

## **EVOLUCIÓN DEL JUEGO EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO**

En el año de 1944 se estableció en el Hospital Johns Hopkins el “Helen Schnetzer Child Life Department”, como un servicio profesional para pacientes pediátricos, diseñado para estrechar la brecha entre el ambiente del hogar y el hospitalario.

Es importante mencionar dentro del proceso histórico a Emma Plank pionera en la preocupación sobre los efectos de la hospitalización relacionados con el cuidado de los niños en las salas del hospital. La señora Plank y numerosos seguidores participaron activamente en la formación de programas de “Educación y Recreación”, los cuales en la actualidad se conocen como “Programa de Vida Infantil” y constituyen un enlace coyuntural entre los pacientes, los padres, el personal de enfermería, los médicos y los servicios de salud.

En 1940-1950 se estudia el desarrollo emocional del niño (Spitz).

Bowlby y Robertson (1952) prosiguen sus estudios del niño hospitalizado.

En 1953 Robertson recoge en un documental que denominó “Un niño de dos años va al hospital”, quería cambiar las maneras utilizadas en el cuidado y tratamiento médico del niño en el hospital, el filme mostraba un intenso estrés emocional, que manifestaba el niño al separarse de sus padres, mientras se le sometía a una intervención quirúrgica leve, luego en 1958 hizo otro filme “Ir al hospital con la madre” debido al interés despertado por el bienestar emocional del niño enfermo hospitalizado, se crearon organizaciones y revistas relacionada con la psicología pediátrica.

El valor del juego en el niño hospitalizado.

En 1963 la SCF (Save The children Fund) reconoció la necesidad de juego en el ámbito del hospital, realizando el primer proyecto coordinado de juego en el mismo (Belson 1987; Sadler, 1990).

En un estudio realizado por Kielhofner, Gary y cols. en 1983, observaron un grupo de niños hospitalizados y no hospitalizados el desarrollo del juego y el placer obtenido (grado de alegría, vivacidad y de juego exhibido), detectó que ciertas características del entorno hospitalario, entorpecen el desarrollo del juego.

En 1976 reconocen un grupo de expertos la necesidad de que exista personal especializado, encargado de fomentar el juego en dicho ámbito.

En el año de 1977, cuando ya existía alrededor de 500 ludotecas, recibió su máximo impulso de los padres de niños minusválidos, que unidos a los profesionales, reconocieron el valor que tiene un compañero de juego adulto suficientemente preparado y un conjunto planificado de juguetes.

Takata (1980) y Florey (1971) proporcionaron una taxonomía y una clasificación del juego, que crea una base para establecer la historia lúdica y las secuencias de desarrollo del comportamiento lúdico.

En 1984 se ve la necesidad, de que haya en el hospital salas de juego, destinadas para tal función. En este mismo año han iniciado más de 60 proyectos de juego en diferentes hospitales, establecen las funciones del juego.

June Jolly (enfermera Jefe de Pediatría en Greenwich), ha realizado un estudio de los hospitales en la aplicación del juego como medio terapéutico.

En 1990 promueven la importancia del juego, por las especiales funciones que el juego puede cumplir cuando el niño está ante una situación traumática, como es el caso de un ingreso del hospital.

The National Association of hospital play staff (Nahps) y The National Association for The Welfare of Children in Hospital (Nawch), reconocen la necesidad de realizar proyectos de juego en el ámbito hospitalario.

A finales de siglo se produjo un cambio en el sistema de visita de los padres, las reglas eran muy estrictas respecto a los juguetes (las posibilidades de juego de los niños) el confinamiento en la cama y la alimentación.

