



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina de Valladolid

Titulación: Grado en Logopedia

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

EL ARTE DE EXPRESARSE ORALMENTE:
INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DE TIPO TALLER
BASADA EN EL ROLE-PLAYING PARA NIÑOS CON
SÍNDROME DE DOWN.

AUTORA: LUCÍA URQUIZA HIERRO

TUTORA: M^ª TERESA CORTÉS SAN RUFINO

CURSO: 2019/2020

ÍNDICE

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | RESUMEN | 2 |
| 1.1. | RESUMEN | 2 |
| 1.2. | ABSTRACT..... | 2 |
| 2. | INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA | 3 |
| 2.1. | MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA | 3 |
| 2.2. | DEFINICIÓN DE SÍNDROME DE DOWN Y CARACTERÍSTICAS DE ESTE..... | 3 |
| 2.2.1. | <i>Historia y definición</i> | 3 |
| 2.2.2. | <i>Tipos de Síndrome de Down</i> | 5 |
| 2.2.3. | <i>Características generales</i> | 7 |
| 2.2.4. | <i>Fenotipo</i> | 8 |
| 2.2.5. | <i>Características cognitivas</i> | 8 |
| 2.2.6. | <i>Alteraciones del lenguaje y del habla.</i> | 10 |
| 2.3. | EMPLEO DE ROLE-PLAYING | 12 |
| 3. | OBJETIVOS QUE SE DESEAN LOGRAR..... | 17 |
| 4. | METODOLOGÍA | 18 |
| 4.1. | PROPUESTA DE INTERVENCIÓN | 19 |
| 4.2. | SESIONES TIPO | 20 |
| 4.2.1. | <i>Sesión tipo 1: presentaciones</i> | 21 |
| 4.2.2. | <i>Sesión tipo 2: sentimientos de tristeza</i> | 21 |
| 4.2.3. | <i>Sesión tipo 3: momentos de pedir perdón</i> | 22 |
| 5. | RESULTADOS..... | 23 |
| 5.1. | ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..... | 24 |
| 6. | DISCUSIÓN | 26 |
| 7. | CONCLUSIONES Y LIMITACIONES..... | 29 |
| 7.1. | CONCLUSIONES | 29 |
| 7.2. | LIMITACIONES..... | 30 |
| 8. | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 32 |
| 9. | AGRADECIMIENTOS | 34 |
| 10. | ANEXOS..... | 35 |
| | ANEXO I. Tabla de riesgo de Síndrome de Down por edad materna..... | 35 |
| | ANEXO II. Personas con Síndrome de Down de 6 y más años, según sexo y edad..... | 36 |

1. RESUMEN

1.1. RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) pretende analizar los beneficios que puede aportar la técnica de role-playing en un grupo de usuarios con Síndrome de Down (SD), con el fin de potenciar la expresión oral y las habilidades sociales de estos de manera lúdica y entretenida. El SD es uno de los síndromes más comunes en la sociedad y tratado en logopedia debido a las alteraciones del lenguaje que lleva consigo. Para el procedimiento de este trabajo, primero se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes fuentes y artículos para la construcción de su marco teórico, después se ha descrito la metodología empleada en la investigación, siendo en este caso la muestra de un grupo de tres usuarios con SD. Posteriormente se ven los resultados obtenidos durante las sesiones empleadas y su discusión. Por último, se han descrito las conclusiones y limitaciones que se han extraído del trabajo.

Palabras clave: Síndrome de Down, role-playing, logopedia, alteraciones del lenguaje.

1.2. ABSTRACT

This current dissertation intends to analyze the benefits that the role-playing technique can provide to a group of Down Syndromes (DS) members, aiming to strengthen their oral and social skills in a playful and entertaining way. The DS is one of the most common syndromes in our society and it is treated by speech therapists due to the speech alterations that go with it. For the procedure of this assignment, firstly, a bibliography from different sources and articles revision was done for its theoretical framework development. Secondly, the methodology used has been described, being in this case a three member DS group sample. Afterwards, the results obtained during the sessions and their discussion are submitted. Finally, the conclusion and limitations drawn have been described.

Key words: Down Syndrome, role-playing, speech therapist, speech alterations.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

2.1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

En el siguiente TFG se presenta una propuesta de intervención logopédica de tipo taller, basada en el teatro o role-playing como método para favorecer y trabajar de manera lúdica el lenguaje y la comunicación en personas con SD.

La elección de este tema viene motivada por la realización de prácticas curriculares de la asignatura “Prácticum III” que se ha realizado en cuarto curso del grado, ya que en ellas se ha realizado un taller de role-playing en el que se representaban diferentes situaciones de la vida cotidiana. En dicho taller, se ha podido comprobar como los usuarios con SD tienen dificultades para expresar sus emociones y sentimientos. Esta técnica se asemeja mucho a lo que podría ser el teatro, entonces ¿por qué no emplearlo como técnica de intervención, en el que se planteen diferentes situaciones y los usuarios puedan representarlo, con el fin de potenciar su comunicación oral?

Además, es un tema de especial interés, ya que el SD es una patología muy trabajada en logopedia debido a los múltiples aspectos del lenguaje que se ven afectados en ella. Es por esto, que el objetivo principal del TFG expuesto se basará en estudiar los beneficios que puede aportar la técnica role-playing en los niños con SD.

2.2. DEFINICIÓN DE SÍNDROME DE DOWN Y CARACTERÍSTICAS DE ESTE.

2.2.1. *Historia y definición*

A lo largo del tiempo el SD se ha ido estudiando más en profundidad, teniendo así diferentes definiciones propuestas sobre este tema. Todas estas vienen a expresar lo mismo; el SD es una alteración genética cromosómica producida por la presencia de un cromosoma extra asociado al par 21. Otra manera de llamar a esta alteración genética es trisomía 21.

Fueron los franceses Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1838) y Edouard Séguin (1846) quienes realizaron las primeras descripciones fenotípicas de la trisomía 21. Esquirol escribió un libro sobre las diferentes características físicas del SD, (en aquella época trisomía 21) y, posteriormente, en 1856 y 1866 escribió otro libro en el que hablaba del lenguaje y la comunicación de estos niños, así como de las mejorías que podían presentarse (Cammarata-

Scalisi, Da Silva, Cammarata-Scalisi y Sifuentes, 2010). En 1866 John Langdon Haydon Down (Langdon Down) describió las características clínicas comunes observadas en un grupo homogéneo de personas, pero no pudo determinar la causa que las producía. En 1958, Jérôme Lejeune investigó y descubrió la auténtica causa del SD, siendo la alteración cromosómica en el par 21 lo que producía las características del SD. Fue entonces cuando se descubrió por primera vez un hallazgo de alteración cromosómica en el ser humano (Fernández, 2016).

