

# INTERVENCIÓN EN EL LENGUAJE, HABLA Y COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN

---

Trabajo final de grado



PEDAGOGÍA

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE NAVARRA

**Autor:** Natalia Navascués Domínguez

**Tutor:** Francisco Javier Laspalas Pérez

Pamplona, 15 de mayo de 2023



## Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	7
1. Fundamentación teórica.....	9
1.1. Descubrimiento del síndrome de Down.....	9
1.2. Definición del síndrome de Down.....	9
1.3. Prevalencia e incidencia.....	10
1.4. Causas.....	11
1.5. Diagnóstico médico.....	12
1.6. Síntomas.....	12
2. Lenguaje, habla y comunicación en pacientes con síndrome de Down.....	17
2.1. Características generales del lenguaje, habla y comunicación.....	17
2.1.1. Características físicas.....	17
2.1.2. Características cognitivas.....	18
2.2. Características específicas del lenguaje, habla y comunicación.....	19
2.2.1. Lenguaje expresivo.....	19
2.2.1.1. Habla e inteligibilidad.....	20
2.2.1.1.1. Audición.....	21
2.2.1.1.2. Articulación y fonología.....	22
2.2.2. Comprensión.....	22
2.2.3. Pragmática.....	23
2.3. Características en adolescentes y edad adulta.....	24
3. Programa de intervención en el lenguaje, habla y comunicación.....	25
Conclusión.....	33
Bibliografía.....	35



## **RESUMEN**

Al comprender qué es el síndrome de Down, se logra atender efectivamente las necesidades de quienes lo padecen. La adquisición se ve alterada, tanto el expresivo como la comprensión y pragmática. Hay que estimular desde temprana edad el habla y comunicación de tales personas, que es fundamental en el día a día. Mejorar las habilidades comunicativas es imprescindible para alcanzar un desarrollo integral en todas las áreas, en especial la integración en la sociedad.

Palabras clave: Síndrome de Down, lenguaje, dificultades, intervención

## **ABSTRACT**

By understanding Down's syndrome, the needs of people with Down's syndrome can be effectively addressed. Language acquisition is impaired, in the expressively, comprehension and pragmatics. It is necessary to stimulate the speech and communication of such people from an early age, which is fundamental in day-to-day life. Improving communication skills is essential to achieve comprehensive development in all areas, especially integration into society.

Keywords: Down's syndrome, language, difficulties, intervention



## Introducción

El síndrome de Down es una enfermedad que afecta a un considerable número de personas en todo el mundo. Se reconoce como una anomalía genética que afecta al cromosoma 21, causando una discapacidad intelectual, además de otras alteraciones, por ejemplo, la adquisición del lenguaje. Una intervención temprana y adecuada permite mejorar sus capacidades comunicativas.

Dada la importancia que posee el dominio del lenguaje para mejorar la calidad de vida de dichos alumnos, favorecer su inclusión en la escuela y sociedad, y promover su autonomía, en el presente trabajo de fin de grado, se aborda la intervención en el lenguaje, habla y comunicación en los pacientes con síndrome de Down.

Escogí el tema por una motivación meramente personal. A lo largo de mi vida he convivido con este tipo de personas, compartiendo numerosas situaciones y trabajando con ellas. Siempre quise aprender a ayudarlas mejor pero no llegué a hacerlo. Por tanto, y tomándolo como un reto personal, he decidido abordar el tema para poder ampliar mis conocimientos y ofrecer así una respuesta más adecuada.

La experiencia me ha mostrado que estos alumnos son muy sociables y transmiten alegría. Tratar con ellos es gratificante, al mismo tiempo que un desafío en términos de la comunicación y lenguaje. Por este motivo, considero fundamental la intervención, para equipar a estas personas con habilidades y herramientas necesarias permitiéndoles interactuar con los demás y expresarse de manera efectiva, aumentando su motivación y ganas de seguir avanzando.

El objetivo principal de este trabajo es explicar en qué consiste el síndrome de Down y profundizar en las alteraciones del lenguaje con él asociadas, para poder desarrollar una intervención fundamentada. Por tanto, se detalla un programa que ofrece orientaciones y pautas específicas de intervención, tanto para los profesionales de la educación como para las familias. Se busca así mejorar el lenguaje, habla y comunicación de tales personas, e indirectamente su capacidad de interactuar socialmente para fomentar así su formación integral.

En el primer capítulo, se explica en qué consiste el síndrome de Down y cuáles serían sus causas. En el segundo, se describen las características del lenguaje, el habla y la comunicación de quienes lo padecen. En el tercero, se presenta un programa de intervención

existente, diseñado para mejorar las habilidades comunicativas, con directrices y recomendaciones para familias y profesionales de la educación.

El síndrome de Down es una realidad con la que han de enfrentarse los profesionales de la educación, y, por tanto, deben estar preparados para el día de mañana poder ofrecer una respuesta adecuada y efectiva a este tipo de alumnos.



## 1. Fundamentación teórica

### 1.1. Descubrimiento del síndrome de Down

Los antecedentes del síndrome de Down se remontan a los escritos del médico francés Edourd Seguin, quien en el año 1846 identificó y describió por primera vez dicha patología, con al menos dos casos de los que hoy se reconocen como trisomía 21 (Perera y Rondal, 2016, p. 17; Rondal, 2013, p. 28). Tanto dicho autor como Jean Étienne Dominique, que buscaban mejorar la conducta y el tratamiento de las personas con discapacidad intelectual, fueron los primeros en identificar dicha enfermedad (Prasher, 2018, p. 100).

Posteriormente, el médico londinense John Langdon Down, director del Royal Earlswood Asylum of Idiots, en Redhill y fundador de otras instituciones similares, además de desarrollar su carrera profesional como médico, definió los fenotipos actualmente aceptados en un grupo de pacientes, y los reflejó en informes no publicados en 1862 - 1865. Un año más tarde, publicó un artículo clasificándolos étnicamente por familias y con características propias (Rondal, 2013, p. 29). Atribuyó a tales pacientes la *mongolian idiocy*, terminología que alentó la discriminación y los prejuicios hacía las personas portadoras de la trisomía 21 (Perera y Rondal, 2016, p. 17; Rondal, 2013, p. 29).

En reconocimiento a dichos estudios y para evitar la marginación de quienes la padecían, la Organización Mundial de la Salud llamó a tal alteración como Síndrome de Down (Perera y Rondal, 2016, p. 17) y acordó no usar la expresión *mongolian idiocy*, aunque no llegaría a caer en desuso hasta 1975 en el *Index Medicus* (Rondal, 2013, p. 31).

Los avances en el estudio de cromosomas realizado por parte de Von Nageli, permitieron tanto a Waarderburg (1932) como a Bleyer (1934) afirmar que la causa de la enfermedad podía ser la no separación o duplicación de alguno de ellos (Rondal, 2013, p. 31). En 1950, Turpin y Lejeune, que rechazaban la clasificación étnica de John Langdon Down, sostuvieron que la causa podría ser un fallo en la reproducción de algún gen. Eso condujo a Lejeune, Gautier y Turpin a reconocer en 1959 la existencia de la trisomía 21 y publicar los primeros documentos verificando (Rondal, 2013, p. 32).

### 1.2. Definición del síndrome de Down

Es una enfermedad causada por la trisomía 21, una anomalía cromosómica, que consiste en la presencia de un tercer cromosoma 21, adicional, en las células del organismo

humano (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 49), lo cual provoca efectos de diversa índole en el desarrollo y funcionamiento del organismo de los pacientes.