Brennan (1994) sugiere que el uso del juego, se incluyera dentro de la planificación general de la atención, ya que proporciona al niño un cuidado integral y es una herramienta de comunicación

En enero del año 2000 la Fundación Theodora llega a España, y en la actualidad trabaja en 11 hospitales repartidos por las diversas comunidades autónomas. La actuación de la organización ha conseguido que cada año 30.000 niños españoles reciban la visita del Dr. Sonrisa, integrando además a los familiares del pequeño en las actividades. Esta idea se fundó en Suiza en 1993 por los hermanos Jan y André Poulieal con el objetivo de aliviar el sufrimiento de los niños hospitalizados a través de la risa, organizando para ello visitas semanales de artistas profesionales, los Doctores Sonrisa, quienes dedican su tiempo y atención a los niños hospitalizados.

Hoy en día, más de 350 programas de vida infantil operan dentro de los departamentos de pediatría, como parte integral de los servicios hospitalarios en países como Norteamérica, Gran Bretaña, Canadá y otros.

## **DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE PREPARACIÓN INFANTIL.**

Slegel y Hudson (1992) proponen que en general los programas sobre preparación infantil, deben incluir los siguientes componentes:

Proporcionar información, estimular la expresión emocional, establecer relaciones de confianza, proporcionar estrategias de afrontamiento al niño y los padres.

Se deben utilizar diferentes tipos de preparación según los distintos estilos de afrontamiento. Niños que muestren una baja defensa a la hospitalización, juegan con juguetes relacionados con la experiencia hospitalaria y por lo tanto muestran poco estrés y ansiedad.

Niños que manifiestan una alta defensa anterior a la cirugía, son los que evitan jugar con aquellos objetos relacionados con la experiencia hospitalaria y manifiestan más ansiedad después de la cirugía.

A medida que se van conociendo mejor las necesidades del niño hospitalizado y se toma conciencia de la importancia de los padres en el cuidado infantil, se pueden desarrollar esfuerzos que tengan como objetivo principal el crear un ambiente pediátrico en el cual los pacientes se sientan libres para explorar, investigar, experimentar, elegir actividades y expresarse.

Se deben buscar y brindar métodos y sistemas de compensación, satisfaciendo con ello sus necesidades de cariño, comprensión, actividad y libertad.

Fernández Ballesteros (1992) recomienda que la valoración, que se puede hacer de un programa de preparación para la hospitalización una vez aplicado, dependa de tres juicios valorativos que son:

- Efectividad: Es la medida en la cual una intervención ha alcanzado los objetivos propuestos.
- Eficacia: Es la medida en la que un programa ha producido unos determinados efectos o resultados.
- Eficiencia: Es la relación entre los beneficios obtenidos y los costes del programa.

Con los juicios anteriores, se pueden derivar beneficios, minimizar o eliminar los prejuicios, de tal modo que se convierta en una experiencia de la que el usuario pediátrico pueda obtener algún resultado positivo, esta experiencia implica la oportunidad de promover el desarrollo cognitivo y psicosocial, la posibilidad de intervenir diseñando espacios y actividades lúdicas y educativas

Velasco propone que se debe disponer de estrategias y recursos necesarios a través del voluntariado para ofrecer el mayor apoyo emocional.

## **EL ADULTO INFORMADO.**

El impacto psicológico de la enfermedad y la subsiguiente hospitalización tiene primordial importancia, porque podría tener una influencia significativa, en el desarrollo emocional ulterior del niño y favorecer actitudes negativas hacia los servicios de salud.

Se hace cada vez más necesario investigar la forma de pensar del niño hacia las personas que están presentes en su nuevo ambiente, con el ánimo de poder crear un clima de empatía necesario para reducir los efectos negativos de la hospitalización.

Hay muchas fuentes bibliográficas que exponen los efectos que puede producir en el niño la hospitalización, pero pocas fuentes que hablen sobre la importancia del cuidado de la voz, la observación del niño y/o el cuidado del lenguaje postural, estas cualidades hablan del nivel de calidad humana, que debe buscar el adulto que decida relacionarse con la infancia..