Siguiendo el curso del tiempo, en 1961, un grupo de expertos en genética sugirieron cuatro denominaciones para la trisomía 21, siendo esta una de ellas, además de “Síndrome de Down”, “anomalía Langdon Down” y “acromicria congénita”. El término por el que se decantó el editor de la revista a la que lo presentaron fue “Síndrome de Down”, que fue aceptado posteriormente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1965. Además, se pidió que el término mongolismo (referido para las personas con trisomía 21) fuera retirado y se evitase su empleo (Cammarata-Scalisi et al., 2010).

Actualmente la Asociación Española de SD define este síndrome de la siguiente manera:

“Alteración genética que se produce por la presencia de un cromosoma extra o una parte de él. Las células del cuerpo humano tienen 46 cromosomas distribuidos en 23 pares. Uno de estos pares determina el sexo del individuo, los otros 22 se numeran del 1 al 22 en función de su tamaño decreciente. Las personas con síndrome de Down tienen tres cromosomas en el par 21 en lugar de los dos que existen habitualmente; por ello, este síndrome también se conoce como trisomía 21” (Asociación Down España, 1991).

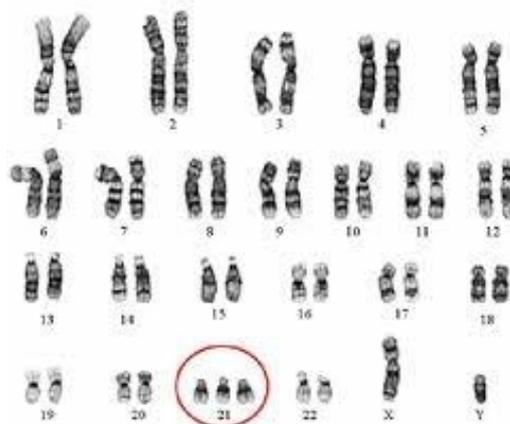


Ilustración 1. Genoma del Síndrome de Down

El SD no es una enfermedad, por lo que no requiere de un tratamiento médico, además, hoy en día aún se desconoce la causa que provoca tal alteración genética, por lo que prevenirlo es imposible (Asociación Down España, 1991). En cambio, sí que se está de acuerdo en que hay una serie de factores etiológicos que interactúan entre sí creando la trisomía, aunque se desconoce la manera en la que se relacionan. Es por esto, que se habla de causas o factores que pueden ser tanto intrínsecos como extrínsecos (Fernández, 2016):

Una de las causas principales reside en el factor hereditario, como, por ejemplo, que haya más casos de familiares con SD, o que la madre sea quien esté afectada, entre otros. Otro factor corresponde a la edad de la madre, pues estudios indican que a partir de los 35 años incrementa el riesgo en el embarazo (Fernández, 2016). En mujeres mayores de 40, el embarazo supone un riesgo muy elevado de SD (Anexo I), es por eso, que a partir de los 35 años se recomiendan las técnicas de diagnóstico prenatal a todas las mujeres (Madrigal, 2004); por el contrario, parece que en los padres no tiene relevancia la edad (Aranda, Gallardo, García, González, Maros y Rivas, 2014).

Por otro lado, existen unos factores extrínsecos que pueden influir en el desarrollo del feto, como son las radiaciones, el efecto genético que causan los virus, agentes químicos mutágenos, factores inmunobiológicos diversos e incluso, deficiencias en vitaminas, entre otros. El factor que más influencia tiene en este grupo es la exposición a la radiación y el proceso genético, ya que, a mayor exposición, mayor es el marcado de los efectos genéticos. Aunque esta relación es difícil de comprobar, ya que las radiaciones pueden darse muchos años antes de la concepción del feto (Aranda, et al., 2014).

La *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (Citado en Madrigal, 2004), en España, estima que haya más de 30000 personas con SD, de las cuales predominan edades jóvenes y no se aprecian diferencias significativas entre sexos (Anexo II).

2.2.2. Tipos de Síndrome de Down

El cuerpo humano está formado por células y cada una de ellas contiene un núcleo donde se almacena el material genético (genes) agrupándose así en diferentes cromosomas. Este material lleva la información que se responsabiliza de nuestras características genéticas. Estos genes se agrupan en los cromosomas (Madrigal, 2004). Por lo general, las células de un organismo "normal" tienen 46 cromosomas divididos en 23 pares; 22 de estos son autosomas,

y el par restante son los cromosomas sexuales (XX en mujer y XY en hombre). Estos autosomas se ordenan en series en función de la longitud y se numeran del 1 al 22, siendo el 1 el más pequeño y el 22 el más grande (Aranda, et al., 2014).

En las personas con SD, el cromosoma adicional se encuentra libremente flotando por el núcleo de la célula o se encuentra en la parte superior de otro cromosoma (Aranda, et al., 2014). El término SD se divide en tres categorías en función del exceso de material genético que se produzca:

- Trisomía del par 21.

Algunos autores como Aranda, et al., (2014) indican que tiene una frecuencia del 90 al 95%, en cambio, otros como Madrigal, (2004) alegan que tiene un 92%.

Esta anomalía se encuentra presente antes de la fertilización. En condiciones normales, un óvulo y un espermatozoide aportan 21 cromosomas, cada uno de ellos en la fertilización, pero en este caso puede que se dé porque, o bien, el óvulo tiene 2 cromosomas 21, o los tiene el espermatozoide. Si esto sucede, tras la concepción, el huevo fertilizado tendrá 3 cromosomas 21 (Aranda, et al., 2014). Ambos autores coinciden en que también se puede dar este caso debido a la ausencia de disyunción o no-disyunción de los cromosomas de la célula de origen (Madrigal, 2004 y Aranda, et al., 2014).

Según Madrigal, (2004) apunta que existen diferentes estudios que indican a que el cromosoma extra se encuentra presente en el óvulo de la madre, además de que la probabilidad de que se produzca la trisomía 21 viene asociada a la edad de la madre.

- Mosaicismo

La trisomía por mosaicismo se da entre un 2 y un 4% del total de los casos de SD (Madrigal, 2004). Este tipo, se produce porque ocurren errores en la división celular (meiosis), lo que hace que se den células con un número distinto de cromosomas. Esto ocurre cuando algunas células tienen trisomía del par 21 y otras no. Además, se puede dar tanto en el proceso de meiosis, como en el de mitosis después de la formación de un cigoto normal de 46 cromosomas (Madrigal, 2004).