Concretamente, se reconoce la trisomía 21 como “una condición genética, relativa al cromosoma 21, donde una serie de genes triplicados determinan una sobreproducción de proteínas particulares de diferentes tejidos del cuerpo, lo cual provoca los efectos patológicos característicos del fenotipo de las personas portadoras” (Rondal, 2013, p. 25).

Según la CIE-11, Clasificación Internacional de enfermedades, el síndrome de Down es una “anomalía cromosómica caracterizada por la presencia de una tercera copia del cromosoma 21, con manifestaciones clínicas como deficiencia intelectual variable, hipotonía muscular y laxitud articular, a menudo asociadas a dismorfia facial y diversas malformaciones” (CIE-11, 2023). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera una afección genética que conlleva una serie de características físicas y cognitivas (Organización Mundial de la Salud [ONG], 2023).

El cromosoma 21 es el más pequeño del organismo del ser humano y está compuesto por unos 500 genes, de los cuales 50 se consideran los implicados en el fenómeno del síndrome de Down. Lo causan interactuando entre sí o con otros genes de otros cromosomas. Dichos genes se consideran sensibles a la dosificación, ya que triplicados o mediante la sobreexpresión, producen efectos patológicos que dan lugar al fenotipo neurológico y conductual específico de los pacientes con esta patología (Rondal, 2013, p. 24).

Se han formulado dos hipótesis para explicar como la trisomía 21 origina el síndrome de Down. Por un lado, el efecto por dosis genética, ya que la sobreexpresión de genes trisómicos específicos provoca los rasgos propios del síndrome de Down, que varían en función de la base genética. Por otro lado, la amplificación de la inestabilidad en el desarrollo, es decir, el desequilibrio de genes provoca una alteración de la homeostasis celular, de modo que habría una relación entre el tamaño de la anomalía en el cromosoma triplicado y el grado de alteración cognitiva (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 50).

### **1.3. Prevalencia e incidencia**

Tras el estudio de los casos de síndrome de Down, la incidencia total sería de 1 de cada 700 nacimientos, aunque varía en función de numerosas condiciones (Martínez Pérez, 2011, p. 19). Como ejemplo, la añosidad de la madre, aumenta los casos. Asimismo, en las mujeres de 20 años se da en 1 de cada 1700 partos, a los 35 años ocurre en 1 de cada 400, y en el

caso de las mujeres con 45 años, se observa en 1 de cada 30 casos (González-Lamuño, 2006, p. 48).

En España la prevalencia es de 7,11 por cada 10.000 nacimientos, con tendencia a reducirse. El aumento porcentual de casos en las mujeres por debajo de 35 años, se relaciona con la decisión de no seguir adelante con el embarazo tras el diagnóstico prenatal de la trisomía 21 en el niño (Martínez Pérez, 2011, p. 19).

#### **1.4. Causas**

Siendo foco de gran interés la patología, en diversas investigaciones se ha comprobado que este exceso de material cromosómico en el organismo humano puede ser de tres tipos: triplicación del cromosoma 21, translocación total o parcial del brazo largo de dicho cromosoma, y mosaicismo (Rondal, 2013, p. 23).

Las anomalías surgen durante la meiosis (Rondal, 2013, p. 23), que según indica el diccionario de la Real Academia es la “sucesión de dos divisiones celulares en la reproducción sexual de la que resultan cuatro células con el número de cromosomas reducido a la mitad”, y por tanto se reduce a la mitad el número de cromosomas durante la gametogénesis (Rondal, 2013, p. 23).

Lo más frecuente es hallar la triplicación del cromosoma 21. En esta circunstancia, existen 3 copias completas del mismo en todas las células del organismo, a causa de la no disyunción de los cromosomas en las células reproductoras (óvulo y espermatozoide) durante el proceso de meiosis I o meiosis II (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 50).

La translocación cromosómica se manifiesta en uno de los progenitores, durante o antes de la gametogénesis, que aún no presenta la trisomía 21, pero puede transmitirla. Se da entre el cromosoma 21 y los cromosomas 13, 14, 15 o 22; o dentro del cromosoma 21 únicamente (Rondal, 2013, p. 24). De esta forma, hay un desequilibrio en el cromosoma 21 completo y una unión con una parte de otro cromosoma, de manera que se observa como resultado la presencia de dos cromosomas 21 y un tercer fragmento del mismo (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 50).

El mosaicismo es menos frecuente entre las causas. En tal caso la trisomía no se da en todas las células del organismo. Esto se debe a la no disyunción que ocurre en las primeras particiones celulares durante la fecundación. De esta forma, la cantidad de células con trisomía 21 varían la afección del paciente, siendo esta más grave o menos (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 50).

## **1.5. Diagnóstico médico**

“Aunque existen signos orientativos del síndrome de Down en el análisis ecográfico durante el embarazo, el diagnóstico prenatal definitivo exige la realización de una amniocentesis o biopsia de las vellosidades corioideas para poder realizar el cariotipo de células fetales” (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 50). Por otro lado, se puede realizar el diagnóstico posterior al parto, en función de los rasgos físicos que muestra el paciente, confirmado luego con la realización del cariotipo. Para ello, hay que observar lo siguiente:

Hipotonía, disminución del reflejo de moro, hiperlaxitud de las articulaciones, exceso de piel en la nuca, perfil plano de la cara, inclinación de las fisuras palpebrales, anomalías en la forma del pabellón auricular, displasia de la pelvis, displasia de la falange media del dedo meñique, surco simio en la palma de la mano. (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 51).

## **1.6. Síntomas**

Las personas con Síndrome de Down manifiestan los siguientes rasgos físicos y psicológicos. Cabe destacar que las características se evalúan individualmente, ya que no todas están presentes en todos los pacientes, mostrando diferentes grados y condiciones de estas en cada caso concreto, con la posibilidad de variar con los años. Se observa un cuadro clínico diverso y complejo en la población de Síndrome de Down (Perera y Rondal, 2016, p. 23).

En lo que concierne a los aspectos físicos, el perímetro craneal suele ser inferior al resto de la población. Los ojos tienen una forma ligeramente almendrada, cubiertos con una capa de piel en los bordes internos, y se observan manchas de color en la parte exterior del iris. Por lo general, la boca tiene un tamaño más reducido, con una lengua levemente abultada o normal. Es posible observar una estrechez en la cavidad bucal y una disminución del tono muscular, lo que puede provocar una protrusión de la lengua en algunos casos. El cuello es de longitud reducida, y lo mismo ocurre con las manos, ya que son pequeñas con dedos cortos. Se destaca en ellos una tonalidad marmórea, y poseen una piel seca. Suelen alcanzar menos estatura que el resto de la población, con las extremidades más cortas en comparación con la medida del tronco. Pueden presentar una condición de debilidad muscular generalizada (Perera y Rondal, 2016, pp. 23-25).

Hay una inclinación hacia la obesidad. En unos pocos casos, el sistema digestivo no ha completado su desarrollo anatómico y fisiológico al momento del nacimiento, y también presentan una laxitud articular excesiva. Es común que sufran de apneas del sueño. Se reconoce una alta incidencia de cardiopatías congénitas, mayor probabilidad de padecer leucemia y con predisposición a presentar deficiencias inmunitarias y endocrinológicas. Poseen cierta tendencia a padecer la enfermedad de celiaquía (Perera y Rondal, 2016, pp. 23-25).

