

SALUD MENTAL

Desarrollo social en niños

Social development in children

David J. Huanca Payehuanca ¹

RESUMEN

Durante el desarrollo social los niños atraviesan etapas como mira, sonrío, ríe, imita, señala, volteo, muestra y juega, que se presentan a edades más o menos predecibles. El conocer y memorizar estas etapas le permitirá al pediatra decidir cuándo derivar al niño a una evaluación más formal.

Palabras clave: desarrollo social, lenguaje no verbal, niños.

ABSTRACT

During the social development the children pass through stages as looks, smiles, laughs, mimics, indicates, turns, shows and plays, which are presented more or less predictable ages. Knowing and memorize these steps will enable the pediatrician to decide when to refer a child to a more formal evaluation.

Keywords: social development, non-verbal language, children.

INTRODUCCIÓN

Somos seres sociales por naturaleza. En los primeros meses de vida el lactante se comunica a través de movimientos faciales y corporales que se conocen como gestos sociales o lenguaje gestual o no verbal que son necesarios para el desarrollo posterior del lenguaje verbal ⁽¹⁾.

Considerando el lenguaje como el conjunto de signos social y culturalmente establecidos que permiten la comunicación entre personas y que a través de él podemos transmitir ideas, pensamientos y sentimientos, podemos clasificarlo en:

a. Lenguaje no verbal o gestual con recepción por la vía visual y emisión a través de gestos o muecas faciales y manuales.

b. Lenguaje verbal con recepción por vía auditiva y emisión a través del habla.

c. Lenguaje escrito con recepción visual por medio de la lectura y emisión a través de la escritura.

Desde un punto de vista evolutivo, las estructuras anatómicas cerebrales para el lenguaje verbal aparecieron hace 500,000 años, conjuntamente con cambios en la estructura de la boca, mandíbula y tracto vocal que permitieron la producción deliberada de diferentes sonidos, mientras que el lenguaje como tal surgió hace aproximadamente 100 000 años. Se considera que todos los lenguajes humanos han evolucionado a partir de un solo lenguaje ancestral hablado por primera vez en África ^(2,3) mientras que el lenguaje escrito data de aproximadamente cinco mil años; por lo tanto, debemos asumir que millones de años atrás nuestros ancestros se tienen que haber comunicado a través de gestos faciales y manuales.

Esta suposición se basa considerando las hipótesis acerca del origen del lenguaje verbal: Las teorías gesticulares que proponen que el lenguaje evolucionó a partir de un sistema de gestos, que se hizo posible cuando ciertos monos adquirieron la postura erecta, liberando las manos para la comunicación social. Posteriormente la comunicación vocal surgió para liberar las manos para otros fines aparte de la comunicación. Las teorías vocales sostienen que el lenguaje evolucionó a partir de un amplio grupo de llamadas instintivas que expresaban estados emocionales tales como angustia, júbilo y excitación sexual. También se ha planteado que el lenguaje haya surgido de la evolución conjunta de los gestos y la vocalización lo que podría justificar la inexplicable correlación entre la dominancia manual y el lenguaje verbal y de signos, ambos localizados en el hemisferio izquierdo ⁽³⁾.

Durante el desarrollo psicomotor el niño tiene que

¹ Médico Pediatra-Neurólogo pediatra
Mg. Psicología Infantil ¹¹
Doctorado en Medicina
Hospital E. Rebagliati M.

reeditar lo adquirido durante millones de años de evolución, es así que el primer año de vida desarrolla predominantemente el lenguaje gestual, hasta los 3 a 5 años el lenguaje verbal y posteriormente el lenguaje escrito ^(4,5).

Una alteración menor en el desarrollo de estos gestos sociales provocará dificultades en la socialización del niño, lo que desencadenará problemas en el área emocional que se manifestará como ansiedad, tristeza o depresión ^(5, 6). Cuando la alteración es mayor determinará los llamados rasgos autistas y cuando el compromiso es muy notorio y se acompaña de alteraciones del lenguaje verbal y conductas llamativas o estereotipadas provocará el trastorno generalizado del desarrollo conocido como autismo.

Tomando en consideración el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría ⁽⁷⁾, dos son los trastornos que se acompañan predominantemente con compromiso de área social: el Trastorno autista y el Trastorno de Asperger.

Las características esenciales del trastorno autista, también conocido como autismo infantil o autismo de Kanner, es la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social como contacto ocular, expresión facial, posturas y gestos corporales así como un nulo o inadecuado desarrollo del lenguaje verbal (anexo 1: criterios para el diagnóstico del trastorno autista), mientras que en el trastorno de Asperger también se presenta una alteración grave y persistente de la interacción social pero sin compromiso significativo de lenguaje verbal ni del desarrollo cognoscitivo (anexo 2: criterios de diagnóstico del trastorno de Asperger).