Por lo tanto, en este tipo, podemos encontrar una célula con 47 cromosomas trisómica 21 y una monosómica de 45 cromosomas. En el caso de la trisómica sigue dividiéndose, en cambio, la monosómica muere sin reproducción.

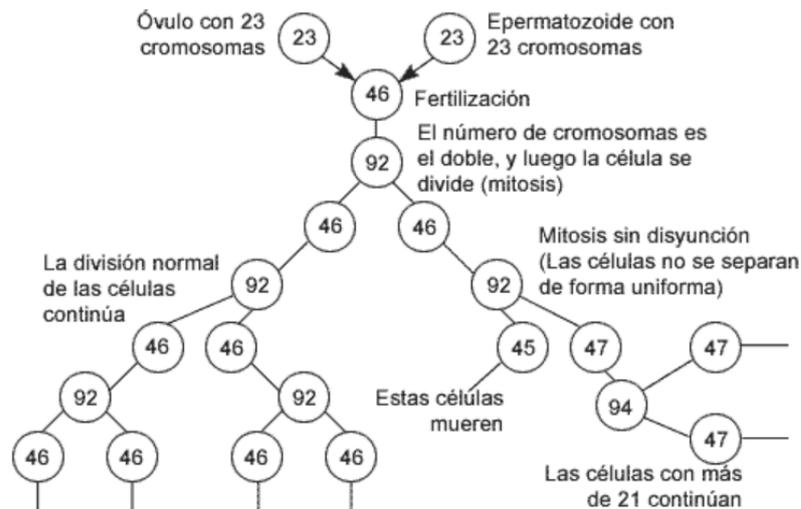


Ilustración 2. Mosaicismo en Síndrome de Down

- Síndrome de Down por Translocación.

Este caso se da cuando la totalidad o parte de un cromosoma se adhiere a otro o a parte de él. Generalmente, los que mayor afectación tienen son los grupos 13 – 15 y 21 – 22 (Aranda, et al., 2014). En este tipo de SD, uno de los dos padres se comporta como portador, pudiendo transmitirlo tanto a uno como a varios hijos/as (Madrigal, 2004).

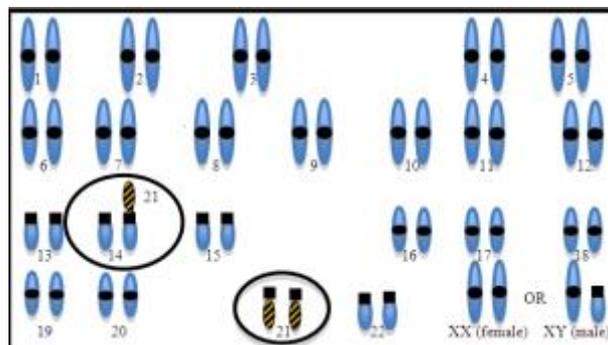


Ilustración 3. Síndrome de Down por translocación.

Los estudios de Aranda, et al., (2014) indican una frecuencia del 5% de los casos; sin embargo, Madrigal, (2004) dice que ronda entre el 3% y el 4%. Con esto se destaca que es un tipo de SD muy poco frecuente.

2.2.3. Características generales

Las personas con SD poseen muchos rasgos considerados característicos del mismo trastorno. La particularidad fundamental del SD es la discapacidad intelectual, ya que siempre acompaña a estos usuarios en diferentes niveles (Ruiz, 2012). También se acompaña de una

hipotonía muscular en todo el cuerpo. Este último dato es importante puesto que, como logopedas, es interesante valorar la tonicidad de la musculatura oral, ya que es la zona en la que más nos tenemos que centrar profesionalmente. Otros rasgos generales que padecen estas personas son cardiopatías congénitas, anomalías intestinales, deficiencia visual y auditiva, inestabilidad atlantoaxial, sensibilidad ante infecciones, leucemia, envejecimiento prematuro y Alzheimer, entre otras (Asociación Down España, 1991).

Pese a que estas características sean prácticamente comunes en todos los casos de SD, no todos los casos de SD son iguales entre sí, es decir, nunca nos vamos a encontrar a dos personas con SD que sean iguales (Madrigal, 2004; González, 2017).

2.2.4. Fenotipo

Físicamente tienen un aspecto homogéneo, pues todos presentan características semejantes: una cabeza pequeña en comparación con una normal, con el perfil occipital y facial planos. Su nariz es pequeña, con el puente plano. Los ojos son característicos, puesto que la mayoría de los casos son pequeños y rasgados, con fisuras palpebrales. Orejas de baja implantación, displásticas y con un desarrollo inferior al normal. En la cavidad oral se encuentran los maxilares y la boca reducidos, una maloclusión dental y en la mayoría de las personas con un paladar ojival y macroglosia. Sus manos son pequeñas y anchas, al igual que los pies, con una única arruga en la palma de las manos. Los dedos de pies y manos son cortos. Suelen tener laxitud articular (pueden flexionar de más las articulaciones) e hiperflexibilidad, además de una baja estatura (Aranda, et al., 2014).

2.2.5. Características cognitivas

Las características cognitivas de las personas con SD más estudiadas son la atención, la memoria (tanto a corto plazo, como a largo plazo) y el razonamiento y resolución de problemas (Asociación Down España, 1991), sin contar la inteligencia.

La atención (proceso cognitivo que nos permite centrarnos en los estímulos que nos interesan, interpretarlos, retener su información y reaccionar ante ello) en las personas con SD se ve afectada debido a la dificultad en la recepción y decodificación de estímulos (principalmente auditivos, debido a las dificultades auditivas que padecen) y las alteraciones en el sistema nervioso. Esto es causa de que presenten labilidad atencional (distracción) y deficiencia atencional. Debido a esto, se caracterizan por la falta de iniciativa para comenzar

con un objetivo definido, distracción a la hora de realizar una tarea, ya sea por no centrar su atención en lo que se requiere o por estímulos que se encuentran en el entorno. En ocasiones también presentan tendencia a la hiperactividad y movimientos sin objetivos claros (Asociación Down España, 1991).