A continuación se exponen conocimientos que permitirán comprender y reflexionar la relación del desarrollo infantil con las creencias que tienen los niños/as respecto a la enfermedad, salud, el personal sanitario y los procedimientos médicos, todos estos elementos determinantes para un actuar con sentido, en lo que necesita el niño/a.

## **EFFECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN**

La hospitalización es un acontecimiento no deseado para nadie, los niños son los más propensos a sufrir alteraciones importantes en su estado emocional.

(Vallejo Nájera, 1991).

Al analizar la experiencia de hospitalización habría que hacerse varias preguntas: ¿Cómo se puede conocer? ¿Qué piensa y siente su hijo? ¿Qué le produce más ansiedad o temor? ¿Cómo se manifiesta esa ansiedad o temor? ¿Cómo y en función de qué puede variar el grado de estas reacciones? (Del Barrio, 1992)

El trauma de la hospitalización se produce según: el momento evolutivo, de vivencia interna, biológica y biográfica que esté atravesando el paciente pediátrico.

El impacto de la hospitalización y de todo lo que esta implica, puede frenar su desarrollo, por lo que la estimulación sensorial, la interacción verbal son tan importantes en el niño como lo es la alimentación y el reposo.

Constituye una gran fuente de estrés y algunos miedos residuales que pueden permanecer en el interior del niño. (En la revista mi bebé y yo).

Para el niño como protagonista, la experiencia hospitalaria es generadora de gran ansiedad, angustia, sufrimiento y posiblemente trauma psíquico. La inmadurez y la limitada capacidad de adaptación del niño a enorme números de factores exógenos y endógenos del ambiente hospitalario, lo pone en franca desventaja frente al paciente adulto.

La enfermedad produce sensaciones internas inusuales, un repentino conocimiento de procesos corporales desconocidos, así como una inexplicable pérdida de control de partes o funciones del cuerpo. De este modo, la experiencia de enfermedad y hospitalización crea en el niño la necesidad de su comprensión y adaptación y consecuentemente, reacciona ante ellas. La separación del hogar, un entorno extraño y desconocido, soledad, dolor y malestar, intimidación de muerte y la fantasía de los niños sobre lo que está ocurriendo, se consideran entre los diferentes factores que generan estrés en los usuarios pediátricos.

La hospitalización tiene un efecto porque se produce una separación de los padres, y estos dependen de la situación y circunstancias en que se produce, el tiempo, con quién y en qué lugar se queda el niño hospitalizado, edad, experiencias previas, tipos de cuidado ofrecidos entre 1- 6 años.

Las conductas suelen pasar por tres fases: protesta, ambivalencia y adaptación.

Si el centro hospitalario no ofrece un verdadero diseño educativo, ni oportunidades afectivas adecuadas, los efectos a largo plazo serán, sujetos con falta de confianza en las relaciones con los demás y sentimientos acentuados de inseguridad.

## **CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO ENFERMO.**

Antes de hablar de las características de los niños enfermos, vamos a definir enfermedad y salud.

*ENFERMEDAD:* Es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible. (López, B).

Condiciona el desarrollo emocional, esta situación influye en el curso de la enfermedad, lo somático y lo psíquico, suelen ir íntimamente ligados y pueden confundirse.

Cuando la enfermedad es de forma aguda, se produce una ruptura de la vida psíquica, se manifiesta en forma de trauma desorganizativo.

Cuando la enfermedad es crónica, supone un cambio cualitativo, implica una limitación y es vivida por el usuario pediátrico, como una castración de sus verdaderas necesidades. Otros autores la definen como: un hecho que rompe la continuidad de una biografía, no se queda ahí, no se congela sino que evoluciona y en esa evolución hay acontecimientos que son nefastos y que debieran evitarse. (Ochoa, L).