En cuanto a los aspectos funcionales y psicológicos, presentan una afección en la motricidad gruesa como fina. Aunque el desarrollo motor es similar al del resto de los niños, necesitan más tiempo para adquirir la fuerza y el control motor. Esto se explica por “la hipotonía muscular, la laxitud de los ligamentos, la reducción de la fuerza y las extremidades más cortas” (Ruiz Rodríguez, 2016, p. 86). Concretamente, destaca en ellos la lentitud y una mala coordinación, junto a una torpeza motora y dificultades al realizar ciertos movimientos (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, pp. 59-60; Ruiz Rodríguez, 2016, p. 86).

Las anomalías en los procesos cerebrales son las responsables de la falta de concentración y la dispersión ante nuevos o diversos estímulos (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 60). Tienen dificultades para mantener la atención, tanto la focalizada como la sostenida (Ruiz Rodríguez, 2016, p. 87). Este aspecto varía en función de la motivación e interés que poseen sobre la actividad a realizar o situación en la que se encuentran, a la vez que su grado de cansancio, problemas de salud o numerosas distracciones del entorno (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 197; Ruiz Rodríguez, 2016, p. 88).

Otro aspecto que destacar es la percepción. Se observa una mejor competencia en la información obtenida visualmente, más que de forma auditiva. Por eso se interesan más y responden mejor a las actividades manuales. También poseen buena orientación espacial (Ruiz Rodríguez, 2016, pp. 88-89). En comparación al resto de la población, su nivel de respuesta a los estímulos es mayor, incluso en el umbral máximo de percepción del dolor. En ocasiones puede parecer que no están prestando atención a los demás, y esto ocurre por no haber captado los estímulos o debido a que otros los distraen. Para poder paliar esto, es importante estimular de forma correcta todos los sentidos (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 61).

En cuanto a la memoria, muestran “dificultades para retener información, tanto por limitaciones al recibirla y procesarla (memoria a corto plazo) como al consolidarla y recuperarla o evocarla (memoria a largo plazo)” (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, pp. 63-64; Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 257). Destacan en la memoria procedimental, lo contrario que ocurre con la memoria semántica, ya que tienen dificultades en adquirir conceptos, significados de las palabras, hechos y conocimientos generales (Ruiz Rodríguez, 2016, p. 89). Retienen mejor la información adquirida de forma visual que de forma auditiva. Su mayor carencia en este terreno es la escasa habilidad para adquirir estrategias de manera natural que les permitan recordar mejor (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 64).

El grado de afectación del lenguaje varía mucho. Comparten la dificultad de comunicar ideas y pensamientos, y en este sentido, es de gran utilidad el uso de gestos y onomatopeyas. En el habla muestran entorpecimientos en las articulaciones de palabras, por lo que resulta poco inteligible, a causa de los reemplazos, supresiones y alteraciones de fonemas que realizan (Ruiz Rodríguez, 2016, p. 90). Supone una mayor dificultad para ellos proporcionar respuestas verbales que motoras, con tendencia a dar respuestas estereotipadas (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 65).

En relación con la cognición, les cuesta manejar la información, tanto al procesar como al dar una respuesta. Llama la atención la complejidad con la cual la información entra, las dificultades que poseen en retenerla, el desafío que supone su elaboración, la falta de agilidad con la que responden a la misma, la propensión a su pérdida y el impedimento para relacionarla (Ruiz Rodríguez, 2016, pp. 91-92). Debido a la lentitud que presentan en procesar la información que les llega, hay alteraciones en “los procesos de conceptualización, abstracción, generalización y transferencia de los aprendizajes” (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 61).

El nivel de inteligencia es también variable. “Se suelen mover entre el rango de la discapacidad leve o moderada, con un coeficiente intelectual delimitado en un margen entre 40 y 65 puntos habitualmente, con algunas excepciones por encima y por debajo” (Ruiz Rodríguez, 2016, p. 93). Una parte poseen una capacidad intelectual límite, comúnmente asociada a las personas con mosaicismo, y otra parte deficiencias severas o profundas, usualmente en los casos asociados a una patología o entornos con estimulación limitada. (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 62). Quienes padecen discapacidad intelectual límite no muestran dificultades para asimilar contenidos escolares ordinarios mediante el

apoyo de ciertas adaptaciones. En caso de ser severa, es necesaria una intervención educativa más profunda (Ruiz Rodríguez, 2016, p. 94).

El desarrollo socioemocional es favorable, mostrando desde la primera infancia señales de bienestar emocional con expresiones positivas y de apego. En cuanto a la socialización, no tienen dificultades en integrarse en el grupo, los centros escolares o los entornos ordinarios. Adquieren habilidades como la comprensión social, la empatía y la capacidad para relacionarse con los demás. Buscan el contacto social, son comunicativos y poseen destrezas de interacción sólidas. Sin embargo, son menos espontáneos y en las actividades realizadas en grupo tienden a reproducir las actitudes o acciones de sus compañeros. Tienen gran dependencia de los adultos, sean los padres o los maestros (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, p. 65; Ruiz Rodríguez, 2016, pp. 94-95).

En cuanto a la personalidad, existe una amplia variabilidad. No obstante, suelen mostrar una limitada impulsividad al ejecutar actividades y poca predisposición a la exploración, lo que genera cierto aislamiento. Les cuesta inhibir la conducta. Tienen intereses reducidos, y se resisten a cambiar de actividades, especialmente si en la que están participando es de su agrado (Flórez Beledo y Ruiz Rodríguez, 2006, pp. 58-59; Ruiz Rodríguez, 2016, pp. 95-96). Dentro del aula, son propensos a desconectar y no pedir ayuda cuando la necesitan, además de mostrar falta de constancia, sobre todo en las situaciones que no son de su interés. Conforme avanzan los años, cada uno va adquiriendo una personalidad propia (Ruiz Rodríguez, 2016, pp. 95-96).





## **2. Lenguaje, habla y comunicación en pacientes con síndrome de Down**

### **2.1. Características generales del lenguaje, habla y comunicación**

Teniendo en cuenta la influencia de las conexiones cerebrales, es comprensible que las dificultades en el lenguaje, habla y comunicación puedan manifestarse de diferente manera en los individuos con discapacidad intelectual (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 285). Por tanto, para los pacientes con síndrome de Down el desarrollo de habilidades de habla y lenguaje supone un desafío significativo, a pesar de su inclinación natural por la comunicación desde temprana edad y su habilidad para utilizar gestos o signos como forma de comunicación no verbal (Perera, 2005, p. 5).

Como rasgos generales, y en diferentes grados o niveles según cada caso, destacan las siguientes características en este campo: dificultad para ejecutar un habla inteligible, una capacidad mayor de comprensión del lenguaje e inconvenientes en la producción de la misma, proceso lento en la utilidad y empleabilidad de vocabulario, y, por último, una utilidad de la sintaxis retardada (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 285).

Es importante señalar la variabilidad que se reconoce de una persona a otra, tanto por su dotación biológica como por las diversas influencias externas (ambientales, educativas y sociales) que se reconocen (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 285). La diversidad en el progreso y desarrollo del habla y lenguaje en estos individuos está ampliamente documentada en todos los estudios de investigación (Perera, 2005, p. 21). Por tanto, las características y aspectos desarrollados se consideran imprecisos, dando lugar a difusiones generales de descripción (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 285). Dicho esto, cada paciente recibe un tratamiento personalizado que se adapta a sus fortalezas y debilidades particulares, aplicando técnicas específicas y proporcionando información pertinente para ayudarles a lograr el mayor avance posible en el desarrollo de sus habilidades (Kumin, 2015, p. 24).

A continuación, se desarrollan las características físicas y cognitivas que alteran el lenguaje, habla y comunicación de los alumnos con síndrome de Down.