En cuanto al tipo de memoria se pueden diferenciar dos principales: memoria a corto plazo (MCP) y memoria a largo plazo (MLP). La MCP nos permite retener la información inmediata, por ejemplo, aquello que se acaba de decir. En cambio, la MLP, permite retener información de hace más tiempo y poder acceder a ella cuando se necesite. Las personas con SD presentan alteraciones en ambos tipos, pues parte, se debe a los problemas atencionales mencionados anteriormente. Asimismo, presentan dificultad para responder de manera inmediata a una orden, no disponen de estrategias que proporcionen la retención de la información y presentan dificultades para emplear espontáneamente las estrategias de recuerdo. A su vez, presentan dificultades para indicar hechos y fechas, generalizar experiencias que les sirva para situaciones familiares, lentitud para retener la información y responder ante ello y dificultades para la generalización (Asociación Down España, 1991).

Por último, la resolución de problemas y el razonamiento, pues las personas con SD se caracterizan por padecer dificultades en los procesos mentales superiores, lo que supone un trance para comprender instrucciones, planificar estrategias, resolver problemas, es decir, tendrán ciertas limitaciones a la hora de realizar aquellas actividades que requieran procesos cognitivos de “orden superior” (Asociación Down España, 1991).

Por otro lado, la inteligencia es uno de los puntos más importantes del SD, ya que este ha ido asociado siempre a la discapacidad intelectual. Antiguamente existía una creencia que decía que el desarrollo intelectual se quedaba “congelado” y se estancaría en lo correspondido a niños de entre 5 y 8 años. Por aquel entonces, se creía que eran personas “entrenables”, es decir, que podían alcanzar las capacidades para la autonomía personal, pero que en educación académica no merecía la pena. Sin embargo, del total de personas con SD, predomina la discapacidad intelectual leve o moderada en comparación con la discapacidad intelectual profunda y límite (Madrigal, 2004).

Si bien es cierto que con el tiempo al cambiar las actitudes de los padres y del entorno, el desarrollo de los niños con SD a nivel intelectual se ha visto beneficiado (Fernández, 2016). El

nivel intelectual que pueden alcanzar varía de unos niños a otros gracias a los programas de Atención Temprana y de estimulación a los que se acude desde la primera infancia (Madrigal, 2004).

2.2.6. *Alteraciones del lenguaje y del habla.*

Antes de comenzar en este punto, es conveniente hacer una distinción entre lo que interviene en el lenguaje y en el habla. En esta última actúan la respiración, la fonación, la articulación, el ritmo y la audición. En cambio, en el lenguaje Saussure (1995), dice que intervienen los elementos interpersonales, es decir, los niveles del lenguaje: fonológico, léxico, morfológico, gramático, sintáctico y pragmático (Martín, 1988).

El perfil genérico que presentan en estas áreas es (Moreno, 2015):

- Retraso en la producción de las primeras palabras.
- Lentitud en la adquisición del vocabulario.
- Dificultades a nivel fonológico.
- Retraso en la adquisición de la gramática.
- En muchas ocasiones suspensión en niveles elementales.

En cuanto a la comunicación, en primer lugar, desde que son bebés tienen buena intención comunicativa, (contacto visual, sonrisa...), aunque aparece de forma más tardía comparado con niños de la misma edad cronológica con desarrollo normal. Se da el mismo caso en cuanto a la exploración del mundo físico, lo que supone una de las bases para el desarrollo cognitivo y el lenguaje. Emplean más gestos que los niños con normo-desarrollo con el fin de acompañar a su lenguaje, aunque se dan casos en los que los gestos empleados no son suficientes y tienden a frustrarse y a tener problemas conductuales. Además, presentan alteraciones en las acciones que van directamente relacionadas con la articulación, como son la succión, masticación y deglución; todo ello se debe a malformaciones orgánicas (Moreno, 2015). Las personas con SD no suelen tener una comunicación espontánea, ya que no suelen tener los recursos necesarios para poder llegar a ello (Madrigal, 2004).

En cuanto al lenguaje, ya se ha hecho referencia al nivel fonológico, pues existen múltiples alteraciones en la producción de los fonemas debido a las anomalías estructurales de los órganos fonatorios. Pese a esto, también se ve afectado la forma en la que aprenden los sonidos y la secuenciación que emplean para formar las palabras, es decir, tienen dificultades

en la discriminación auditiva. Al presentar alteraciones en la discriminación auditiva, tienden a realizar procesos de simplificación del habla (Moreno, 2015).

A nivel léxico, las primeras palabras aparecen alrededor de los 18 meses, pero la combinación de dos palabras con relación a los niños con un desarrollo normal aparece con un año de retraso. Su vocabulario progresa de manera lenta, abundan las palabras concretas y tienen dificultades en el pensamiento abstracto. Poseen mayor vocabulario receptivo que expresivo (Moreno, 2015).

A nivel gramatical es dónde más dificultades presentan, dentro de los niveles del lenguaje, y, a diferencia del nivel léxico, tienen alteraciones tanto a nivel expresivo, como comprensivo. Muchos de ellos llegan a la edad adulta alcanzando solo la gramática básica (Moreno, 2015).

Por último, el habla, área donde más dificultades presentan. El habla de las personas con SD tiende a ser algo ininteligible. Esto es debido a los problemas articulatorios que presentan, además de otros aspectos como la prosodia, la fluidez y la resonancia. Además, como hemos dicho anteriormente, producen procesos de simplificación del habla. Esto consiste en que modifican las palabras que emiten los adultos hasta el punto de hacerlas más sencillas y fáciles de producir para ellos. Los procesos que emplean son (Moreno, 2015):

- Procesos afectados a la estructura de la palabra (los más utilizados en el tiempo). En ellos simplifican las palabras dando lugar a otras más sencillas, por ejemplo: *castillo* → *casillo*
- Procesos asimilatorios. En ellos asimilan consonantes en función del punto de articulación, por ejemplo: *maleta* → *leleta*
- Procesos de sustitución. En ellos sustituyen fonemas por otros que les resultan más fáciles de articular, por ejemplo: *flecha* → *plecha*

Las alteraciones en la adquisición de la fonología vienen dadas en cierta parte por las dificultades en la memoria de trabajo y por la audición, ya que suelen tener pérdida auditiva de conducción o de transmisión (Moreno, 2015).

Por otro lado, nos encontramos con las alteraciones en la fluidez, ya que suelen tener disfemia o tartamudeo, en la resonancia, ya que pueden padecer hipernasalidad o hiponasalidad; y en la prosodia, ya que tienden a un habla monótona, aunque también se

puede ver alterado el énfasis en las palabras dentro de las oraciones (Moreno, 2015). Todo esto contribuye a su ininteligibilidad.