La forma de afrontar la enfermedad depende de factores cognitivos, en concreto de la evolución de una inteligencia sensorio motriz a las operaciones lógico concretas, por una parte y por otra del momento en que el niño, se encuentra en la formación de su auto concepto, que ha sido definido como: la teoría que el niño construye acerca de sí mismo y de los demás. (Juan Ignacio Arrarás)

*SALUD:* Se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto a nivel (micro celular) como en el (macro social).

Para promover la salud, se mencionarán los cuidados que deben tener todas las personas que forman parte del actual ambiente del niño pediátrico.

Es el completo estado de bienestar físico, mental y social

## LA NECESIDAD COYUNTURAL ENTRE PADRES, PERSONAL SANITARIO Y MAESTROS

Las diferentes disciplinas que desempeñan un papel influyente en el ámbito hospitalario deben concebir al niño, no sólo en su necesidad física, sino como un ser biopsicosocial y visto desde una concepción ternaria (cuerpo, alma y mente), comprender las diversas necesidades de la anterior concepción es urgente, para que el niño pueda desarrollarse de forma integral.

En el simposio Internacional celebrado en Salamanca, Miguel Ángel Verdugo (1996) señala que las personas que trabajan con los niños en el ámbito hospitalario, deben conocer el Art. 29 referido a que la educación debe desarrollar su personalidad, aptitudes, capacidad mental y física hasta su máximo potencial.

Y el Art. 31 que tiene derecho al esparcimiento, al juego y a participar en las actividades artísticas y culturales. (Ochoa, L) recomienda trabajar con base, a la carta Europea de los derechos de los niños hospitalizados (aprobada por el parlamento Europeo, en 1986).

En un informe del SCF en 1990 establece que la tarea del hospital es realizar un cuidado integral al paciente pediátrico no sólo el cuidado físico, sino en las esferas psicológicas y social (Riestra y Oltra). Ya que a la salida del hospital el niño, podrá estar físicamente sano pero psíquicamente enfermo.

La organización de los centros hospitalarios como la uniformidad, rigidez y monotonía pueden agravar los problemas citados, en el tema de las características del usuario enfermo.

A continuación se indican algunas ayudas que necesitan recibir los niños/as, por parte de las personas que le cuidan.

### AYUDA POR PARTE DE LOS PADRES

Todas las personas que están presentes en el ambiente del niño enfermo, deben promover su calidad de vida y esta se entiende como:

Bienestar subjetivo como de la familia, que está vinculado a valores que estas sostienen y los valores socialmente como ideales de una buena vida.

Si el adulto quiere ayudar al niño a afrontar la experiencia de hospitalización; resulta útil conocer, *cómo comprende la enfermedad* y conocer que en la actividad lúdica al igual que en cualquier otra actividad infantil, se manifiestan diferencias individuales, en función de este aspecto el profesional puede *organizar juegos y actividades apropiadas a la naturaleza de la enfermedad y otras características personales del niño o adolescente*. (Dobs, Polietti y Teung), señalan diversas actividades lúdicas adecuadas a las características evolutivas del paciente.

Se debe analizar descriptivamente la conducta cognitiva, esta hace referencia a lo que piensa o experimenta el niño, la conducta motora, conductas psicofisiológicas, cómo se manifiestan los sistemas corporales, análisis de ver si la respuesta ansiosa tiene un carácter estable (rasgo de personalidad) o pasajero (estado).

Se le debe informar: ¿Qué le ocurre?, ¿Por qué va hacer ingresado?, ¿Qué enfermedad tiene?, ¿Qué le van hacer? (Treviño, J)

Necesita que les ayuden a comprender las reacciones.

Para comunicarse con niños por debajo de los 6 años, se deben utilizar *referencias temporales* como: “nos vemos después de la comida” o “cuando hayan pasado 2 noches”

A los preescolares se les debería omitir referencias, a actividades en el interior del cuerpo y tener en cuenta todo aquello que es accesible a su percepción, partes externas de su cuerpo, algún instrumento, sensaciones, etc.