#### ***2.1.1. Características físicas***

Las dificultades en el habla son comunes en los niños con síndrome de Down, debido a las diferencias en los músculos o la estructura de la zona facial. Concretamente se caracteriza una disminución del tono muscular, con los músculos más relajados y flojos de lo habitual,

dificultando así el control del mismo. Esta condición afecta a los músculos de la lengua, labios y mandíbula, presentando entorpecimiento para realizar movimientos libres entre ellas. Se observa una boca más pequeña en relación con la lengua, lo cual, al presentar hipotonía, puede lucir más grande. Además, la respiración oral se produce como resultado de la presencia de adenoides o amígdalas de gran tamaño, alergias frecuentes o episodios de resfriados. Por último, existe un paladar estrecho y elevado en forma de bóveda, paladar ojival, que puede restringir la capacidad de la lengua para realizar movimiento al hablar (Kumin, 2015, p. 34).

Los aspectos mencionados anteriormente, alteran a la inteligibilidad del habla, exteriorizando trabas en los siguientes aspectos: en la articulación, mostrándose como una habilidad para mover y regular los labios, lengua, mandíbula y paladar, que sirve para articular de forma precisa y comprensible los sonidos; en la fluidez, que significa lograr hablar sin interrupción, detención o obstrucción; en la secuenciación o integración fonológica, competencia para articular los sonidos en una secuencia correcta; y en la resonancia, la entonación y calidad de los sonidos del habla (Kumin, 2015, p. 34).

### ***2.1.2. Características cognitivas***

Los pacientes con síndrome de Down se reconocen por padecer una lentitud a la hora de comprender el entorno, y con esto, reclaman más proporción para enlazar las palabras a su significado. Para clarificar, “un niño con desarrollo típico necesita oír la palabra gato 5 o 6 veces, mientras tiene el gato delante para poder realizar dicha unión, el niño con Síndrome de Down puede que necesite 10 o 12 veces” (Perera, 2005, p. 26).

Siguiendo con las características cognitivas que presentan los alumnos con trisomía 21, las dificultades intelectuales afectan en el aprendizaje, y concretamente en las destrezas comunicativas, ya que la capacidad cognitiva, como la memoria, el razonamiento y el conocimiento de conceptos, afectan en la adquisición del lenguaje (Kumin, 2015, p. 36).

En lo que atañe a la discapacidad intelectual, se ven afectadas la generalización, la memoria, el pensamiento abstracto y las habilidades de procesamiento, entre otras.

En cuanto a la generalización, la habilidad para transferir los conocimientos adquiridos de un contexto a otro nuevo se ve afectada, de forma que los pacientes pueden aprender una destreza, pero no utilizarla espontáneamente en otro entorno. Con praxis y trabajo se puede lograr la capacidad de generalizar (Kumin, 2015, p. 36).

Siguiendo con la memoria, repercute en la memoria a corto plazo, la cual está relacionada con el aprendizaje del habla y lenguaje. En rasgos generales, tienen una memoria visual mejor desarrollada que la memoria auditiva (Kumin, 2015, p. 36).

El pensamiento abstracto, siendo está la competencia para entender las nociones intangibles, lleva consigo dificultades para comprender el lenguaje, concretamente: las palabras que hacen referencia a los extremos, las palabras que se utilizan con más de un significado y las frases que de acuerdo con como se ordena puede tener diversos significados (Kumin, 2015, p. 37).

Como último aspecto, las habilidades de procesamiento, que sigue el ciclo de recibir información, interpretar y responder, muestran alteraciones. Para ellos, es más difícil recibir y procesar la información auditiva en comparación con la visual, debido a que lo visual no es tan pasajero como la que recibimos de forma auditiva, contando con un periodo mayor de tiempo para lograr entender e interpretar (Kumin, 2015, pp. 37-38).

## **2.2. Características específicas del lenguaje, habla y comunicación**

A continuación, procedo a desarrollar rasgos significativos y característicos del lenguaje, habla y comunicación en alumnos con Síndrome de Down.

### **2.2.1. Lenguaje expresivo**

La afectación del lenguaje expresivo se manifiesta mediante una reducción de este y con un trastorno específico, concretamente muestran trabas en la utilidad de la morfosintaxis y restricciones en el uso sintáctico, más que en la semántica y pragmática (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 286). Por tanto, corroborando dicha idea, tienen una mejor percepción y comprensión del lenguaje y más dificultades en expresar, como puede ser en manifestar una idea o solicitar repetir algo que no han entendido (Kumin, 2015, p. 38). Del mismo modo, muestran dificultades en organizar y planificar la estructura del mensaje, y esto los lleva a utilizar un lenguaje descriptivo y utilitario (Santos Pérez y Bajo-Santos, 2011, p. 7).

Las dificultades reconocidas en el campo del lenguaje expresivo traen consigo una reducción de la longitud media de enunciados, produciendo así textos con menos palabras y frases en comparación al resto de los individuos. Como ejemplo:

A la edad de cuatro años, los niños con desarrollo ordinario tiene una LME de 4,5 palabras mientras que los niños con síndrome de Down la tienen de 1,5 palabras. Para

los 6 años y medio, la LME en los niños con síndrome de Down es 3,5 palabras. (Kumin, 2015, p. 39).

### ***2.2.1.1. Habla e inteligibilidad***

Los pacientes con síndrome de Down tienen mucho que expresar, pero en ocasiones resulta difícil comprender lo que dicen por causa de las limitaciones que muestran en la inteligibilidad del habla, reconocida desde la infancia. Esta característica, dificulta la interacción del alumno con su entorno, ya que influye en la comprensión del mensaje que emite la persona y tiene un impacto negativo en la valoración que se hace sobre el mismo (Kumin, 2015, p. 131). Tienen complicaciones en la sucesión de tres o cuatro palabras, y con aquellas palabras que pueden reproducir correctamente de forma aislada, muestran trabas al introducirlas en una frase (Perera, 2005, p.17).

En rasgos generales, la inteligibilidad viene causada por múltiples factores y varía en función de diversos aspectos, siendo así una condición no estática del ser humano. Por tanto, en algunos casos habrá complicaciones en entender a los alumnos, y, al contrario, en otras ocasiones será un habla clara y comprensible. A continuación, se muestran diferentes variables que influyen en la inteligibilidad: aspectos anatómicos, neurológicos, del lenguaje, externos, fisiológicos, perceptivos o no verbales (Kumin, 2015, pp. 132-133).

Existen dos condiciones neurológicas que afectan directamente a la inteligibilidad del habla en las personas con síndrome de Down, reconocidas como la disartria y la apraxia. Por un lado, la disartria es una dificultad oral motora, que impacta sobre la fuerza y exactitud de los movimientos musculares, y que se refleja con la emisión de un habla poco clara (Kumin, 2015, p. 136). Por otro lado, la apraxia del habla es reconocida como una dificultad de planificación motora que influye en la habilidad para planificar y ordenar los sonidos. Tienen claro lo que quieren comunicar, pero experimentan dificultades en comenzar una palabra, continuar una frase, repetir la primera palabra o estructurar las sílabas. Asimismo, destacan en poseer un tartamudeo o atropellamiento (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 287; Kumin, 2015, p. 136).

Además de las dificultades anteriormente mencionadas, el habla se ve afectada por las consecuencias de la hipotonía. Los músculos de la zona facial, concretamente los brazos, piernas y cuello tienden a poseer un tono más relajado de lo normal, y se refleja en un habla con falta de precisión. Esto ocurre debido a que no poseen la capacidad de sostener la

exhalación del aire durante el periodo de tiempo necesario para completar la frase (Kumin, 2015, p. 137).