Como ya hemos comentado anteriormente, no todos los casos de SD son iguales, pues nos vamos a encontrar con personas que tendrán mayores dificultades en función del grado de afectación. Es por eso, que la intervención se planteará desde una perspectiva en la que todos puedan colaborar y participar, apostando por la inclusión de todos los miembros del grupo que lo formen, así como de sus capacidades.

2.3. EMPLEO DE ROLE-PLAYING

El role-playing consiste en un juego de intercambio de roles. Fue creada y desarrollada por J.L. Moreno, un médico psiquiatra y sociólogo, después de la primera guerra mundial y, actualmente, es considerada una de las principales técnicas del psicodrama (Padilla, 2000). La técnica surgió, cuando Moreno rechazó las teorías de Freud y se interesó por la práctica terapéutica grupal y su potencial, siendo aún un estudiante de medicina. Sus investigaciones experimentales fueron generalmente con niños.

Según Moreno el psicodrama es “una nueva forma de psicoterapia que puede ser ampliamente aplicada” (Citado en Martínez, 2009, p.37). Además, añade “históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el apartamiento del tratamiento del individuo aislado, hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales, hacia el tratamiento con métodos de acción.” (Citado en Martínez, 2009, p.37). Es por esto por lo que, con este tipo de método se puede trabajar con cada usuario individual o grupalmente, aportando mayores conocimientos al aprendizaje, tanto de los participantes, como a los profesionales que lo aplican.

Otros autores definen el rol como el conjunto de reglas que indican como es la conducta de un individuo en función a su actividad, sin embargo, Moreno indica lo siguiente: “El rol es la más pequeña unidad cultural de conducta social” (Padilla, 2000).

Además, hace tres distinciones del rol:

- A. “Asunción del rol (role taking), que consistiría en asumir un rol determinado, plenamente establecido, que no permite al individuo variación ni libertad.

- B. Juego del rol (role playing), que permite al individuo un cierto grado de libertad; es la tarea del juego, del aprendizaje del rol.
- C. Creación del rol (role creating), cuyo principal cometido es la creación del rol; permite al individuo un alto grado de libertad.” (Padilla, 2000).

Posteriormente a los estudios de Moreno en los años 30, Kay (1946) y Waldwar (1947) investigaron y estudiaron esta técnica con el fin de que se empleara como método de ayuda y de complemento a la educación tradicional. Fue entonces en los años 50 cuando una de las discípulas de Moreno, la doctora Anne Ancelin Schützenberger, introdujo el role-playing en Francia. Schützenberge reflejó en su libro *“Introducción al “rôle-playing”* esta técnica como método didáctico (Padilla, 2000). Además, lo define como un “Instrumento de aprendizaje y perfeccionamiento de las relaciones humanas, una iniciación a la solución de conflictos ulteriores por la solución de conflictos ficticios y la representación de diferentes roles, generalmente tradicionales, familiares y profesionales” (Citado en López y Población, 2013, p. 29). También habla de la técnica añadiendo: “es un instrumento de exploración de la actitud personal frente a la del otro” (Citado en López y Población, 2013, p. 29).

Con el paso del tiempo, la definición que dio Schützenberge se quedó escueta, por lo que otros autores como Romaña, ampliaron la definición añadiendo que consiste en un trabajo técnico con el fin de investigar papeles y actos insatisfactorios o fantaseados, lo que permite también que se pueda anticipar, corregir, evaluar y modificar las respuestas que se dan en la interacción social (López y Población, 2013).

Retomando el inicio del desarrollo de la técnica, existen dos vertientes de dramatización o role-playing, las cuales tienen semejanzas en las bases teóricas y en los mecanismos de acción y diferencias en la metodología. Por un lado, se encuentra el role-playing pedagógico y por otro, el role-playing terapéutico. Ambos se pueden complementar el uno al otro: en el terapéutico se puede emplear el juego con el fin de escenificar una situación y poder explorar y diagnosticar las acciones, así como en el pedagógico se pueden valorar los aspectos fallidos (López y Población, 2013).

Las diferencias principalmente son metodológicas y de objetivo, pues el role-playing pedagógico se centra en un rol concreto y en la perfección de este en distintas situaciones y dificultades, es decir, pretende corregir aquellas actuaciones inadecuadas. Sin embargo, el

role-playing terapéutico se centra más en las situaciones de la vida, en lo que un sujeto ve de manera disfuncional. Con esta técnica se pretende potenciar la capacidad de adaptarse a la vida y manejarse en ella, así como alcanzar la máxima espontaneidad, el dar una respuesta a una situación que sean completamente nuevas. Se intenta perseguir una situación de salud psico-físico-social (López y Población, 2013).

El empleo de un taller de role-playing como método de intervención procura proporcionar la adquisición de capacidades como la perspectiva social, la empatía y el role taking, anteriormente mencionado. Además, con esta técnica se trabajan de manera conjunta otros aspectos como son las relaciones interpersonales, la racionalidad y la emoción de la toma de decisiones. A su vez, gracias a su empleo, se les permite a los alumnos explorar sus sentimientos, emociones, valores... que influyen en su conducta. La resolución de conflictos y el ser consecuentes con los actos, son dos actitudes que también se trabajan de manera indirecta con la aplicación de la técnica (Martín, 1992).

Como logopedas, esta técnica permite realizar diferentes tipos de situaciones que se pueden dar en el día a día de personas con SD, por lo que nos es de ayuda no solo para potenciar la comunicación y el lenguaje espontáneo, sino también para ayudarles a enfrentarse a diferentes escenarios que pueden ocurrir en su vida cotidiana.

A su vez, también beneficia a la pérdida de la timidez y el miedo a hablar públicamente, pues son niños que, por lo general, tienen baja autoestima y mucho temor al fracaso. En niños escolarizados en educación primaria y secundaria puede beneficiar a la hora de representar los festivales del colegio o las obras de teatro, por lo que también puede servir como método de inclusión en ambientes escolares y sociales.

Por otro lado, es necesario mencionar la *Teoría de la Mente*, ya que esta tiene gran importancia en las personas con SD, pues, aunque no haya un déficit tan grande si lo comparamos con niños que padecen Trastorno del Espectro Autista (TEA), sí que tienen dificultad en ponerse en la situación de los demás, así como detectar el punto de vista u opiniones del resto.

La *Teoría de la Mente* fue originada en 1978, cuando Premack y Woodruff concluyeron que los chimpancés podían comprender la mente de los seres humanos (Soria-Izquierdo y Andrés-Roqueta, 2015).