La mayoría de pediatras estamos familiarizados con la evaluación del desarrollo psicomotor, especialmente en lo referente al área motor grueso. Todos hemos aprendido que los niños a los tres meses sostienen la cabeza, se mantienen sentados a los seis, se sientan y gatean a los nueve y caminan a partir del año de edad. Es importante aclarar que hay una gran diferencia entre mantenerse sentado, es decir uno sienta al niño y éste no se cae, y lo otro que es sentarse, o sea que el niño estando echado por sus propios medios logra sentarse; esto último generalmente lo hacen a los nueve meses, aunque muchos docentes enseñen que los niños se sientan a los seis meses y gatean a los nueve, esto no es del

todo cierto, tal vez algunos lactantes lo hagan pero la gran mayoría lo hacen alrededor de los nueve meses ⁽⁸⁻¹⁰⁾. No todos los niños adquieren estas habilidades motrices exactamente a la misma edad pero lo importante es que hemos memorizado la secuencia de adquisición que nos permite, con cierto grado de certeza, determinar qué niño debe ser derivado a terapia física.

Sin embargo, pocos conocen la secuencia de desarrollo social y del lenguaje⁽¹¹⁾ lo que motiva que muchos niños con retraso en estas áreas sean referidos después de los dos años de edad, lo cual implica la pérdida del período crítico para el desarrollo social y del sistema auditivo y del habla que está comprendido entre los 6 y 24 meses de edad ^(2, 12-14).

El objetivo del presente artículo es establecer, en base a la bibliografía y la experiencia del autor, una cronología de hitos del desarrollo predominantemente del área social proponiendo palabras que son de fácil memorización y que puedan ser aplicados por todo aquel que participa en la evaluación del desarrollo psicomotor sobre todo en lo que respecta al área social. También se anexa sugerencias para promover y mejorar estas deficiencias.

Es importante tener en cuenta que en cada etapa el niño debe hacer lo correspondiente a la etapa anterior y que la respuesta que se espera debe ser hacia las personas y realizadas de modo espontáneo o inducida por estímulos visuales y/o auditivos pero no por estímulos táctiles (por ejemplo: no sostenerle la cara para que nos mire, no hacerle cosquillas para que sonría).

Recién nacido: Mira. Fija la mirada en los ojos de las personas, en especial en los de su madre.

3 meses: Sonríe. Sonrisa social. Se denomina así cuando el niño al ver a una persona, fija la mirada y le sonríe, no es la sonrisa refleja que se observa cuando duerme o cuando ve objetos como la televisión. Cuando lacta con sus manos explora el rostro de su madre.

6 meses: Ríe. Risa social. Mira a los ojos, sonríe y se ríe espontáneamente en presencia de personas (sin estimulación táctil o sin cosquillas). No es la risa refleja frente a objetos o animales. Alza las manos, le gusta que lo carguen.

9 meses: Imita. Hace adiós con la mano, imita gestos faciales: Ojitos, chinitos, besitos, siempre mirando a los ojos. Juega a taparse con el pañal. Fijando la mirada en una persona, gruñe, grita,

“chilla”, mueve las manos cuando quiere algo (gesto protoimperativo). Toca su imagen en el espejo, se sonríe y ríe. Entiende el No. Estira los brazos para que lo carguen. Presenta ansiedad o angustia ante los extraños (llora cuando se acerca un extraño o familiar al que no ha visto por algunos días).

12 meses: Señala. Fijando la mirada en una persona, estira el brazo y señala lo que quiere (verbaliza, grita y establece contacto visual alternativamente entre el objeto y la persona con la única intención de dirigir la atención de la persona hacia el objeto que quiere: Gesto protodeclarativo). Responde a su nombre. Demuestra afecto, abraza y le gusta que lo abracen, apoya su cara en otra cara, sonríe y ríe.

15 meses: Voltea. Responde cuando lo llaman por su nombre (verbal o visualmente).

18 meses: Muestra. Trae objetos para mostrarlos. Señala partes de su cuerpo. Señala lo que quiere, fija la mirada, sonríe y se ríe.

24 meses: Juega. Disminuye la ansiedad ante los extraños, se interesa por otros niños, quiere jugar con ellos. Imita tareas domésticas. Tiene imaginación y desarrolla el juego simbólico.

Estos gestos sociales una vez desarrollados se mantienen en menor o mayor grado a lo largo de toda la vida empleándose cada vez que interactuamos con otras personas.

