



Adriana Rangel-Baca

adrianna.rangel@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-6022-4474

Intervención para el desarrollo de habilidades sociales en un niño con síndrome de Down

Intervention for social skills development in a Down syndrome child

Palabras clave: atención a la diversidad, educación básica, educación inclusiva, habilidades sociales, interacción social, síndrome de Down.

Keywords: attention to diversity, basic education, social skills, inclusive education, social interaction, Down syndrome.

Resumen

En este trabajo se evalúa el efecto de una intervención educativa dirigida a mejorar las habilidades sociales de un niño con síndrome de Down que cursa primer año de primaria en una escuela regular. Se utilizó el estudio de caso como herramienta metodológica y se retomó el principio de triangulación como marco de referencia para el diseño de la investigación. Previo a la intervención, se realizó una evaluación pretest para identificar las habilidades sociales que el niño domina y aquellas que aún está por conseguir. Esta información sirve de base para el diseño de una intervención adaptada a las necesidades y particularidades del niño. Al concluir el entrenamiento, se realizó una evaluación posttest para comprobar los efectos del programa. Se concluye que la intervención resultó ser efectiva para su fin, pues hubo una mejora en las habilidades sociales trabajadas.

[Versión en lengua de señas mexicana](#)

Abstract

In this paper the effect of an educational intervention aimed at improving the social skills of a Down syndrome child attending the first year of regular elementary school was evaluated. The case study method was used as a methodological tool and the principle of triangulation was used as a frame of reference for the research design. Prior to the intervention, a pretest assessment was performed to identify the social skills that the child mastered and those that he has yet to achieve. This information serves as a basis for the design of an intervention adapted to the child needs and particularities. At the conclusion of the training, a posttest evaluation was performed to verify the effects of the program. It was concluded that

the intervention proved to be effective for its purpose, since there was an improvement in the social skills worked on.

Introducción

El síndrome de Down (sD), también llamado trisomía 21, es una anomalía cromosómica causada, en la mayoría de los casos, por una reproducción adicional del cromosoma 21, aunque también existe la posibilidad de que pueda ser causado solo por una porción extra de este cromosoma o se presente en forma de mosaicismo, es decir, solo en algunas células (Sierra et al., 2014).

A este síndrome se le considera la causa más frecuente de discapacidad intelectual en el ámbito mundial y su nombre se debe a John Langdon Haydon Down, quien fue el primero en describir dicha alteración genética en 1866 (Díaz-Cuéllar et al., 2016).

El sD no es una lesión ni una enfermedad y aunque se han alcanzado grandes avances en el desarrollo físico y psíquico de las personas que lo presentan, no tiene cura, pues se desconocen las causas que lo originan (López, 2016). Pese a ello, se sabe que la exposición del feto a radiación ionizante, la no disyunción durante la etapa de meiosis —ya sea en el óvulo o en el espermatozoide— y la edad de las madres son algunos de los factores de riesgo involucrados en la incidencia de este síndrome (Díaz-Hernández et al., 2020).

El sD se caracteriza por la presencia de unos rasgos físicos particulares, entre los que destacan: hipotonía muscular (falta de fuerza en los músculos); leve microcefalia con braquicefalia y occipital aplanado (el cuello es más corto de lo normal); ojos almendrados rasgados hacia arriba; nariz, boca y orejas pequeñas; manos y pies más pequeños de lo regular (falta de desarrollo en las falanges); estatura más baja que el promedio; dermatoglifos (huella dactilar alterada); e hipoplasia maxilar y del paladar (con protrusión de la lengua) (Abecia, 2014; Artigas, 2017).

Respecto a las características cognitivas y emocionales de las personas con sD, existe un conjunto común, aunque en grado diverso: poseen distintas inteligencias, las cuales son capaces de desarrollar a lo largo de su vida; tienen potencial para aprender a su propio ritmo; tienen capacidad para desenvolverse con cierta autonomía en la vida diaria; suelen tener buena capacidad de observación e imitación (Angulo et al., 2008). También son considerados personas alegres, obedientes, tranquilas y con una marcada hipersexualidad (Abecia, 2014). Presentan dificultades en los procesos psicológicos básicos (percepción, memoria, lenguaje, atención y motivación); además, les cuesta adaptarse a las circunstancias de su entorno, porque no es fácil para ellos interpretar y analizar la información que les rodea y, mucho

menos, dar una respuesta rápida a las demandas de una situación concreta (Angulo et al., 2008).

Asimismo, presentan baja autoestima y profundas dificultades para el razonamiento aritmético y el cálculo; les cuesta inhibir su conducta, cambiar de actividad o iniciar nuevas tareas (aparentan desinterés, pasividad y apatía); son poco constantes, en especial cuando la actividad no es de su interés (Angulo et al., 2008; Flórez y Ruiz, s. f.). Por otra parte, tienden a ser trabajadores tenaces, puntuales y responsables, ya que acostumbran a realizar las tareas con cuidado y perfección (Ruiz, 2011); no obstante, una de las principales dificultades que presentan los niños con sD al interactuar con otros es el frágil desarrollo de sus habilidades sociales (HHSS) (Rodríguez et al., 2022).

Las HHSS son una parte esencial de la actividad humana. En los niños, este tema es relevante no solo por su dimensión relacional, sino por la influencia que ejerce en su desarrollo y calidad de vida, pues los comportamientos sociales positivos favorecen la adaptación, la aceptación de los otros, los refuerzos positivos y el bienestar del sujeto (Lacunza, 2012).