Uribe, Gómez y Arango (2010) en su artículo *Teoría de la mente: una revisión acerca del desarrollo del concepto*, definen el término Teoría de la Mente como:

“Una habilidad cognitiva compleja que permite que un individuo atribuya estados mentales a sí mismo y a otros. Favorece la comprensión del engaño y la mentira; además, le sirve al individuo para mentir y engañar. Es un sistema de conocimientos que permite inferir creencias, deseos y sentimientos, y de esta manera conseguir interpretar, explicar o comprender los comportamientos propios y de otros, así como predecirlos y controlarlos.” (Uribe, Gómez y Arango, 2010, p. 28).

Pese al mínimo número de estudios que hay sobre la relación a este término y el SD, Górriz (2006) hizo una revisión teórica sobre estos, en los que concluye que los niños con SD se aproximan a los niños de desarrollo normal en cuanto a habilidades en teoría de la mente refiere, pero sí que presentan déficits en algunos puntos, como son retraso en la comprensión de emociones simples, ya que tienden a confundir emociones negativas con positivas, y viceversa, en peticiones indirectas tanto convencionales como no convencionales o en la producción del lenguaje mentalista. Beeghly y Cicchetti (1997) en su investigación sobre el lenguaje mentalista en niños SD, relacionan el déficit en este campo debido a las alteraciones en el lenguaje expresivo característico de estos (Górriz, 2006).

Este aspecto constituye otra de las razones por las que es necesario llevar a cabo talleres basados en el role-playing resultando beneficioso para las personas con SD, ya que, al plantear diversos escenarios durante la práctica, se conseguirá que los sujetos se pongan en el perfil de otros compañeros o personas, por lo que así podrán descubrir cómo se sienten al realizar diferentes actos.

Por todo esto mencionado anteriormente, se pueden observar tres dimensiones dentro del role-playing que son básicas: actor, situación y función de aprendizaje. El actor es el que debe actuar en consecuencia a lo que tiene que representar, que bien puede ser un personaje ficticio, una persona real, o a él mismo en la situación que se le requiera. La situación se puede dar simple o muy elaborada, así como conocida o extraña. Además, se le pueden ofrecer todos los detalles que esta conlleve o bien se puede dejar a la imaginación del alumno. Finalmente, el aprendizaje puede ser directo, ya que es el propio alumno quien va a vivir la experiencia, o indirecto, cuando la función del alumno es observar cómo representan las situaciones otros

compañeros. El contenido de lo aprendido, como se ha hecho referencia anteriormente, puede ser muy amplio, bien desde la adquisición de una destreza o técnica, hasta el propio cambio de actitud del alumno y su sensibilización (Motos, 1993).

3. OBJETIVOS QUE SE DESEAN LOGRAR

En este apartado, se exponen los objetivos planteados, tanto generales, como específicos, para la elaboración del TFG, con el fin de que, al finalizar el trabajo, en el apartado de conclusiones e implicaciones se vea si se han llegado a cumplir o no, y se pueda discutir sobre ellos.

El **objetivo principal** del trabajo consiste en el estudio y aplicación de la técnica role-playing como método de intervención logopédica en niños con SD.

Para poder llevar a cabo el principal objetivo mencionado, se plantean los siguientes **objetivos específicos** del TFG:

- 1) Dar visibilidad sobre como la técnica de role-playing puede beneficiar la comunicación oral de los sujetos con Síndrome de Down.
- 2) Establecer relaciones entre el Síndrome de Down y la Logopedia basadas en las características lingüísticas a las que esta disciplina puede atender, así como dar visibilidad sobre diferentes aspectos de la comunicación y el lenguaje en la población con SD.
- 3) Expresar de manera indirecta todos aquellos aprendizajes que se han adquirido durante el curso del Grado en Logopedia en este TFG.
- 4) Potenciar el nivel de creatividad del propio alumno con la realización de este TFG, de tal manera que se amplíen los horizontes de los estudiantes de logopedia.
- 5) Aprender a buscar la información más significativa en función del tema seleccionado de estudio a través de las fuentes documentales más relevantes y de mayor fiabilidad.
- 6) Potenciar la capacidad de sintetizar las ideas más selectas con el fin de realizar un trabajo lo más completo posible.

4. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una metodología cualitativa, que es aquella que evita la cuantificación, es decir, se trata de una investigación profunda de las realidades, de sus sistemas de relaciones y de su estructura dinámica (Pita y Pértegas, 2002). Otro método que se ha empleado para la obtención de datos es la observación, empleado en el centro de prácticas. En el apartado metodología se llevará a cabo el proceso de elaboración de este TFG, ya que hace referencia a la manera de conseguir los objetivos propuestos, el cómo se ha intervenido, como se ha elaborado el programa, etc. Una vez redactado todo el proceso, es en el siguiente apartado "Discusión", donde se discutirán las ventajas y dificultades que supone aplicar este tipo de técnica en la población Down.

El primer punto de elaboración de este TFG ha consistido en la búsqueda de un tema de interés para su posterior investigación. En este caso, al ver en DOWN Valladolid como empleaban la técnica de role-playing para potenciar las habilidades sociales de niños con SD, se ha decidido este tema. Posteriormente, se ha buscado información en diferentes buscadores informáticos. Bajo esta experiencia, el más empleado ha sido "*Dialnet*", aunque también se han empleado otros como el "*Google Scholar*" o "*Pubmed*". Las palabras claves que se han utilizado para la búsqueda de la información han sido: "Síndrome de Down", "alteraciones del lenguaje en SD", "Role-playing", "Role-playing y SD", "Teoría de la mente y SD".

Todos los artículos, libros y revistas de los que se ha extraído la información se verán reflejados en el apartado "Referencias bibliográficas" para su posterior análisis y realización del marco teórico, con el fin de entender los términos que se abordan en dicho trabajo, además, conocer las características principales que afectan a la población con SD, ya que, para poder elaborar el programa debemos saber cuáles son las dificultades que, como logopedas, nos vamos a encontrar.

En el segundo punto, se elaboran una serie de objetivos tanto generales, como específicos, ya que se necesita tener un fin para el desarrollo de este trabajo. También se redacta la metodología empleada, los materiales que se emplean y las sesiones tipo que se han podido observar en el periodo de prácticas. Cabe destacar que las sesiones que se han observado las

realizaba un psicólogo y no un logopeda, por lo que tal vez están más centradas en el desarrollo cognitivo de los usuarios, pese a esto, el desarrollo cognitivo es la base del desarrollo del lenguaje, por lo que un logopeda puede aplicar el mismo tipo de sesión y lograr los objetivos planteados a continuación.