### **2.2.1.1.1. Audición**

Otro aspecto destacable, y el cual afecta y puede suponer una traba en la transmisión verbal, es la audición. Las alteraciones en la capacidad auditiva vienen de la mano de una mala transferencia de las ondas sonoras a través del oído externo, tímpano y huesecillos del oído medio. A su vez, por una falta de activación adecuada del sistema neurológico en el oído interno o por una errata en la transmisión en las vías nerviosas que llegan a la corteza auditiva primaria en el lóbulo temporal. Por último, puede deberse a una ineficacia de las redes neuronales del sistema intracortical, representante de procesar y decodificar fonéticamente las sílabas y palabras (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 288).

Usualmente, se produce una disminución auditiva conductiva a causa de una acumulación de cera en el oído medio, afectando aproximadamente al 70% de los jóvenes. Por tanto, los tapones de cera o la otitis media con mucosidad alteran el campo del lenguaje, entorpeciendo la llegada y claridad de procesamiento del mensaje por parte del cerebro, siendo esta de efecto temporal (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 289; Perera, 2005, p. 29). Por otro lado, cabe la posibilidad de sufrir una pérdida auditiva neurosensorial, que provoca un efecto fijo en la cavidad auditiva (Perera, 2005, p. 29).

En el caso de los pacientes con síndrome de Down, las infecciones y factores que afectan a la audición hacen que el aprendizaje de los sonidos del lenguaje pueda estar dificultado, ya que en ocasiones pueden no escuchar bien los sonidos. Específicamente, comprenden con mayor facilidad el significado de lo que ven que lo que escuchan, y, por tanto, tienen dificultades en efectuar actividades en las que deben discernir y replicar los sonidos del lenguaje hablado, causando dificultades para generar el habla. Para adquirir dicho conocimiento, es fundamental estar de forma constante y repetida expuestos a ellos (Kumin, 2015, pp. 135-137).

Es importante destacar que la demora en los primeros años tendrá un impacto en el desarrollo posterior del lenguaje. Sin embargo, muchos estudios han demostrado que aún sin tener alterada la audición, los pacientes con esta condición siguen padeciendo dificultades de diferentes grados y tipos en el habla. Esto lleva a pensar que la dificultad viene causada por una incompleta estructuración de los sistemas neurales responsables de la planificación y producción del habla (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 289).

### **2.2.1.2. Articulación y fonología**

La articulación, siendo la actividad que implica realizar los sonidos que conforman el habla, está comúnmente afectada en los alumnos con síndrome de Down, y como resultado generan un habla poco comprensiva e inteligible. Específicamente los errores más frecuentes se observan al pronunciar las consonantes, aunque las vocales también están afectadas. Además, los sonidos que suelen ser adquiridos en etapas más avanzadas del desarrollo del lenguaje, son más propensos a ser pronunciados incorrectamente. He de añadir que suelen ser fallos inconscientes, ya que algunos sonidos pueden ser emitidos de forma correcta en una palabra, y en cambio, en otra que también tenga dicho sonido pueden pronunciarlo incorrectamente. Las palabras largas destacan por ser mal articuladas (Kumin, 2015, p. 157-158).

Específicamente, “los trastornos con la articulación se producen por una defectuosas colocación o regulación, dirección, precisión, velocidad o coordinación de los movimientos de los labios, la lengua, el velo palatino, la mandíbula o la faringe” (Kumin, 2015, 158). En este sentido, este aspecto viene causado por problemas auditivos, factores anatómicos y fisiológicos, aspectos sensoriales, movimiento muscular y de la coordinación de los músculos bucales (Kumin, 2015, p. 158).

Continuando con la fonología, según el diccionario de la Real Academia Española es la “parte de la gramática que estudia cómo se estructuran los sonidos y los elementos suprasegmentales de una lengua para transmitir significados”. Por tanto, en los procesos fonológicos, la problemática viene dada debido a que los alumnos modifican las reglas y producen patrones más básicos pero erróneos (Kumin, 2015, p. 174).

Haciendo referencia a las limitaciones más comunes en este apartado, se reconocen los siguientes ejemplos: emplear la simplificación, prescindir de la última consonante (decir “sa” en vez de “sal”), acortar los sinfonos (decir “bazo” en vez de “brazo”), oclusión (decir “topa” en vez de “sopa”), articular todos los sonidos en la parte posterior de la boca (decir ”buenates” en vez de “guantes”) y supresión de la sílaba átona (decir “fanda” en vez de “bufanda”) (Kumin, 2015, p. 176).

### **2.2.2. Comprensión**

En lo que respecta a la comprensión, y tal y como he mencionado anteriormente, los pacientes con síndrome de Down muestran una mayor habilidad para comprender un mensaje

que para expresarlo, no obstante, desarrollan dificultades también en este aspecto (Kumin, 2015, p. 38).

La comprensión viene determinada en función de la asociación que posee con el contexto, ya que los pacientes muestran una mayor capacidad de comprensión cuando reciben mensajes sobre aquello observado anteriormente o estando presente mientras lo mencionan. Asimismo, frente a mensajes en pasiva, enunciados complicados y sin un contexto específico o funcionalidad práctica, oraciones con proposiciones subordinadas o con negaciones, presentan dificultades para entender (Santos Pérez y Bajo-Santos, 2011, pp. 7-8).

Aunado a esto, el alumnado que no posee esta condición puede exhibir dicha falta de comprensión al resto, por el contrario, el alumnado con síndrome de Down no expresa al adulto o compañero su incomprensión y la necesidad de que se repita la frase o actividad de una forma diferente (Santos Pérez y Bajo-Santos, 2011, p. 8).

### **2.2.3. Pragmática**

La pragmática se refiere a la utilización efectiva del lenguaje en contextos comunicativos, generando una práctica social e interactiva de la misma. Comúnmente, tanto los pacientes con la condición como sin ella, adquieren dichas destrezas antes de las primeras palabras. Esto se debe a que algunas habilidades pragmáticas, como son el contacto visual, la sonrisa o la expresión facial, se consideran necesarias para expresar las emociones y son las que se adquieren de forma temprana. En cambio, otras como llevar a cabo un tema específico en una conversación, se adquieren posteriormente cuando ya poseen una base del habla y lenguaje (Kumin, 2015, p. 181).

Los pacientes con síndrome de Down muestran habilidades para relacionarse socialmente, logrando una comunicación efectiva mediante señas, gestos o expresión facial. Asimismo, tienen la capacidad de identificar los gestos no verbales que requieren o no una respuesta (Kumin, 2015, p. 182; Rondal, 2006, p. 8).

A favor de estas líneas, la adquisición de la pragmática se considera el aprendizaje más accesible para este alumnado. Es importante apoyar y contribuir en la enseñanza de cómo utilizar el lenguaje en contextos o circunstancias específicas, con la ventaja de que destacan por querer comunicarse con el resto y de poseer habilidades para ello (Kumin, 2015, p. 182). Por tanto, “la comunicación puede efectuarse con gestos, por medio del lenguaje de signos, de un tablero de comunicación, de un aparato electrónico o mediante el habla” (Kumin, 2015, p. 182).

### **2.3. Características en adolescentes y edad adulta**

Sin ánimo de profundizar en lo que concierne a personas jóvenes y adultas con síndrome de Down, sí que me gustaría destacar diversos datos característicos en este tema. Conforme avanzan en la edad, demuestran habilidades de mejora en la competencia del lenguaje. Los adolescentes siguen adquiriendo nuevo vocabulario y su conocimiento del léxico supera el dominio de la gramática. Este último se ve afectado tanto en la comprensión como en la producción de palabras funcionales, más que en la morfología. Las frases son cada vez más largas y muestran una mayor fluidez en el habla, incluyendo historias más complejas en las conversaciones (Perera, 2005, p. 25).