En la actualidad, existe una gran variedad de expresiones para hacer referencia a este término: habilidades de interacción, habilidades interpersonales, habilidades de interacción interpersonal, destrezas sociales, entre otros; sin embargo, el término más utilizado es el de habilidades sociales.

En términos generales, las HHSS son las capacidades o destrezas de tipo social necesarias para interactuar y relacionarse con los otros (Monjas, 1993). Están constituidas por factores de tipo verbal (volumen y tono de voz, así como fluidez, claridad y ritmo de la conversación) y no verbal (mirada, expresión facial, sonrisa, gestos, postura proximidad, apariencia personal); además, por factores de tipo cognitivo (percepciones, actitudes o expectativas erróneas) y fisiológico (ritmo cardíaco, respiración, presión sanguínea) (Caballo, 2007).

Asimismo, se caracterizan por su naturaleza multidimensional, especificidad situacional y su carácter aprendido. Al ser conductas aprendidas, hay la posibilidad de mejorar, modificar o suprimir determinados comportamientos sociales, a partir de lo que le demanden los contextos en los que se va involucrando el sujeto (Lacunza, 2012).

Las HHSS son, por tanto,

un conjunto de competencias conductuales que posibilitan que el niño mantenga relaciones sociales positivas con los otros y que afronte, de modo efectivo y adaptativo, las demandas de su entorno social; estos aspectos contribuyen significativamente, por una parte, a la aceptación por los compañeros y, por otra, al adecuado ajuste y adaptación social (Monjas y González, 2000, p. 19).

Es decir, se adquieren, principalmente, a través de la experiencia, y aunque no se ha encontrado evidencia de cómo y cuándo se aprenden, la niñez es un periodo crítico para su desarrollo (Caballo, 2007). Al imitar lo que ven y observar a sus padres, los niños aprenden a interpretar las situaciones, asimilar sentimientos y practicar modos de afrontar los problemas. A través del reforzamiento de determinadas conductas —ya sea de forma natural o como parte de algún programa de aprendizaje de habilidades—, también se logra aprender las HHSS (Betina y Contini, 2011).

Debido a lo anterior, es importante señalar que la interacción con los pares supone el aprendizaje de numerosas HHSS para el niño, como dominar o proteger a los pares, asumir responsabilidades, devolver favores, considerar los otros puntos de vista y valorar las habilidades de los otros. “Estos aprendizajes son posibles por procesos como el refuerzo por parte de los compañeros, el modelo de los pares y la comparación social” (Betina y Contini, 2011, p. 167).

También se ha comprobado que los niños que se relacionan satisfactoriamente con sus pares son capaces de regular mejor sus emociones, utilizar las estrategias adecuadas para la resolución de problemas, guardar silencio cuando otros hablan, mostrar comprensión no verbal, entablar un diálogo cordial con los otros, jugar e integrarse a grupos diversos, iniciar y mantener nuevas amistades, entre otros (Betina y Contini, 2011); sin embargo, “los niños que no tienen comportamientos sociales apropiados experimentan aislamiento, rechazo y, en conjunto, menos felicidad e insatisfacción personal” (Peñañiel y Serrano, 2010, p. 2).

De acuerdo con Peñañiel y Serrano (2010), las dificultades que en ocasiones pueden aparecer en las relaciones sociales, se recogen en la denominación genérica de déficits en las HHSS, que se manifiestan en una serie de comportamientos anómalos, clasificados en dos categorías: 1) comportamientos agresivos o violentos (cuando el objetivo es dañar, perjudicar o molestar) y 2) comportamientos pasivos o de inhibición (cuando no se es capaz de expresar sentimientos, pensamientos y opiniones).

La falta de aprendizaje o el aprendizaje inadecuado, es decir, a partir de modelos inadecuados o por experiencias de refuerzos contingentes, son las principales causas de estos déficits (Peñañiel y Serrano, 2010).

Aunque algunas observaciones clínicas hacen pensar que las personas con sD “no solo tienen una interacción social intacta, sino que su interacción con desconocidos se da de una forma natural” (Villalva-Sánchez et al., 2019, p. 15), lo cierto es que, sin una intervención directa, deliberada y sistemática, su nivel de interacción social espontánea es bajo (Flórez y Ruiz, s. f.).

De acuerdo con Ballester y Gil-Llario (2002), las intervenciones en las HHSS son un “conjunto de estrategias y técnicas de la terapia de la conducta o de otros acercamientos psicoterapéuticos que tienen como finalidad la mejora en la actuación social de un individuo

y su satisfacción en el ámbito de las relaciones interpersonales” (p. 37). Es decir, se trata de experiencias de aprendizajes que consisten en observar un modelo de conductas adecuadas, ponerlas en práctica, corregir las disfuncionales, perfeccionar y reforzar las ejecuciones adecuadas, así como practicar dichas conductas en situaciones variadas y reales (García-Vera et al. como se citó en Lacunza, 2014, pp. 65-66).

Respecto a lo anterior, Calero, Robles y García (2010) sostienen que la intervención en etapas iniciales de aprendizaje puede tener un efecto significativo, sobre todo si se atienden los déficits específicos de los niños con sD. Por su parte, Llamazares y Pacheco (2012) señalan que cuando a los sujetos con sD se les enseñan HHSS específicas, son capaces de generar por ellos mismos su mantenimiento y generalización en situaciones diferentes al contexto o situación en que se ha realizado el aprendizaje, logrando una mejora significativa de estas.