A los escolares se les puede dar información de tipo general sobre el interior del organismo y sus actividades mediante *dibujos, videos e instrumentos*.

Los adolescentes son capaces de comprender explicaciones sobre aspectos anatómicos del organismo así como sus alteraciones.

- La ayuda que se proporcione al niño o adolescente debe incluir información, se debe tener en cuenta cómo éste comprende los datos que recibe.
- Los niños que tienen la ventaja de que estén sus padres disminuyen la depresión y ansiedad, aumenta la autoestima, se adaptan mejor al proceso hospitalario, les da confianza y seguridad, se evitan las reacciones que produce la separación de la madre.
- Deben ser alentados a jugar con sus hijos, guiados por el terapeuta, el animador y/o personal que hasta ahora realizaba dicha labor, proporcionándoles facilidades para desarrollar la función.
- Se le debe animar a repasar todos los acontecimientos y se les debe pedir que expliquen lo que más les ha gustado y lo que menos.
- Hay que bromear con él afectuosamente (Fundación Theodora)
- No mentirle porque el niño/a lo consideraría como una traición.
- Es importante hacerle entender que se trata de una situación pasajera y que después se sentirá mucho mejor.
- La llegada al centro es el momento más delicado, por lo que no hay que dejar sólo al niño en las horas posteriores a su ingreso.
- Los padres deben mantener las promesas a sus hijos, para no desilusionarle ni ponerle nervioso.
- Debido a que les da miedos las jeringuillas, pueden pedirle algún objeto a las enfermeras y utilizarlo para jugar.
- Si le angustian las medicaciones o las inyecciones al padre, lo que se sugiere es que se mantenga alejado, para no transmitir la angustia al pequeño.
- Consultar al médico acerca del grado de reposo que requiere para ayudarle a tolerar su forzosa inactividad mediante juegos interesantes y tranquilos.
- Las actividades que se prevean deben tener en cuenta sus necesidades físicas y de recuperación.
- Deben crearles posibilidades de expansión, motivarles con todos los estímulos posibles (juego y juguetes) para evitar que se produzcan atrofas.
- Se debe evitar que se retraigan y /o adopten una actitud de apatía psicológica y pasividad como consecuencia de su enfermedad física.
- Necesita que se les permita hacer las cosas a su propio ritmo.

Vicente Madoz sugiere, que para ayudar a los usuarios hospitalizados deprimidos, se cuide el entorno, y se debe ocupar que el menor conserve y disponga de objetos propios así como pueda ejercitar sus costumbres y hábitos cotidianos, que siga disfrutando de los juegos de su elección y pueda recibir visitas para que sus pautas de socialización se preserven.

## **AYUDA DEL PERSONAL SANITARIO.**

Disminuye el coste de la hospitalización, pueden recibir las observaciones que proporcionan los padres.

Se deben considerar lo que los síntomas de la enfermedad significan para el niño enfermo.

Debe hacer partícipe al niño de lo que está ocurriendo.

La comunicación en numerosas ocasiones será a través del juego y se fomentará la confianza hacia los profesionales de la salud.

Es muy importante no usar indiscriminadamente términos técnicos, ya que puede producir rechazo o dificultad en la comunicación lo cual denota falta de sensibilidad.

El proceso de llegar hasta la intimidad de la persona y que no pierda su identidad a pesar de la circunstancia por la que está atravesando son tres pasos:

Sensibilidad, comunicación y encuentro. (Ochoa, L).

Explica el encuentro como: la situación en que tiene su lugar el diálogo, que supone amistad, afecto y respeto a la realidad, a la verdad del otro y de sus circunstancias.

Pueden usar dibujos para expresar su ansiedad y miedos, además pueden expresar verbalmente, con mayor libertad, sus pensamientos, cuando realizan actividades lúdicas y cuando se encuentran con adultos en los que confían. (Chambers, 1993).