En los puntos siguientes se plantean los resultados obtenidos, así como la discusión y conclusiones que se sacan del trabajo. Se puede decir que dichos puntos corresponden a una fase analítica, en la que se van a tratar todos los objetivos y resultados generados, para realizar una evaluación y sacar partido de las ventajas y limitaciones que se pueden dar con este tipo de técnica.

4.1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La siguiente propuesta de intervención, como bien se ha explicado anteriormente, consiste en el empleo del role-playing como técnica principal para la intervención logopédica en personas con SD. Se ha tomado como referencia las sesiones observadas en la asociación Down Valladolid.

Las sesiones van dirigidas a la población con SD de manera grupal. Estas agrupaciones siguen un criterio de rango de edad y otro de características patológicas semejantes. En las sesiones a las que se acude, el grupo está formado por tres adolescentes de edades semejantes, los cuales tienen mayor dificultad en el desarrollo de habilidades sociales. Es conveniente que el grupo de intervención no sea muy grande, ya que el tiempo de cada sesión era de 45 minutos, por lo que un grupo de 3-5 personas más el profesional sería el adecuado para poder trabajar con todos los miembros de manera equitativa.

El **objetivo principal** que se busca al emplear el taller es potenciar la expresión oral de los sujetos con SD, de manera lúdica y entretenida, de forma que al generalizar los aprendizajes puedan aplicarlo a situaciones reales y cotidianas.

Para que dicho objetivo sea capaz de llevarlo a cabo, es importante plantear diferentes **objetivos específicos**:

- Afianzar un patrón respiratorio nasal y costodiafragmático.
- Mejorar la prosodia y la entonación de las frases con el fin de aplicar un sentido a ello, es decir, eliminar la monotonía de la voz.

- Aumentar los conocimientos de los elementos de su entorno y su denominación.
- Potenciar la espontaneidad de los sujetos en situaciones desconocidas.
- Dar una funcionalidad al vocabulario adquirido.
- Eliminar la vergüenza y timidez que supone el hablar frente a una persona y/o un público.
- Favorecer la comprensión del entorno y de las situaciones que se exponen.
- Alcanzar la formación de frases y oraciones claras.
- Favorecer el uso social del lenguaje.

En cuanto a los materiales que se emplean en las sesiones, solamente es necesario un ordenador con una pizarra electrónica. El empleo de esto consiste en la proyección del tema principal que se quiera dar y diferentes ideas para poder ayudar al grupo, aunque después se realiza la sesión de manera oral y representativa (se verá posteriormente representado en las sesiones tipo).

Las actividades que se realizan están enfocadas más a que los sujetos se relacionen entre ellos y potencien su expresión oral que a corregir aquellos fallos que puedan tener de articulación en determinados fonemas o a que tengan un número de vocabulario acorde a la edad. Son actividades semidirigidas, pues es el profesional el que da las pautas y los alumnos los que van a representar las situaciones que se van a tratar. Se busca siempre la motivación de los niños y la participación de todos ellos, por lo que la participación es conjunta, potenciando así el compañerismo y las ganas de ayudar.

4.2. SESIONES TIPO

En este apartado se mostrarán diferentes ejemplos de las sesiones a las que se ha podido acudir durante la realización de las prácticas curriculares. En ellas se verá recogido todo el proceso de sesión. La duración como se ha indicado anteriormente es de 45 minutos, y procede a aplicarse una vez a la semana, concretamente los martes de 18:15 a 19:00.

En todo el periodo de prácticas se llevó a cabo un total de cinco sesiones, aunque a continuación solo se vean reflejadas tres. Esto es porque las otras dos han sido continuaciones de las sesiones cambiando únicamente los ejemplos del rol.

Siguiendo las explicaciones de López y Población (2013), las siguientes sesiones están basadas en el role-playing terapéutico principalmente. Esto se debe a que tal y como explican estos autores, se interpretan situaciones que los usuarios ven de manera disfuncional, es decir, que tienen alteradas o que no saben cómo adaptarse a ellas. También, se busca trabajar la espontaneidad y la improvisación. Se trata de trabajar y potenciar el lenguaje en diferentes situaciones de la vida cotidiana. No se busca un rol concreto y su buena realización, sino que se dan técnicas o recursos para que puedan emplear en su día a día.

Debido a la situación actual que se está viviendo con el COVID-19, el periodo de prácticas se canceló, por lo que los resultados que se reflejarán en el siguiente apartado son una muestra de las sesiones que se pudieron emplear.

4.2.1. Sesión tipo 1: presentaciones

Consiste en la primera sesión de intervención que se ha realizado con los usuarios en el centro. Debido a que se trata de la primera toma de contacto con los usuarios, se emplean los 45 minutos que dura la sesión a hablar sobre las presentaciones y a presentarnos con diferentes role-plays. Primero, se presentan los profesores (en este caso yo), diciendo el nombre, la edad, lo que estudio y lo que me gusta. Después, se presenta el profesor de la asociación aportando los mismos datos y, por último, se presentan los usuarios. Para sus presentaciones se les indica que deben hacerlo simulando que no se conocen entre ellos, de tal modo que se deben hacer preguntas sobre lo que les interese contar, al igual que a los dos profesores.

4.2.2. Sesión tipo 2: sentimientos de tristeza

En esta sesión se trabaja la emoción tristeza. Para su desarrollo primero, se les da a los usuarios una breve explicación sobre diferentes momentos en los que podemos sentir tristeza y lo que ello conlleva. Posteriormente, en una pizarra digital se van escribiendo de forma esquemática las situaciones que sugieren los sujetos. Una vez escritas, tratamos de representarlo. La situación que se escoge es la muerte de un familiar (situación muy común que puede pasarle a cualquiera de los usuarios o a su entorno). Ante dicha situación, primero los profesores representan una situación (vamos a denominarlo profesor A y profesor B); a fallecido la abuela del profesor A por lo que el profesor B tiene que consolarlo y darle ánimos. Una vez representadas dos muestras, son los usuarios quienes salen a representarlo frente al resto de clase. No hay un rol fijo, por lo que se van intercambiando los papeles.

4.2.3. *Sesión tipo 3: momentos de pedir perdón*

Esta sesión consiste en representar momentos en los que hay que pedir perdón y disculparse. El procedimiento que se sigue para llevar a cabo la sesión se asemeja al de la sesión pasada. Primero, se les explica brevemente a los usuarios cuando se deben disculpar y por qué. Seguido, se usa la pizarra digital para plantear diversas situaciones en las que se puede producir esto. La elegida es chocarse por la calle con un desconocido por ir mirando el teléfono y disculparse. Tras seleccionar el tema que se va a representar, los profesores realizan el modelo para que los usuarios tengan una referencia para su interpretación. En este caso, el profesor A va caminando por la calle mirando el teléfono cuando, sin querer, se choca con el profesor B. Este le mira y se disculpa. El profesor B acepta las disculpas y sigue su camino. El resto de la sesión se emplea para que los alumnos realicen las interpretaciones.