Bajo esta misma línea, Valdívía et al. (2013) concluyen que la inclusión de niños con sD en el sistema educativo regular les promueve nuevas formas de aprendizaje e interacción. “Esta inclusión debe planificarse de modo que los estudiantes con edades similares participen en todas las actividades escolares y se agrupen en la misma clase, aunque tengan diferentes objetivos de aprendizaje con diferentes grados de complejidad” (p. 32). Asimismo, sostienen que este proceso complejo requiere de la implicación y participación de todos los actores educativos.

Gutiérrez (2018), en cambio, concluye que las personas con sD son capaces de aprender cualquier tipo de destreza o conocimiento, y el éxito de la intervención radica en que esta sea directa, sistemática e individualizada; además, asegura que como resultado de su aplicación se observa una mejora notable en la adquisición de HHSS en el sujeto de la intervención. De igual forma, Wester et al. (2019) sostienen que una intervención, adaptada individualmente y con base en la gravedad de la discapacidad del niño con sD, parece ser beneficiosa no solo para el infante, sino también para los padres. De acuerdo con Barat et al. (2012), el entrenamiento en las HHSS, que incluye modelado, juego de roles, retroalimentación y refuerzo, favorece su aprendizaje e incrementa la interacción social.

Por tanto, hablar de las HHSS refiere al logro de un desenvolvimiento socialmente adecuado; sin embargo, la sola presencia de este comportamiento no significa que un niño sea socialmente competente (de Miguel, 2014). Para que la actuación pueda ser considerada como competente, el niño debe ser

capaz de percibir y discriminar las señales del contexto y elegir una combinación de comportamientos adecuados para esa situación determinada. [En ese proceso] entran en juego recursos internos del niño, sobre todo cognitivos y afectivos, los que, a su vez, se desarrollan con recursos externos vinculados a la interacción con pares y adultos,

particularmente los estilos de crianza y los sistemas de valores asociados a la cultura parental (de Miguel, 2014, pp. 25-26).

En caso de que los niños presenten algunos problemas en su comportamiento social, necesitan de una instrucción directa, porque las HHSS no mejoran si no se llevan a cabo actividades educativas de forma intencional (Peñañiel y Serrano, 2010). Dado que los niños con sD adquieren las HHSS del mismo modo que sus pares, y considerando que la interacción con niños sin discapacidad puede favorecer el desarrollo de dichas destrezas, el objetivo de esta investigación es evaluar el efecto de una intervención adaptada e individualizada dirigida a mejorar las HHSS de un niño con sD de primer año de primaria en una escuela regular; en particular, interesa conocer el cambio provocado en la manera de interactuar y responder del niño inmediatamente después de haber recibido el entrenamiento en HHSS, a través del Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS), en cuatro de sus seis áreas: 1) habilidades básicas de interacción social, 2) habilidades para hacer amigos, 3) habilidades relacionadas con sentimientos y emociones y 4) habilidades para relacionarse con los adultos.

Esta investigación se considera relevante por lo siguiente: 1) está dirigida a potenciar las HHSS en personas con sD en edades tempranas; 2) ayuda a fortalecer teorías ya existentes y generar nuevas explicaciones o enfoques en este campo de estudio; 3) sirve de apoyo a quienes tienen en sus manos la responsabilidad de guiar u orientar a los niños con sD desde sus primeros años de vida; y 4) ayuda a sensibilizar a los diferentes actores educativos y la sociedad en su conjunto sobre la importancia de reconocer que la diversidad es una característica inherente al ser humano, e, independientemente de la fuente de esa diversidad (sexo, religión, condición de discapacidad), las personas tienen derecho a recibir una educación de calidad en igualdad de condiciones.

Materiales y método

Diseño

Esta investigación se realizó mediante estudio de caso como herramienta metodológica, debido a que el cometido fue la particularización y no la generalización; por lo tanto, su desarrollo se enmarcó en el paradigma cualitativo con un diseño no experimental transversal descriptivo, que comprendía la administración de una preprueba y una posprueba al sujeto de la intervención. De igual forma, se sustentó en el principio de triangulación metodológica, pues se recurrió a diferentes técnicas de recolección de datos: 1) cualitativo (entrevista

semiestructurada y en profundidad, observación de la interacción social y observación y registro de conductas) y 2) cuantitativo (cuestionario de habilidades de interacción social [CHIS]) (Enrique y Barrio, 2018).

La intervención se basó en el modelo de consulta, donde el agente psicoeducativo fungió como consultor/evaluador, y el profesor, como mediador; ambos agentes fueron responsables de elaborar, de manera conjunta y colaborativa, el programa de intervención propuesto. Teóricamente, dicho programa se sustentó en el análisis conductual aplicado (ABA), porque se centró en satisfacer las necesidades de desarrollo del sujeto de la intervención; y en la teoría del aprendizaje social, ya que se parte del supuesto de que el aprendizaje de los comportamientos sociales está basado en la atención, retención, reproducción y ejecución de conductas observadas en modelos similares (padres, maestros e iguales) (Yubero, 2004).

Participantes

La intervención se realizó en una escuela privada ubicada en el Estado de México, México. Se trata de un centro que promueve la educación inclusiva; por lo tanto, reconoce el derecho de todos los niños a recibir una educación de calidad, independientemente de sus características y necesidades particulares.