(Brennan, 1994) sugiere que los profesionales de la salud colaboren de manera estrecha con los profesionales de la educación para incluir el juego terapéutico dentro de las actividades pedagógicas.

Se recomienda que el Pediatra tenga un material complementario con algunos juguetes, láminas, peluche etc. Este material distiende a los usuarios y/o tranquiliza, lo entretiene cuando tenga que hablar con las figuras parenterales. (José Luís Pedrera, 2006).

El cumplimiento del tratamiento y la interacción con el Pediatra, sólo serán eficaces si el niño comprende lo que ocurre. (Zeiner, 1985)

El rol de la enfermera está en permitir al niño y adolescente estructurar su tiempo, a fin de que a pesar de su enfermedad no se detenga su desarrollo, pero evaluando su reserva de energía para evitar fatigarle.

## **AYUDA DE LOS PROFESORES**

(Gilbert, Highet, 1950) en el libro titulado “The Art of teaching” escribió estas palabras: “La enseñanza es todo acto educativo, entraña emociones, que no se pueden tasar y utilizar sistemáticamente y valores humanos que quedan por completo fuera de la consideración científica. Se ha de poner corazón en la enseñanza.

Encausar de forma positiva las ansias, temores, frustraciones, deseos, impulsos y angustias etc.

Alternar las actividades lúdicas con la implantación de algunos programas de seguimiento escolar, mediante la utilización de métodos audio-visuales.

Obtener a través de las actividades lúdico-pedagógicas una serie de datos que representan una valiosa fuente de información para el equipo sanitario ya que jugando se obtiene resultados imprevisibles que no se lograrían en una camilla. (Guerro C, 1992).

## **DERECHO A JUGAR.**

La técnica lúdica es un medio útil para familiarizar a los usuarios pediátricos, con experiencias amenazantes, esta les puede ayudar a adquirir control, autonomía y cierto grado de dominio.

- Permite detectar dificultades, problemas de comunicación y adaptación al entorno hospitalario.
- Se proporciona el desahogo o esparcimiento necesarios para paliar las fobias y temores que la enfermedad y sus consecuencias producen.
- Provoca desviar la atención que se mantiene de su enfermedad, hacia actividades propias infantiles.
- Fomenta la afectividad para que esta no sufra interrupciones o alteraciones, ya que es la que aporta la energía necesaria para la evolución psíquica, moral e intelectual del niño.
- Permite que se manifieste espontáneamente, respetando lo que para él es “Su trabajo y su ley de vida”, de esta forma, podrá demostrar su conducta y personalidad.
- También aporta valiosos datos para la historia clínica y para dar muestras de evolución de la enfermedad, al igual que permite que vaya recuperando gradualmente su independencia y su necesidad de actividad. La autora (Guerro C, 1992),

En un informe por la SCF se establecen que las funciones del juego son:

- Prevenir las regresiones en el desarrollo.
- Estimular al niño a cooperar con los procedimientos entre el personal sanitario y sus familiares.
- Ayudar al paciente pediátrico a estructurar su tiempo en el hospital.
- Ayuda al niño a afrontar y a reducir las situaciones estresantes a través del desarrollo de estrategias.
- Ayuda a clarificar malos entendidos o dudas que los niños tengan.
- Proporciona sensación de normalidad de un ambiente poco familiar como es el hospital. (Chambers, 1993).
- Reducir el carácter de “distinto” del contexto hospitalario en relación con el escolar.
- Permite elaborar la ansiedad relacionada con la vuelta al hogar o el tratamiento.
- Aprende sobre la experiencia del hospital y los procedimientos médicos.
- Supera sus temores y conflictos intensos, compensando su vivencia de pequeñez e impotencia.
- Las experiencias le ayudan a entender las rutinas hospitalarias y las secuencias que ocurren los eventos.
- Estimulan su desarrollo intelectual, afectivo y social.
- Permite detectar dificultades, problemas de comunicación y adaptación al entorno hospitalario.
- Contribuye a mantener los niveles educativos al utilizar juegos y juguetes que ayudan a la labor didáctica al profesorado.
- Permite explorar cómo vive el niño su proceso de la enfermedad y su estancia hospitalaria.
- Consigue romper la monotonía y motivar a la actividad.
- Ayuda a crear una atmósfera parecida a la de su casa.

