel-Yeger B, Tresser S, Springer S. Using a virtual reality game to assess goal-directed hand movements in children: A pilot feasibility study. Technol Heal Care [Internet]. 2016;11-9. doi:10.3233/THC-151041.
16. Bana S, Sajedi F, Mirzaie H, Rezasoltani P. The Efficacy of Cognitive Behavioral Play Therapy on Self Esteem of Children With Intellectual Disability. Iran Rehabil J [Internet]. 2017;15:235-49. doi:10.29252/nrip.irj.15.3.235.
17. Bharti B, Malhi P, Khandelwal N. MRI Customized Play Therapy in Children Reduces the Need for Sedation - A Randomized Controlled Trial. Indian J Pediatr [Internet]. 2015;83:209-13. doi:10.1007/s12098-015- 1917-x.
18. Goodman G, Reed P, Athey-Lloyd L. Mentalization and play therapy processes between two therapists and a child with Asperger's disorder. Int J Play Ther 2014;24:13-29. doi:10.1037/a0038660.
19. Lindsay S, Lam A. Exploring types of play in an adapted robotics program for children with disabilities. Disabil Rehabil Assist Technol [Internet]. 2018;13:263-70. doi:10.1080/17483107.2017.1306595.
20. Skard G, Bundy A. Test of Playfulness. En: Parham LD, Bundy AC. Play in Occupational Therapy for Children. 2.a. ed. Missouri: Elsevier; 2008. p.71-93
21. Haley S, Coster W, Ludlow L, Haltiwanger J, Andrellos P. Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Development, Standarization and Administration Manual. 1.a ed. Boston, MA: 1992.
22. Haley SM, Coster WJ, Dumas HM, Fragala-Pinkham MA, Moed R. PEDI-CAT. Manual Standardization and Development. 1.a ed. Boston, MA: Trustees of Boston University; 2012.
23. Turner Stokes L. Goal Attainment Scaling (GAS) in Rehabilitation. A practical guide. 1.a ed. Middlesex: University of London; 2009.
24. Ortiz-Calderón MV. La labor del cuidador del niño en situación de discapacidad crónica y el impacto de la rehabilitación sobre esta labor [trabajo final de grado en internet]. Universidad Nacional de Colombia, 2014 [citado el 29 de mayo de 2019]. Disponible en: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/866/Tes_OrtizCalderonMV_LaborCuidadorNino_2014.pdf?sequence=1
25. Herranz P. Teorías del desarrollo y del juego [trabajo final de grado en internet]. Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2013.

Derechos de autor