El niño (MPO) tiene ocho años y nueve meses de edad; es hijo único y al nacer fue diagnosticado con sD por translocación. Durante toda su vida ha recibido estimulación temprana y, a partir de los tres años, su madre lo matriculó en una escuela especial, donde fue diagnosticado con una discapacidad intelectual leve (63 puntos), así como con un retraso de tres años en los aprendizajes escolares. Al momento de la intervención, se encontraba cursando el primer año de primaria.

Instrumentos

A través de una entrevista semiestructurada, el responsable del área psicopedagógica se encargó de recabar datos sobre la historia de vida y desempeño académico de MPO, tanto con la familia como con el propio niño, con la intención de profundizar en los siguientes aspectos: la historia clínica, sociofamiliar y educativa del niño, y las interacciones del niño con otros niños o adultos, así como la ausencia de estas.

El cuestionario de habilidades de interacción social (CHIS) (Monjas, 1993) permitió conocer las HHSS que rigen y predominan en el niño. Constó de 60 ítems, organizados

en seis subescalas: 1) habilidades sociales básicas, 2) habilidades para hacer amigos, 3) habilidades conversacionales, 4) habilidades relacionadas con sentimientos y emociones, 5) habilidades relacionadas con la solución de problemas interpersonales y 6) habilidades relacionadas con los adultos. Es importante mencionar que, para esta intervención, las habilidades tres y cinco fueron excluidas, porque presentaban un mayor nivel de complejidad. La frecuencia del comportamiento se midió a través de una escala de Likert de cinco puntos (1: Nunca, 2: Casi nunca, 3: Bastantes veces, 4: Casi siempre y 5: Siempre).

El código de observación de la interacción social (COIS) (Monjas et al., 1991) sirvió para evaluar la conducta interactiva del niño con sus pares en situaciones naturales y no estructuradas. Para el registro de las observaciones, se diseñó un formato (Tabla 1). Un evaluador externo, previamente capacitado, fue el encargado de la administración. El primer levantamiento se realizó a la hora del recreo durante las dos semanas previas a la intervención; el segundo, inmediatamente después de haber concluido la intervención en las mismas condiciones.

Tabla 1. Formato para la observación de la interacción social

Habilidad	Respuestas									
	Semana 1 (evaluación pre o postest)									
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
1.1. Sonreír y reír.										
1.2. Saludar.										
1.3. Presentaciones.										
1.4. Favores.										
1.5. Cortesía y amabilidad.										
2.1. Alabar y reforzar a los otros.										
2.2. Iniciaciones sociales.										
2.3. Unirse al juego con otros.										
2.4. Ayuda.										
2.5. Cooperar y compartir.										
4.1. Expresar autoafirmaciones positivas.										
4.2. Expresar emociones.										
4.3. Recibir emociones.										
4.4. Defender los propios derechos.										
4.5. Defender las opiniones.										



- 6.1. Cortesía con el adulto.
- 6.2. Refuerzo al adulto.
- 6.3. Conversar con el adulto.
- 6.4. Peticiones al/del adulto.
- 6.5. Solucionar problemas con adultos.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: 0: Sin respuesta, 1: Respuesta incorrecta, 2: Respuesta correcta con ayuda, 3: Respuesta correcta sin ayuda.

La técnica de observación y registro de conductas permitió “contemplar sistemática y detenidamente cómo se desarrolla la vida social, sin manipularla ni modificarla, tal como discurre por sí misma” (Ruiz e Ispizua, 1989, p. 79). Para el registro, se diseñó un formato (Tabla 2) donde el evaluador anotaba el comportamiento del niño al momento de interactuar con sus pares y con adultos, tanto en el salón de clase como a la hora del recreo, y en la entrada y salida de la escuela; es decir, se registraba si había o no respuesta del niño, si la respuesta era incorrecta o correcta (con ayuda o sin ayuda) (de Miguel, 2014).

Tabla 2. Formato para la observación y registro de conductas

Categoría	Comportamiento	Contexto			
		Salón	Recreo	Entrada	Salida
Comportamientos no interactivos.	El niño permanece solo en inactividad.				
	El niño permanece solo en actividad.				
Comportamientos interactivos.	Agresivo (violencia física, verbal, gestual).				
	Positivo (juego, actividad o conversación).				
Modalidad de la interacción.	El niño responde a la interacción.				
	El niño inicia la interacción.				
Participantes de la interacción.	Un niño.				
	Un grupo de niños.				
	Uno o varios adultos.				

Tipo de interacción.	Verbal.
	Física.
	Ambas.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Respuestas (frecuencia con la que el niño presenta el comportamiento evaluado): 1: Nunca, 2: Casi nunca, 3: Bastantes veces, 4: Casi siempre, 5: Siempre.

El programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) (Monjas, 1995) “se centra tanto en la enseñanza de comportamientos sociales manifiestos y directamente observables como en la enseñanza de comportamientos cognitivos y afectivos” (Monjas y González, 2000, p. 35), mediante la aplicación de técnicas y estrategias de intervención de tipo cognitivo-conductual. El programa comprende 30 habilidades agrupadas en seis áreas (Tabla 3). Se basa en un modelo de entrenamiento e instrucción directa de las habilidades trabajadas, con el cual se busca enseñar comportamientos, disminuir las conductas inadecuadas o disminuir los factores que ponen en riesgo la correcta conducta interpersonal (Monjas y González, 2000).