En lo que respecta a la edad adulta, diversos autores mencionan progresos en el desarrollo de la capacidad receptiva y comprensiva del lenguaje. Por otro lado, la estructura gramatical, el uso del vocabulario expresivo y la capacidad de comprensión de la morfosintaxis receptiva no disminuyen conforme transcurren los años. No obstante, los modelos de comunicación sí que pueden disminuir en la edad adulta (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2015, p. 287).



### **3. Programa de intervención en el lenguaje, habla y comunicación**

La intervención en el lenguaje, habla y comunicación es una tarea fundamental para el desarrollo integral del alumnado con síndrome de Down, ya que este mejora la calidad de vida de estas personas, favorece su inclusión en la escuela y sociedad y promueve su autonomía. Por tanto, debido a la necesidad expuesta a causa de las dificultades que presentan en el lenguaje los alumnos con esta patología, en este capítulo procedo a desarrollar un programa de intervención concreto enfocado en el desarrollo del lenguaje, habla y comunicación.

Tras realizar un análisis e investigación sobre diferentes programas de intervención existentes en este tema, y ponerme en contacto con la Asociación del Síndrome de Down de Navarra e informarme de las pautas e indicaciones que llevan a cabo allí, he optado por lo que propone Perera (2005a y 2005b).

Es una tarea esencial el trabajo conjunto entre los profesionales de la educación y las familias, ya que el alumno está en constante comunicación en ambos entornos. Es importante la implicación de todos los agentes y, sobre todo, ir en la misma dirección para poder contribuir en la adquisición y mejora de las habilidades lingüísticas de los individuos. De esta forma, y siendo otros de los puntos por los cuales he optado por seleccionar este programa, es su visión conjunta en dar pautas tanto a las familias como a los educadores del alumno.

El mismo comprende todas las edades que nos conciernen como profesionales de la educación, y ofrece conocimientos, pautas, orientaciones, actividades y recursos de una forma clara y completa. Está dividido en tres libros que abarcan una serie de edades específicas, y concretamente para la realización de este capítulo he seleccionado y combinado los que engloban las edades comprendidas entre 0-5 años (Perera, 2005a) y las edades 5-11 años (Perera, 2005b).

El programa comienza a llevarse a cabo desde los primeros años, el primer momento donde los niños comienzan a adquirir habilidades lingüísticas, ya que es una tarea fundamental ejecutar una intervención efectiva desde entonces. El objetivo principal de este programa, en las edades de 0-5 años y en 5-11 años, es mejorar tanto la calidad como la cantidad de comunicación de los pacientes en su vida diaria y alcanzar la eficacia mediante el desarrollo de habilidades específicas. Sumando a ello, en la segunda etapa, se añade la

relevancia de llevar un registro específico del progreso del alumnado (Perera, 2005a, p. 6; Perera, 2005b, p. 7).

La calidad de la interacción se considera un aspecto fundamental durante todo el programa, y, por tanto, se busca instruir a las familias y educadores sobre cómo el alumnado con síndrome de Down adquiere el lenguaje, para así fomentar una mayor sensibilización y conocimiento sobre las etapas del desarrollo del fenómeno del lenguaje. Por medio de diferentes orientaciones y pautas se quiere mejorar la capacidad de los adultos para enseñar y trabajar de forma efectiva, poniendo el foco en dar una respuesta adecuada a las dificultades e impedimentos con los que cuentan estos pacientes (Perera, 2005a, p. 7).

Se observan diferentes características procedentes de las dificultades en el lenguaje que presentan los alumnos con esta condición, y tras analizarlos recientemente en el capítulo anterior, el programa aporta en rasgos generales los siguientes objetivos a perseguir y pautas para solventarlos:

Objetivos	Pautas
Disminuir las consecuencias obtenidas a causa de la pérdida auditiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Revisiones auditivas regulares e intervención quirúrgica</li> <li>– Disminución de sonidos del entorno y preservar el contacto visual</li> <li>– Técnicas de compensación en el entorno comunicativo para aprovechamiento de los recursos visuales</li> </ul>
Potenciar la articulación y fonología	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fomentar el desarrollo del control muscular de la boca y el rostro</li> <li>– Diferenciar sonidos y destrezas de producción en el balbuceo</li> <li>– Entrenamiento de los sonidos del lenguaje de forma aislada</li> <li>– Llevar a cabo un registro de la capacidad para producir sonidos</li> <li>– Ejercicios para entrenar palabras y frases</li> <li>– Utilización de signos</li> <li>– Fomentar lectura</li> </ul>

<p>Agilizar el conocimiento y elaboración de vocabulario</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrucción de vocabulario</li> <li>- Llevar un registro del avance del conocimiento y elaboración de palabras</li> <li>- Utilización de signos</li> <li>- Fomentar la lectura</li> </ul>
<p>Agilizar el desarrollo de habilidades en la gramática y creación de frases</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrucción de la utilización de la comunicación con dos, tres y cuatro palabras</li> <li>- Instrucción de gramática temprana</li> <li>- Instrucción de las reglas de gramática</li> <li>- Instrucción de las palabras función</li> <li>- Llevar un registro del avance del conocimiento y elaboración de palabras</li> <li>- Fomentar la lectura</li> </ul>
<p>Considerar la limitación de la memoria auditiva a corto plazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenar con palabras los sonidos dominados</li> <li>- Practicar juegos de memoria</li> <li>- utilización de medios visuales, fotos y escritura</li> </ul>
<p>Resaltar las habilidades sociales y trabajar en su desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener habilidad de escuchar y responder en todo momento Generar situaciones para que el niño practique el lenguaje para expresarse</li> <li>- Utilización de gestos</li> <li>- Fomento de diferentes estilos de conversación</li> </ul>

Tabla 1. Elaborado a partir de Perera, 2005a, pp. 8-9; Perera, 2005b, pp. 8-10.

Para comenzar, y tomando como base durante todo el programa para llevar a cabo las actividades, se reconocen los listados de *Downed*. Han sido creados por *Down Syndrome Educational Trust*, una organización benéfica británica enfocada en apoyar a personas con síndrome de Down y sus familias. Son listados que se emplean para realizar una evaluación y poder llevar un registro del desarrollo del lenguaje, proporcionando numerosas palabras que debe ir adquiriendo el alumno por medio de técnicas y actividades. Su sencillo planteamiento, posibilita observar el progreso de los alumnos y seleccionar adecuadamente

las actividades que se llevarán a cabo para alcanzar los objetivos y continuar mejorando. Este material permite su utilización tanto en casa como en el centro educativo (Perera, 2005a, pp. 10-12; Perera, 2005b, pp. 11-12).

Para emplear los listados en la práctica, es importante comenzar por realizar una observación al alumno, tomando registro de las palabras que utiliza, los gestos o signos que emplea, su capacidad de unir palabras y los aspectos relacionados con este fenómeno que se crea conveniente. Todas estas anotaciones y observaciones se toman en cuenta para completar las listas iniciales que ofrecen y determinar los objetivos concretos para cada alumno (Perera, 2005a, pp. 11-12).

El programa de intervención, respecto a lo que nos concierne para este capítulo, engloba la comunicación interactiva, gestos y signos, y continúa por el habla y vocabulario. A continuación, procedo a desarrollar dichos puntos.