Los niños que tienen problemas de interacción social se caracterizan porque pueden presentar algunas de las siguientes características:

Recién nacido: No fijan la mirada en las personas pero sí en los objetos. Cuando lactan no ven la cara de su madre.

3 meses: No desarrollan sonrisa social. Cuando lacta, no explora con sus manos el rostro de su madre. Cuando los vacunan no suelen llorar.

6 meses: No ríen, no responden al abrazo, se dejan caer en brazos de las personas como si fueran muñecos.

9 meses: No diferencian a los familiares de los extraños, les da igual. No imitan, no hacen “adiós”

12 meses: No les interesa las personas, no les interesa los juegos de interacción social (ojitos, chinitos, besitos, taparse con el pañal, jugar a las escondidas, etc.), Prefieren juegos de estimulación

sensorial como montar caballito, cosquillas, ser lanzados al aire, etc. actividades en las que sonríen o se ríen pero no miran a los ojos. Algunos se concentran frente a la luz o un móvil, se mecen, cabecean, manipulan objetos en forma repetitiva con poca curiosidad del ambiente que los rodea. Algunos son hiperexcitables, llorones, duermen mal y se relajan al mecerlos.

18 meses: No responden a su nombre (parecen sordos), no miran a los ojos de las personas (parecen ciegos), son indiferentes a los intentos de interacción que hacen los familiares, no se les puede hacer reír (porque no fijan la mirada y no les interesa las personas), excepto si se les hace cosquillas. Suelen tolerar el dolor (no lloran al vacunarlos) pero frente a estímulos irrelevantes como arrugar un papel o el timbre de la casa pueden gritar o llorar desesperadamente y son difíciles de consolar.

24 meses: Juegan solos, no se acercan a las personas, no le interesan los niños. Cuando quieren algo llevan a las personas de la mano hacia el objeto y lloran o gritan sin mirar a la persona, no señalan ni miran a los ojos. No desarrollan el juego simbólico.

En general los niños con problemas en el área social miran muy poco a los ojos, no sonríen, no se ríen con las personas, no imitan, no señalan lo que quieren, no responden a su nombre, no traen objetos para mostrarlos, no se acercan a otros niños, no desarrollan el juego simbólico y muchos no hablan. Los niños autistas son ciegos y sordos para las personas, mas no así para los objetos.

Si uno observa o le refieren estas características debe derivar al niño a evaluaciones más completas a fin de establecer un diagnóstico y un programa de intervención a fin de aminorar los problemas futuros.

CONCLUSIÓN

Para evaluar el área social en niños se proponen los siguientes términos que son de fácil memorización y aplicación: recién nacido: **mira**, tres meses: **sonríe**, seis meses: **ríe**, nueve meses: **imita**, doce meses: **señala**, quince meses: **voltea**, dieciocho meses: **muestra**, veinticuatro meses: **juega**. Estas etapas del desarrollo social se presentan a edades más o menos predecibles. El conocer y memorizarlas le permitirá al pediatra decidir cuando derivar al niño a una evaluación más formal.

ANEXO 1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO AUTISTA ⁽⁷⁾

- A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1) y uno de (2) y de (3):
1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.
 - c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
 - d) Falta de reciprocidad social o emocional.
 2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
 - b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico (d), ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social.
 - d) Propio del nivel de desarrollo.
 3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
 - a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
 - b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - d) Preocupación persistente por partes de objetos.
- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

ANEXO 2. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ASPERGER ⁽⁷⁾

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales.
 2. Como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 3. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
 4. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).
 5. Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas estereotipadas, manifestadas al menos por una de las siguientes características:
1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
 2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 4. Preocupación persistente por partes de objetos.

- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

ANEXO 3. SUGERENCIAS PARA MEJORAR DEFICIENCIAS DEL ÁREA SOCIAL:

- Cada vez que usted le hable sujétele el mentón y dirija su mirada hacia usted.
- Colóquese en la frente cerca de sus ojos un sticker o algo que le llame la atención para que su niño lo mire y hablele. Le puede decir señalando el sticker algo como “mira lo que tengo para ti”.
- Póngase en la cara un poco de crema blanca en forma de puntitos, que le llamen la atención y anímelo a que él le ponga más puntos, mientras le habla trate que le mire a los ojos e intente reírse con él.
- Haciendo que le mire, juegue a hacer gestos faciales que denoten emociones como tristeza, alegría, ira, enojo.
- Aunque no quiera, abrácelo y mirándole a los ojos dígame lo mucho que lo quiere.
- Enséñele a hacer adiós con la mano, a jugar chinitos, ojitos, a ocultarse.
- Con las manos tápele los ojos y retírelas rápidamente y diga “aquí estoy”.
- Enséñele a despedirse con un beso en la mejilla.
- Si cuando quiere algo sólo llora y no señala lo que quiere, mírelo a los ojos y pregúntele: ¿qué quieres? Ahhh, quieres pan, que repita “quiero pan” y al menor sonido o gesto que exprese préstele atención y abrácelo y ríase con él.
- Cuando se ría sin motivo (risa inmotivada) agarre un espejo y póngalo frente a su cara y dígame: “ahhh, te estás riendo, yo también me río”. Luego siempre con el espejo pase a otra emoción como: “mira estoy llorando, a ver tu llora”.
- Para mejorar la interacción social y habilidades comunicativas organice reuniones con niños pequeños y aliéntelo a que participe. No permita que se aleje de los otros niños. Llévelo a fiestas infantiles para que interactúe con otros de su misma edad.
- Si nota que se relaciona bastante mejor con otra persona de su edad o mayor, pídale a esa persona que le ayude a estimular a su hijo con los ejercicios anteriormente sugeridos.
- Cuando lo mire haciendo movimientos repetitivos como aplaudir, aletear, caminar de puntitas, distraiga su atención entregándole una pelota de trapo o un muñeco y juegue con él.
- En todo momento trate de que le mire a los ojos.
- No permita que juegue sólo.
- Suelen poner resistencia a los cambios o a las salidas de la casa, por ello es mejor con anticipación explicarles a donde se le va a llevar, que cosas nuevas conocerá y cuánto se divertirán. Aunque parezca que no entiende, mirando a sus ojos explíquele y verá que esto les facilitará la salida.

SUGERENCIAS PARA MEJORAR DEFICIENCIAS DEL ÁREA DEL LENGUAJE VERBAL

Los ejercicios los encontrará en la revisión “Desarrollo del Lenguaje” ⁽¹⁾. Se reitera la necesidad de descartar compromiso de la audición previo a su aplicación ^(15, 20).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huanca D. Desarrollo del lenguaje. *Rev.peru.pediatr.* 2008;61: 98-104
2. Owens RJ. Desarrollo del Lenguaje. 5ta ed. Madrid: Pearson Educación; 2003.
3. Kandel E, Schwartz J, Jessell T. Neurociencia y Conducta. Madrid: Prentice Hall; 1997
4. Papalia D, Wendkos S. Psicología del Desarrollo: de la Infancia a la Adolescencia. 5ta ed. Santafé de Bogotá, Colombia: McGraw-Hill/Interamericana SA; 1992.
5. Ajuriaguerra J, Marcelli D. Psicopatología del Niño. 3ra ed. Barcelona (España) Masson, SA; 1996.
6. Belloch A, Sandin B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana de España SA; 1995.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders TR (DSM-IV-TR). 4 ed. Washington, DC: APA; 2000.
8. Amiel-Tison C, Grenier A. Valoración Neurológica del Recién Nacido y del Lactante. España: Toray Masson SA 1984.
9. Bennett FC, Guralnick MJ. Effectiveness of developmental intervention in the first five years of life. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38(6):1513-1528.
10. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Bresnick B, Maschka P, Edelman N, Shapiro H. The Denver II Technical Manual. Denver CO: Denver Developmental Materials Denver, Colorado, USA. 1996.
11. Blasco PA. Pitfalls in developmental diagnosis. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38(6):1425-1438.
12. Klein SK. Evaluation for suspected language disorders in preschool children. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38(6):1455-1467.
13. Greenspan SI. Clinical assessment of emotional milestones in infancy and early childhood. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38(6):1371-1385.
14. Coplan J. Early Language Milestone Scale: Examiners manual. 2nd ed. Austin Texas: Pro-ed An International Publisher; 1993.
15. Huanca D. Emisiones otoacústicas para la evaluación auditiva en el periodo neonatal y pre-escolar. *Paediatrica* 2004; 6(1):42-47.
16. Sokol J, Hyde M. Hearing screening. *Pediatr Rev* 2002; 23(5):155-162.
17. Joint Committee on Infant Hearing Joint Committee on Infant Hearing 1994 Position Statement. *Pediatrics* 1995; 95: 152-156.
18. American Academy of Pediatrics, Task Force on Newborn and Infant Screening. Newborn and infant hearing loss: detection and intervention. *Pediatrics* 1999;103:527-530.
19. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention. *Pediatrics* 2000;106:798-817.
20. Cunningham M, Cox E. Hearing Assessment in Infants and Children: Recommendations beyond neonatal screening. *Pediatrics* 2003; 111(2):436-440.

Correspondencia: David J. Huanca Payehuanca
dhuanca@gmail.com

Recibido: 25-06-08

Aceptado 30-06-08