Tabla 3. Áreas y habilidades trabajadas en el programa de intervención

Área	Habilidad
Área 1. Habilidades básicas de interacción social.	1.1. Sonreír y reír: muestra aceptación, aprobación, agradecimiento, agrado, gusto, disfrute de la relación con los demás. 1.2. Saludar: conductas verbales y no verbales que indican que el sujeto reconoce y muestra una actitud positiva hacia el otro. 1.3. Presentaciones: conductas para darse a conocer o hacer que se conozcan otras personas. 1.4. Favores: pedir y hacer favores. 1.5. Cortesía y amabilidad: conductas diversas con el fin de que la relación que mantengan con los demás sea cordial, agradable y amable.



Área	Habilidad
<p>Área 2. Habilidades para hacer amigos.</p>	<p>2.1. Alabar y reforzar a los otros: decir o hacer cosas que agraden a otra persona, como elogiar, felicitar, decir piropos o dar la enhorabuena. Se incluye también recibir alabanzas y cumplidos.</p> <p>2.2. Iniciaciones sociales: implica empezar a interactuar con otras personas, pedirle que juegue, hable o haga algo con nosotros. También se incluye las respuestas a las iniciaciones de otros.</p> <p>2.3. Unirse al juego con otros: entrar en el juego que están realizando otras personas. También incluye la respuesta a la iniciativa de otra persona de unirse a nuestro juego.</p> <p>2.4. Ayuda: pedir y prestar ayuda.</p> <p>2.5. Cooperar y compartir: cooperar implica una reciprocidad de conductas, intercambio en el control de la relación, mientras que compartir implica prestar lo propio a los otros, utilizar un objeto conjunta y coordinadamente.</p>
<p>Área 4. Habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones.</p>	<p>4.1. Expresar autoafirmaciones positivas: verbalizaciones positivas sobre uno mismo. Incluye también el aprendizaje de reducir las autoafirmaciones negativas.</p> <p>4.2. Expresar emociones: implica comunicar a otras personas cómo nos sentimos para que puedan reaccionar de forma adecuada. También supone comunicar a los otros lo que ellos provocan en nosotros.</p> <p>4.3. Recibir emociones: responder adecuadamente a los sentimientos de los demás y a los sentimientos que uno mismo provoca en los demás.</p> <p>4.4. Defender los propios derechos: comunicar a otras personas de una manera asertiva que no están respetando nuestros derechos.</p> <p>4.5. Defender las opiniones: expresar a otras personas tu punto de vista, tu visión o tus ideas acerca de algún tema o situación, de manera positiva y cordial, sin rigidez ni imponiendo nuestra opinión. Se incluye también el disentir con las opiniones de los demás.</p>
<p>Área 6. Habilidades para relacionarse con los adultos.</p>	<p>6.1. Cortesía con el adulto: implica hacer uso de habilidades básicas de interacción social.</p> <p>6.2. Refuerzo al adulto: implica decir o hacer algo agradable para él.</p> <p>6.3. Conversar con el adulto: iniciar, mantener y terminar conversaciones con el adulto, adecuando el contenido y la forma al interlocutor.</p> <p>6.4. Peticiones al/del adulto: incluye conductas y habilidades necesarias para la interacción asertiva con adultos, realizando y/o recibiendo peticiones de ellos.</p> <p>6.5. Solucionar problemas con adultos: habilidades enfocadas a poder resolver conflictos que les surjan en sus relaciones diarias con adultos.</p>

Fuente: Elaboración propia con información de de Miguel (2014).

Procedimiento

Previo al diseño de la propuesta de intervención, se realizó una evaluación pretest, con el fin de identificar las HHSS que MPO dominaba y aquellas que aún estaba por conseguir. Para ello se aplicaron el CHIS y el COIS, cuya información resultante fue complementada con los datos recogidos en la entrevista con la familia y el niño, y con los datos recogidos en las fichas de observación.

Con la información recabada en la etapa anterior, la profesora titular y la responsable del área de psicopedagogía elaboraron una propuesta de intervención, la cual fue puesta a consideración de la directora del plantel y la familia de MPO para su aprobación.

Los objetivos para alcanzar con la ejecución del programa fueron: 1) desarrollar en el niño habilidades y comportamientos básicos para relacionarse con otras personas (habilidades básicas de interacción social); 2) desarrollar en el niño la capacidad para iniciar, desarrollar y mantener interacciones sociales positivas con sus pares (habilidades para hacer amigos); 3) desarrollar en el niño la capacidad de reconocer los sentimientos y deseos propios y de los demás, así como expresar y defender sus propias opiniones, y reconocer y comprender el punto de vista de los demás (habilidades relacionadas con sentimientos y emociones); y 4) desarrollar en el niño comportamientos que permitan y faciliten una relación adecuada y positiva con los adultos (habilidades para relacionarse con adultos).

Para el diseño y la implementación de la intervención se apoyó en los procedimientos, técnicas y estrategias del PEHIS, adaptados a las circunstancias y necesidades del niño. El periodo de entrenamiento tuvo una duración de tres meses: 36 sesiones, tres por semana, de 45 minutos cada una. Todas estas se desarrollaron bajo la siguiente secuencia instruccional (procedimiento de enseñanza) (Monjas y González, 2000):

1. **Instrucción verbal, diálogo y discusión.** El objetivo fue lograr que el niño se apropiara del concepto de la habilidad a aprender, a partir de su delimitación y especificación, la importancia y relevancia que tiene para él y la aplicación de esa habilidad en su vida diaria. En este punto, se trató también de que lograra identificar los componentes conductuales de cada habilidad trabajada; es decir, que fuera capaz de responder a las siguientes interrogantes: ¿qué hacer?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿para qué?, y ¿con quién?
2. **Modelado.** Se presentaron ejemplos reales de contactos interpersonales, donde se aplicaba correctamente la habilidad trabajada para que el niño observara el modo de actuación.