En lo que respecta a la comunicación interactiva, los alumnos tienen habilidades comunicativas destacables, caracterizados por participar activamente en situaciones sociales. Captan y emplean destrezas comunicativas como el contacto visual, expresiones faciales o gestos para transmitir mensajes y a modo de soporte de la expresión verbal. Asimismo, poseen la capacidad de utilizar habilidades verbales y no verbales para comunicarse de forma efectiva (Perera, 2005a, p. 12; Perera, 2005b, p. 13).

Específicamente, en la intervención enfocada en alumnos de 0-5 años se recomienda desarrollar las destrezas comunicativas desde la primera etapa. Para ello, estimular la interacción visual, las expresiones faciales, la melodía, el balbuceo, carcajadas y hablar con el bebé desde los primeros días es favorable para él. Del mismo modo se debe responder a sus emociones y mostrar agrado y respuesta al jugar con él, incitando la observación y la escucha en el intercambio (Perera, 2005a, pp. 12-13).

Del mismo modo, el autor sugiere realizar juegos para fortalecer la atención, a través de la mirada y la escucha. En cuanto a la mirada, utilizando el aplauso, llamarlo por su nombre o agitando un sonajero para captar su atención con la visión. Se recomienda utilizar juguetes con sonidos o colores y hacer movimientos exagerados para ello. Por otro lado, la escucha se puede ejercitar mediante diferentes elementos ruidosos, con objetos caseros a ser

posible, logrando que lo alcance en diferentes distancias y ocultando o moviendo para que lo busque. Es importante hacerle ver cuál es la causa del ruido, dialogar sobre ello y explicar lo que es (Perera, 2005a, pp. 13-14).

En cuanto al alumnado de 5-11 años, el programa recomienda promover todas las vías de comunicación, haciendo hincapié en las habilidades no verbales como pueden ser los gestos, ya que sirven para guiar mayoritariamente el lenguaje hablado en pacientes con síndrome de Down. Además, es importante fomentar las interacciones e incluirlo en las conversaciones con otras personas para poder desarrollar las competencias lingüísticas (Perera, 2005b, p. 13).

Siguiendo con los signos, el programa menciona la importancia de su utilización para el lenguaje, ya que contribuye en la comprensión del mensaje. Desempeñan el papel de vínculo para respaldar el desarrollo del habla, y son favorables para la comprensión y aprendizaje de nuevas palabras. De esta forma, al pronunciar una palabra, dejan de usar el signo correspondiente, ya que el lenguaje oral es el medio principal de comunicación para la mayoría del alumnado con síndrome de Down (Perera, 2005a, p. 17; Perera 2005b, p. 13).

En las primeras edades, las indicaciones de la intervención en niños de 0-5 años, se recomienda indicar el objeto u persona de la que se habla antes de decirlo de forma oral. Además, acompañar las explicaciones con signos facilita al alumno la tarea de comprensión del mensaje. De esta forma, el niño interioriza los signos y los irá implementando en su vida diaria para decir o pedir algo, dándole seguridad y motivación para seguir (Perera, 2005a, p. 18)

A partir de los cuatro años de edad, tal y como indica el libro de 5-11 años, se observa una diferencia en la utilización de signos entre un alumno y otro, ya que dependerá de la capacidad que cada uno posee para llevar a cabo el habla como medio de comunicación. En todo caso, se debe incitar el lenguaje oral como principal vía, fomentando la práctica de la palabra con el apoyo y ayuda de los signos (Perera, 2005b, p. 14).

En relación con esto, el programa destaca las habilidades de conversación, que desembocan en el habla. En las edades de 0-5 años, se recomienda a los padres y educadores, incitar en la escucha e interés en lo que el niño hace y dice, fomentando y ayudando a que el niño narre sus experiencias (Perera, 2005a, p. 22). Por otro lado, en las edades de 5-11 años, además de la escucha, se debe observar la forma en la que se enlaza y comienza una

conversación. En caso de no hacerlo, se recomienda que los adultos realicen preguntas y establezcan turnos de palabras (Perera, 2005b, p. 15).

Concretamente, el habla en el alumnado de 0-5 años, está relacionado con las habilidades tempranas, como serían la alimentación, deglución, bebida o respiración entre otros. Por ello, es importante trabajar en los movimientos faciales y de respiración, ya que son precisos para poder producir un habla clara. Para ello, se recomienda a los adultos insertar alimentos de diferentes texturas para masticar, incluir el vaso en vez de el biberón o enseñar a beber con pajita, realizando burbujas, tragos y silbidos. En definitiva, lograr que el niño mantenga la lengua dentro de la boca y que cierre los labios en círculo (Perera, 2005a, p. 22)

Del mismo modo, el programa recomienda llevar a cabo actividades donde el niño copie las formas de la cara y boca del adulto, jugar con tarjetas de sonidos que deban producir o trabajar con canciones donde destacan las palabras y sonidos. Es decir, fomentar el balbuceo de sonidos vocálicos y consonánticos, para así obtener el habla posterior. Para ello, se ofrece trabajar con tarjetas de sonidos de *DownEd* mediante juegos, ya que la práctica con dibujos o imágenes ayuda a la adquisición de sonidos con mayor rapidez (Perera, 2005a, pp. 23-24).

En lo que respecta al habla en el alumnado de 5-11 años, se debe continuar con las indicaciones de masticar alimentos más gruesos o llevar a cabo juegos para reproducir sonidos, añadiendo la capacidad de lograr discriminar y producir los sonidos por ellos mismos. Para ello, se sugiere llevar a cabo actividades donde se practiquen palabras y sonidos mediante modelos adecuados de imitación y reproducción. Asimismo, se recomienda practicar la lectura y promover situaciones que generen conversaciones (Perera, 2005b, pp. 18-19).

Las dificultades de lenguaje vienen dadas en su desarrollo normativo. Por tanto, para poder mejorar en la etapa de primaria, el programa sugiere incluir en las actividades y juegos las tarjetas de sonidos ofrecidas por *DownEd*, promoviendo de esta forma los sonidos vocálicos y consonánticos mediante dibujos, siendo una manera entretenida para ellos. Específicamente, las tarjetas presentan un dibujo de un objeto que emite el sonido correspondiente y se aconseja seleccionar aquellas palabras que están en el día a día del alumno (Perera, 2005b, p. 20).

Con los años, cuando el alumno comienza a hablar, está en constante repetición de palabras. Para hacerlo provechoso, los adultos pueden repetirlas, logrando que el niño escuche cómo se pronuncian adecuadamente, y ofrecer un *feedback* como respuesta, para promover su práctica en juegos o conversaciones. Asimismo, en las actividades el autor sugiere comenzar por sonidos simples, y adentrarse poco a poco en otros más complicados, hasta producir palabras compuestas por más de una sílaba, agrupar las palabras por aquellas que comienzan con el mismo sonido o utilizar las que el alumno necesite en su vida cotidiana (Perera, 2005b, p. 22).

Continuando con el vocabulario, se reconoce como una tarea fundamental la práctica y aprendizaje de este a través de una planificación, tanto en casa como en el colegio. Por ello, el programa ofrece las siguientes orientaciones.

Concretamente, en las edades de 0-5 años, el programa recomienda realizar una clasificación de dos grupos que sirva como organización. Uno de ellos, con palabras que el alumno no comprende y otro, con palabras que comprende, pero no dice. De esta forma, con el primer grupo se realizan actividades de comprensión donde se escogen 5 palabras, y conforme vayan aprendiendo, se eligen otras 5 nuevas. Por otro lado, con el segundo grupo se realizan actividades de producción, de igual forma (Perera, 2005a, p. 35).