- Favorece la relajación
- Ayuda a prepararle para la anestesia y para intervenciones quirúrgicas.
- Contribuye al desarrollo de la autoestima
- Permite expresar agresividad y tensiones y con ellos exteriorizar sentimientos,
- Les da tranquilidad a los padres.
- Facilita la comprensión de la enfermedad.
- Facilita la cooperación de los niños en los tratamientos
- Prepara a los niños para los procedimientos invasivos
- Favorece la recuperación del niño.

Cuanto mayor sean sus limitaciones, mayor es también la urgencia de aprovechar al máximo las posibilidades que le queden, la persona encargada de jugar debe darle una idea de cómo es el juguete, cómo funciona y enseñarle sus posibilidades.

Sear, mantenía que el juego proporciona a los niños la oportunidad, de explorar la estructura de su universo, basándose en el binomio ensayo-error.

Implica auto-curación y auto-aprendizaje. (Maier, 1996).

## ¿QUÉ PUEDEN HACER LOS NIÑOS/AS CON LOS JUGUETES EN EL NUEVO AMBIENTE?

El nuevo entorno del niño hace que la relación juego-juguete represente el microcosmos donde imitan el mundo que están conociendo,

*Los juguetes* son efímeros y algunas marcas y variedades surgen y desaparecen, pero constantemente renacen, con distinta presentación, en principio el motivo descrito es el funcionamiento en lugar de dar un nombre o una marca, cosas para mirar, para coger y manipular, para amontonar y para meter unas dentro de otros, para estimular la movilidad y coordinación viso-motora, para despertar fascinación, para desarrollar discriminación y para estimular el desarrollo del lenguaje.

También se define como: cualquier objeto que se utiliza, con un fin distinto al que está concebido.

### EL AMBIENTE

Las características de los ambientes suelen representar algo y se repiten a través del tiempo y la distancia a experiencias potenciales.

Mosey (1986) definió el ambiente como el agregado de fenómenos que rodean a una persona e influyen en el desarrollo y la existencia de la misma.

El ambiente se compone de factores no humanos como (condiciones físicas, cosas e ideas) y componentes humanos como (individuos o grupos).

El ambiente comprende los lugares físicos totales, que son todas las cosas que afectan a lo seres humanos como seres físicos, sociales y psicológicos.

También puede definirse el ambiente en términos de contenido físico, social, estructura y propiedades dinámicas.

### EL AMBIENTE HUMANO

Son las variables que comprenden la identidad de una persona, destrezas cognitivas, estado biofísico (edad, sexo, antecedentes genéticos, y étnicos) formación psicológica, ideas religiosas y políticas, posición económica y de lenguaje.

Los ambientes humanos comprenden los ambientes social y cultural. (Mosey) define un ambiente social como: una matriz de personas con las cuales se relaciona una persona y con las cuales la persona necesitará relacionarse en un futuro.

El ambiente cultural se refiere a las estructuras sociales, los valores, las normas y las expectativas que le son conocidas: Estos componentes son importantes para el nivel de conciencia y autodefinición de una persona, para la definición de una situación y para el alcance de un estado de salud.

### EL AMBIENTE NO HUMANO

Fue definido como: las condiciones físicas, los objetos y las ideas del mundo de una persona.

El ambiente físico se compone de objetos (juguetes, muebles, alojamiento y ropas) y condiciones físicas como: espacio y temperatura.

Las ideas elaboradas y ordenadas son variables como tiempo, horarios y seguridad física.