3. **Práctica.** Se pidió al niño que imitara o representara la habilidad observada, con el fin de que pusiera en práctica lo aprendido, ya sea en situaciones simuladas y creadas específicamente para ello o en situaciones naturales, espontáneas y cotidianas; y así asegurar que lograra incorporarlas a su repertorio conductual.
4. **Retroalimentación y reforzamiento.** Al finalizar cada representación, la profesora le aportó información sobre su ejecución y, en caso de ser necesario, aportó algunas ideas para mejorar su actuación. En caso de que esta resultara exitosa, se le hizo hincapié en ello.
5. **Tareas.** Se procuró, en todo momento, que el niño trasladara las habilidades recién aprendidas al contexto del aula y recreo, bajo la supervisión de la profesora y la responsable del área de psicopedagogía.

Para facilitar la enseñanza de cada habilidad trabajada, se utilizaron las fichas de enseñanza, propuestas en el PEHIS, adaptadas a las necesidades de aprendizaje del niño. En particular: 1) se incluyeron más ejemplos, prácticas, ensayos y repeticiones para poder alcanzar los aprendizajes deseados; 2) se planificaron diferentes situaciones de aprendizaje para una misma habilidad, por medio de distintos materiales o soportes de trabajo, para mejorar su memorización y la aplicación práctica en situaciones reales de los contenidos trabajados; y 3) se diseñaron dos o más recorridos de aprendizaje para el entrenamiento de cada habilidad, con la intención de ofrecer distintas oportunidades para que MPO lograra incorporar aquellas habilidades que no formaban parte de su repertorio conductual (Ruiz, 2011).

Resultados

MPO presenta un adecuado desarrollo de la percepción y memoria visual, así como de la orientación espacial. Su comprensión lingüística es buena, siempre y cuando se le hable fuerte y claro, y con frases cortas. Se le dificulta atender varias órdenes a la vez, y, aunque le cuesta adaptarse al cambio, siempre muestra disposición para ello.

Su familia nuclear la integran la madre, los abuelos y la tía. Tienen un nivel socioeconómico medio-bajo y un nivel cultural medio. Desde el nacimiento de MPO están comprometidos con su desarrollo y lo alientan a tomar nuevos retos, porque confían en su inteligencia y capacidad para afrontarlos.

A partir de la evaluación realizada con el CHIS, el COIS y la observación de conductas, se obtuvieron los siguientes resultados en las cuatro áreas trabajadas:

- MPO se muestra demasiado tímido, le resulta difícil sonreír, saludar, presentarse, pedir y hacer favores, así como ser amable y cortés con los demás (habilidades básicas de interacción social).
- Presenta dificultades para iniciar, desarrollar y mantener interacciones sociales con sus pares (habilidades para hacer amigos).
- Tiene un limitado autoconcepto de sí mismo y, aunque muestra empatía ante los sentimientos de los demás, aún no es capaz de externar sus sentimientos y emociones, ni de expresar sus puntos de vista y defender sus derechos (habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones).
- Se le dificulta mantener una relación cordial y amable con los adultos y dirigirse con cortesía y respeto hacia ellos; además, es poco propenso a realizar y recibir peticiones de este grupo de personas (habilidades para relacionarse con los adultos).

Tras la ejecución del programa de intervención, se aplicaron nuevamente el COIS y el CHIS para determinar los avances de MPO en sus HHSS (Tabla 4). Los resultados muestran que el niño mejoró la interacción social con sus pares, es decir, ya es capaz de sonreír, saludar, presentarse y presentar a sus pares; pedir y hacer favores, así como ser amable y cortés con los demás.

Tabla 3. Puntuaciones directas de MPO en el CHIS

Área	Evaluación	
	Pretest	Postest
Habilidades básicas de interacción social.	13	28
Habilidades para hacer amigos.	12	24
Habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones.	10	21
Habilidades para relacionarse con los adultos.	11	22
Puntuación final.	46	95

Fuente: Elaboración propia.

Nota: El puntaje máximo alcanzado en cada área es 50 y el mínimo, cinco.

En cuanto a sus habilidades para hacer amigos, es capaz de decir o hacer cosas que agraden a otra persona (p. ej.: felicitar, elogiar); aunque todavía le cuesta recibir cumplidos. Asimismo, a pesar de que es capaz de iniciar la interacción con sus pares, todavía le es difícil integrarse a los juegos de sus compañeros, en especial cuando

hay niños con los que no ha interactuado antes. También se observa su capacidad de pedir ayuda con mayor naturalidad; no obstante, muestra dificultad para participar en situaciones que involucran la participación de otras personas (p. ej.: trabajo en equipo) y donde tiene que compartir lo propio con los otros.

En cuanto a las habilidades relacionadas con sentimientos y emociones, ha logrado disminuir las autoafirmaciones negativas sobre su propia persona, aunque todavía se le dificulta reconocer y expresar sus virtudes en público. De igual forma, todavía no es capaz de expresar con asertividad sus emociones y opiniones, ni de reconocer y exigir respeto a sus derechos individuales.