Para adquirir dicho vocabulario, el autor recomienda llevar a cabo juegos o dinámicas de buscar, unir y ordenar diferentes objetos o tarjetas. También, los juegos de emparejar, seleccionar y nombrar, donde el alumno pueda adquirir nuevas palabras que le sirvan para su vida diaria o relacionados con los temas expuestos en el aula. Hay que añadir que es importante realizar las actividades con materiales y elementos reales y del entorno del alumno, ya que favorecen sus experiencias (Perera, 2005a, pp. 35-38).

En lo que concierne a la enseñanza de las primeras palabras, el programa indica que es importante realizar actividades entretenidas e interactivas para el alumno, asentar un orden y turnos de palabra, garantizar el sentimiento de logro en el niño y evitar situaciones de presión. Cuando muestre una variedad de 50 palabras, se comienza con la combinación de dos palabras. Para ello, se recomienda trabajar las actividades mediante la imitación con expansión, es decir, el adulto repite la palabra que el alumno ha dicho, pero de forma más extensa y resaltando las palabras clave. También, con palabras que indiquen personas o acciones, a través del juego como el de “simón dice”, o con apoyos ópticos y motores, por medio de tableros visuales y táctiles que contengan las palabras. Igualmente, la lectura tiene

un papel importante, ya que la caligrafía o los símbolos ayudan a generar palabras, tal como hemos mencionado durante el capítulo (Perera, 2005a, pp. 39-47).

Siguiendo con el alumnado de edades de 5-11 años en la enseñanza de palabras, el programa recomienda realizar las mismas actividades mencionadas anteriormente, añadiendo y destacando las siguientes.

Se encuentran en la etapa primaria, por tanto, el alumnado constantemente recibe nuevas palabras incluidas en el currículo escolar. Para ello, ofrece la posibilidad de realizar una “caja de palabras” con tarjetas que contengan vocabulario de las diferentes asignaturas, y poder darle un uso diario. De la misma manera, la dinámica de encontrar, emparejar y ordenar con material real, para lograr que el niño pueda unir y estudiar la palabra con su significado correspondiente. También, se recomienda seguir realizando la actividad de emparejar, seleccionar y nombrar con contenidos que el profesor exponga en clase, y paralelamente, fomentar la lectura para aprender vocabulario por medio de imágenes, ideas u oraciones (Perera, 2005b, pp. 30-32).

Siguiendo con las orientaciones del programa para adquirir una palabra, al igual que se ha desarrollado en las edades de 0-5 años, recomienda poner en práctica la imitación con expansión, los apoyos ópticos y motores o la lectura, empleando palabras para que sean adecuadas para dicha edad. En cuanto a la adquisición de unión de dos, tres o más palabras, los alumnos se encuentran en una etapa más avanzada, y, por tanto, poseen una capacidad mayor para poder comprender y producirlas. No obstante, se debe seguir promoviendo dicha capacidad por medio de actividades de imaginación o juegos en los que realizan acciones que contengan más cantidad de palabras, ejemplo de ello sería, “deja el bolígrafo amarillo en el estuche de tu compañero”. También, sugiere incluir progresivamente preposiciones en los juegos, actividades o selección de libros de lectura que se hace (Perera, 2005b, pp. 33-35).



## Conclusión

El presente Trabajo de Fin de Grado me ha llevado a conocer mejor el lenguaje en los pacientes con síndrome de Down. He podido comprender las individualidades y particularidades de estos alumnos, y estudiar cómo mejorarlo con un programa de intervención.

El lenguaje es una habilidad compleja en la que entran en juego numerosos procesos, y por ello, es fundamental estimularlos desde los primeros años de vida. Además, permite la comunicación y contribuye al desarrollo integral de la persona. Gracias al lenguaje, el individuo se relaciona con el entorno, comprende mensajes, expresa sus necesidades o deseos y obtiene información, lo cual le permite desarrollar su autonomía.

Esto último me parece esencial. Ser capaz de expresarse y comunicarse facilita en gran medida la integración social, ya que son las destrezas más importantes en dicho ámbito. Además, eso mejora significativamente la autoestima, el autoconcepto y por tanto la confianza con uno mismo. Eso motiva para seguir comunicándose e interactuando con otros, algo fundamental para educarse y disfrutar de una vida plena y autónoma.

He aprendido que los adultos y los educadores son los principales responsables de ofrecer, promover y fomentar una comunicación efectiva, tanto practicándola como facilitando recursos y orientaciones útiles. No pueden lograrlo sin tener en cuenta las características del lenguaje de los niños con síndrome de Down. Se trata de estimular una habilidad que se alimenta a sí misma, es decir, cuanto más se trabaje y practique, el alumno observará sus avances y eso le animará a utilizarla con mayor frecuencia.

Los educadores hemos de buscar que todos los alumnos alcancen los objetivos personales y académicos esperados, incluidos los que tienen necesidades peculiares. Por tanto, debemos conocer las características del lenguaje en los alumnos con síndrome de Down para emplear estrategias, herramientas y actitudes que permitan desarrollar al máximo sus capacidades, participando en las numerosas actividades que se realizan en el aula al igual que el resto de sus compañeros.

El hecho de haber compartido con ellos el día a día, me hizo conocerlos en persona, y ahora gracias al estudio teórico he podido comprender mejor quiénes son y cómo ayudarles a desarrollar el lenguaje.



## Bibliografía

- Buckley, S. (2005). *Habla, lenguaje y comunicación en alumnos con síndrome de Down. Una visión de conjunto* (J. Perera, Ed.). Madrid: CEPE.
- CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad.* (2023). ICD-11. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/21500692>
- González-Lamuño, D. (2006). El control de la discapacidad a través de las pruebas genéticas. En F. J. de la Torre Díaz & J. Pérez Marín (Eds.), *Diagnóstico prenatal y discapacidad*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas - Córdoba: PROMI.
- Flórez Beledo, J., & Ruiz Rodríguez, E. (2006). Síndrome de down. En FEAPS (Ed.), *Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones*. Madrid: IPACSA.
- Flórez, J., Garvía, B., & Fernández-Olaria, R. (2015). *Síndrome de Down: neurobiología, neuropsicología y salud mental: bases para la intervención en el aprendizaje, la conducta y el bienestar mental*. Madrid: CEPE.
- Kumin, L. (2015). *Síndrome de Down: Habilidades tempranas de comunicación. Una guía para padres y profesionales*. Madrid: CEPE.
- Martínez Pérez, S. (2011). *¿Qué sabemos de? El síndrome de Down*. Madrid: CSIC.
- Prascher, V. P. (2018). *Neuropsychological Assessments of Dementia in Down Syndrome and Intellectual Disabilities* (2ªed.). London: Springer.
- Rondal, J. A. (2006). Dificultades del lenguaje en el síndrome de Down: Perspectiva a lo largo de la vida y principios de intervención. *Revista Síndrome de Down*, 23, 120–128.
- Rondal, J. A. (2013). *Síndrome de Down, metodología hacia su normalización: aspectos médicos, neuropsicológicos, farmacoterapia y terapia genética*. Madrid: CEPE.
- Rondal, J. A., & Perera, J. (2016). *Qué sabemos hoy del Síndrome de Down: perspectivas terapéuticas*. Madrid: CEPE.
- Ruiz Rodríguez, E. (2016). *Todo un mundo de emociones: educación emocional y bienestar en el síndrome de down*. Madrid: CEPE.
- Santos Pérez, M. E., & Bajo Santos, C. (2011). Alteraciones del lenguaje en pacientes afectados de síndrome de down. *Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja*, 2(9).

*Trastornos congénitos.* (2023). World Health Organization (WHO).  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>