Finalmente, el avance en el desarrollo de sus habilidades para relacionarse con los adultos es moderado, pues si bien ya es capaz de establecer una conversación cordial y amable con los adultos, todavía le es difícil resolver aquellos conflictos que surgen de esta interacción.

Una segunda entrevista con su familia reveló que el entrenamiento recibido ha tenido un impacto positivo en el desarrollo de su autonomía personal, especialmente en aquellos hábitos relacionados con su autonomía básica (aseo, vestido, responsabilidades del hogar), así como en la interacción social con algunos vecinos de su edad.

Discusión y conclusiones

Las HHSS, la autonomía personal y el desarrollo de conductas autorreguladas en alumnos con sD son recursos necesarios para asegurar su participación en la sociedad y el desarrollo de una vida independiente. Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención adaptada e individualizada dirigida a mejorar las HHSS de un niño con sD que cursaba el primer año de primaria en una escuela regular.

La evidencia muestra que hubo una mejora en las habilidades trabajadas como consecuencia del programa de intervención, tal como lo señalan Betina y Contini (2011), Calero et al. (2010), Gutiérrez (2018), Peñafiel y Serrano (2010) y Wester et al. (2019); sin embargo, el cambio en la manera de interactuar y responder del niño no fue el esperado.

Tras la evaluación pretest, se observó que el niño presentaba serias dificultades en sus HHSS: carecía de habilidades de cortesía y protocolo social; dificultad para iniciar, mantener y desarrollar interacciones sociales positivas con los pares y los adultos; expresar sentimientos, pensamientos y opiniones, pedir y prestar ayuda y defender sus derechos tampoco le era posible (Peñafiel y Serrano, 2010). No obstante, tras haber recibido el entrenamiento, se aprecia un cambio de leve a moderado en las habilidades antes mencionadas, particularmente en aquellas que le demandan establecer contacto

con personas desconocidas y compartir no solo aquello que le es intrínseco, sino también lo que le es propio.

Asimismo, aunque el entrenamiento se llevó a cabo en la escuela, MPO fue capaz de trasladar a otros contextos lo aprendido (Llamazares y Pacheco, 2012). Esto no significa que MPO haya alcanzado la competencia social deseada, porque todavía no es capaz de discriminar las señales del contexto y determinar cuál es la mejor manera de comportarse ante determinadas situaciones que demandan una interacción social (de Miguel, 2014). Por ello, se sugiere ampliar el tiempo de aplicación del programa, con la intención de reforzar lo aprendido e incluir las habilidades que no fueron trabajadas en la primera intervención (habilidades conversacionales y relacionadas con la solución de problemas interpersonales), y que son, precisamente, las que exigen una mayor demanda cognitiva y afectiva.

Aunque existe evidencia de que la participación de un niño con sD en el sistema educativo regular puede favorecer el desarrollo de sus HHSS (Valdía et al., 2013), no es posible determinar si en este caso fue así, pues otros factores pudieron influir en los resultados alcanzados: 1) la existencia de una instrucción directa que consideraba las necesidades y características individuales del sujeto de la intervención (Flórez y Ruiz, s. f.; Peñafiel y Serrano, 2010); 2) la implicación y participación de todos los actores educativos; 3) la interacción con pares sin sD (Valdía et al., 2013); y 4) el momento en que se realizó la intervención (Calero et al., 2010).

Si bien esta experiencia muestra la importancia de las medidas pre y post en el estudio de caso para poder identificar los efectos de la intervención realizada, se sugiere llevar a cabo estudios posteriores donde se repitan todos los aspectos relevantes de la investigación original en niños con sD y otras discapacidades, con la intención de poder ratificar los datos obtenidos.

Respecto al modelo de intervención utilizado, las habilidades y contenidos trabajados fueron útiles y apropiados para MPO; además, los procedimientos, técnicas y estrategias del PEHIS fueron oportunas, fáciles de seguir y enseñar.

Dado que se trata de un estudio de caso único, no es posible generalizar los resultados. Aunque los niños con sD tienen una apariencia similar y comparten ciertas características cognitivas y emocionales, “cada niño con esta condición es muy diferente y debe ser intervenido [...] bajo un modelo individualizado considerando su grado de afectación genética” (Rodríguez et al., 2022, p. 8).

Por último, los niños con sD tienen capacidad para aprender cualquier tipo de habilidad o conocimiento a su propio ritmo. En este caso, se demostró que el diseño de una intervención adaptada e individualizada para la atención temprana de las dificultades que presentaba MPO al momento de interactuar con sus pares y los

adultos resultó ser efectiva, pues se comprobó la existencia de una mejora en las HHSS trabajadas. ^{sc}

Referencias

- Abecia, I. (2014). *Educación emocional en personas con Síndrome de Down* [tesis de Licenciatura, Universidad de Zaragoza]. Repositorio de la Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/16355/files/TAZ-TFG-2014-1685.pdf>
- Angulo, M. C., Gijón, A., Luna, M., y Prieto, I. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de síndrome de Down*. Junta de Andalucía; Consejería de Educación; Dirección General de Participación e Innovación Educativa. <http://hdl.handle.net/11162/3175>
- Artigas, M. (2017). Síndrome de Down (Trisomía 21). *Asociación Española de Pediatría*, 33-47. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6-down.pdf>
- Ballester, R., y Gil-Llario, M. (2002). *Habilidades sociales*. Teoría, investigación e intervención. Síntesis.
- Barati, H., Tajrishi, M., y Sajedi, F. (2012). The effect of Social skills training on Socialization skills in children with Down syndrome. *Iranian Rehabilitation Journal*, 10(15), 35-38.
- Betina, A., y Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12(23), 159-182. <http://www.redalyc.org/pdf/184/18424417009.pdf>
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (7.ª ed.). Siglo XXI.
- Calero, M. D., Robles, M. A., y García, M. B. (2010). Habilidades cognitivas, conducta y potencial de aprendizaje en preescolares con síndrome Down. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(1), 87-110. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121995005>
- de Miguel, P. (2014). Enseñanza de habilidades de interacción social en niños con riesgo de exclusión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 17-26. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147183002>

- Díaz-Cuéllar S., Yokoyama-Rebollar E., y Del Castillo-Ruiz, V. (2016). Genómica del síndrome de Down. *Acta Pediátrica de México*, 37(5), 289-296. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000500289&lng=es&tlng=es
- Díaz-Hernández, D. J., Torres-Gómez, I. P., Arango-Martínez, A. M., Manrique-Hernández, R. D., y Gallo-Bonilla, J. E. (2020). Aspectos genómicos, transcriptómicos y del diagnóstico en el síndrome de Down. *Medicina & Laboratorio*, 24(1), 37-56. <https://doi.org/10.36384/01232576.13>
- Enrique, A. M., y Barrio, E. (2018). *Guía para implementar el método de estudio de caso en proyectos de investigación*. Editorial Tecnos.
- Flórez, J., y Ruiz, E. (s.f.). El síndrome de Down: aspectos biomédicos, psicológicos y educativos. *Fundación Iberoamericana Down 21*. <https://www.down21.org/profesional/2125-el-sindrome-de-down-aspectos-%20biomedicos-psicologicos-y-educativos.html>
- Gutiérrez, I. (2018). Aplicación de un programa de habilidades sociales a una persona con Síndrome de Down. *Revista Discapacidad, Clínica y Neurociencias*, 5(1), 75-81. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6312756>
- Lacunza, A. (2012). Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salugénica. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (12), 63-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645288>
- Llamazares, N., y Pacheco, D. I. (2012). Propuesta de un modelo de instrucción para la adquisición de habilidades sociales en sujetos con síndrome de Down. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 211-218. <https://redalyc.org/articulo.oa?id=349832339021>
- López, S. (2016). Síndrome de Down e intervención educativa: emoción y habilidades sociales [tesis de Licenciatura, Universidad de Jaén]. Repositorio de la Universidad de Jaén. https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/4121/1/Lpez_Cuenca_Susana_TFG_Educacin_Primarya.pdf
- Monjas, M. I., Arias, B., y Verdugo, M. A. (1991). *Desarrollo de un código de observación para evaluar la interacción social en alumnos de primaria*. III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona, España.

- Monjas, M. I. (1993). *Cuestionario de Habilidades de Interacción Social*. CEPE.
- Monjas, M. I. (1995). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social*. Trilce.
- Monjas, M. I., y González, B. P. (2000). *Las Habilidades sociales en el currículo*. CIDE.
- Peñafiel, E., y Serrano, C. (2010). *Habilidades sociales*. EDITEX.
- Rodríguez, K. V., Molina, E. L., y García, S. P. (2022). *Inclusión de niños con síndrome de Down y su afectación emocional, una perspectiva desde la psicología clínica* [tesis de Licenciatura, Universidad Minuto de Dios].
- Ruiz, E. (2011). Características psicológicas de los niños y jóvenes con síndrome de Down. *Fundación Iberoamericana Down 21*.
- Ruiz, J. I., e Ispizua, M. A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Sierra, M. del C., Navarrete, E., Canún, S., Reyes, A. E., y Valdés, J. (2014). Prevalencia del síndrome de Down en México utilizando los certificados de nacimiento vivo y de muerte fetal durante el periodo 2008-2011. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(5), 292-297. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000500006&lng=es&tlng=es
- Valdía, R. Pfeifer, L. I, Panuncio-Pinto, M. P., Ferreira, J. L., y Gomes, P. P. (2013). Habilidades e interacciones sociales de los niños con síndrome de Down en la educación ordinaria. *Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down*, 17(2), 29-34. [https://doi.org/10.1016/S1138-2074\(13\)70037-X](https://doi.org/10.1016/S1138-2074(13)70037-X)
- Villalva-Sánchez, A. F., Sandoval-Molina, J., Hernández, L. A., y Pérez, Á. O. (2019). Perfil neuropsicológico de pacientes con síndrome de Down. *DIVULGARE Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan*, 6(12), 13-18. <https://doi.org/10.29057/esa.v6i12.4014>
- Wester, U., Westerlund, J., Myrelid, A., Annerén, G., Johansson, L., Åberg, M., Gustafsson, J., y Fernell, E. (2019). An intervention targeting social, communication and daily activity skills in children and adolescents with Down syndrome and autism: a pilot study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, (15), 2049-2056. <https://doi.org/10.2147/NDT.S205721>
- Yubero, S. (2004). Socialización y aprendizaje social. En I. Fernández, S. Ubillos, E. M. Zubieta y D. Páez (Coords.), *Psicología social, cultura y educación* (pp. 819-844). Pearson Educación.