5. RESULTADOS

En el siguiente apartado se ven recogidos los resultados obtenidos de las sesiones realizadas durante el periodo de prácticas y la interpretación de estos. Como bien se ha indicado anteriormente, no se han podido llevar a cabo todas las sesiones previstas debido a la situación de COVID-19 que se ha vivido. Debido a esto, solamente se ha conseguido una muestra de las cinco sesiones que se han llevado a cabo, sin haber podido realizar una evaluación final debido a la falta de tiempo.

Los participantes de las sesiones son tres usuarios de edades semejantes, entre 15 y 16 años, dos varones (usuarios A y C) y una mujer (usuario B). Lo que les une como grupo son las alteraciones en las habilidades sociales que padecen. Además de esto, tienen otras diferencias en el lenguaje:

El usuario A presenta buena intención comunicativa, con un habla bastante fluido e inteligible. En ocasiones al iniciar las frases tiene algunos pequeños bloqueos instantáneos al ponerse nervioso, pero por lo general se le comprende bastante bien. Presenta dificultades para entender algunos dobles sentidos, bromas o metáforas. Su vocabulario es simple, pero básico para poder tener un habla comunicativo y cuenta con un buen nivel comprensivo. Padece alguna dificultad en la articulación, pero se aprecia que esta área ha sido trabajada en el tiempo.

El usuario B presenta bastantes dificultades en la fluidez verbal, teniendo muchos bloqueos, prolongaciones de sonidos y repeticiones de palabras sobre todo al inicio de las frases. A pesar de tener alguna dislalia y su tartamudez, tiene un lenguaje bastante inteligible, por lo que no hay dificultades para su comprensión. En cuanto al lenguaje comprensivo no hay ningún tipo de alteración aparente, más allá de que al igual que el usuario A, tienen un lenguaje muy literal, por lo que las ironías o bromas les resulta difícil de entender.

El usuario C tiene mayor alteración en la prosodia del habla, ya que muestra un habla muy monótona y con un volumen bastante bajo. Su habla es más ininteligible si se compara con la de sus compañeros. Realiza frases muy sencillas, generalmente formadas por nombres y verbos y adjetivos. Omite preposiciones y artículos. No se posee más información sobre el usuario ya que de las sesiones que se realizaron únicamente acudió a tres.

5.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 1

Cumplimiento de los Objetivos

| Objetivos | USUARIO A | USUARIO B | USUARIO C |
|---|---|--|---|
| O1. Afianzar un patrón respiratorio nasal y costodiafragmático. |  |  |  |
| O2. Mejorar la prosodia y la entonación de las frases con el fin de aplicar un sentido a ello, es decir, eliminar la monotonía de la voz. |  |  |  |
| O3. Aumentar los conocimientos de los elementos de su entorno y su denominación. |  |  |  |
| O4. Potenciar la espontaneidad de los sujetos en situaciones desconocidas. |  |  |  |
| O5. Dar una funcionalidad al vocabulario adquirido. |  |  |  |
| O6. Eliminar la vergüenza y timidez que supone el hablar frente a una persona y/o un público. |  |  |  |
| O7. Favorecer la comprensión del entorno y de las situaciones que se exponen. |  |  |  |
| O8. Alcanzar la formación de frases y oraciones claras. |  |  |  |
| O9. Favorecer el uso social del lenguaje. |  |  |  |

Nota.  significa no conseguido.

Nota.  significa conseguido.

Nota.  significa en proceso.

Nota. Fuente: elaboración propia.

Una vez aplicada la técnica de role-playing se han alcanzado algunos de los objetivos que se plantearon al comenzar el trabajo. Otros se encuentran en proceso ya que se necesita más tiempo para poder llegar a su cumplimiento. Otros en cambio, no se han logrado por el mismo motivo que los anteriores o porque se necesita trabajar de otro modo.

En cuanto al primer objetivo “Afianzar un patrón respiratorio nasal y costodiafragmático”, no se ha logrado alcanzar en ninguno de los tres usuarios. Sus respiraciones eran de manera general bucal. De cara al segundo objetivo “Mejorar la prosodia y la entonación de las frases con el fin de aplicar un sentido a ello, es decir, eliminar la monotonía de la voz”, el usuario A se encuentra en proceso de alcanzar el objetivo, en cambio, los usuarios B y C todavía no han logrado avances significativos en esta área. El tercer objetivo “Aumentar los conocimientos de los elementos de su entorno y su denominación”, se encuentra alcanzado en los usuarios A y B; en cambio, en el sujeto C se encuentra en proceso. El cuarto objetivo “Potenciar la espontaneidad de los sujetos en situaciones desconocidas”, se encuentra en proceso en los tres usuarios ya que se necesita más tiempo para poder afianzar dicho objetivo. En cuanto al quinto objetivo “Dar una funcionalidad al vocabulario adquirido” se encuentra alcanzado en los usuarios A y B, en cambio, en el usuario C se encuentra en proceso. El sexto objetivo “Eliminar la vergüenza y timidez que supone hablar frente a una persona y/o un público”, se encuentra alcanzado en el usuario A, sin embargo, en el usuario C se encuentra en proceso y en el B no se ha logrado avanzar en ello. En cuanto al séptimo objetivo “favorecer la comprensión del entorno y de las situaciones que se exponen” los tres usuarios se encuentran en proceso de alcanzar dicho objetivo. El octavo objetivo “alcanzar la formación de frases y oraciones claras” le ha logrado el usuario A, el usuario B se encuentra en proceso de conseguir y, sin embargo, el usuario C no tiene avances destacables en este objetivo. El último objetivo “favorecer el uso social del lenguaje” lo ha alcanzado el usuario A y los usuarios B y C se encuentran en proceso de lograr.

6. DISCUSIÓN

En base a la terapia realizada a los tres usuarios, en el presente TFG se ha podido comprobar como la técnica role-playing puede beneficiar en diferentes aspectos a los usuarios con SD a la hora de comunicarse y de enfrentarse a nuevas situaciones.

Como bien indican autores como Madrigal (2004) y González (2017), pese a que las características de los usuarios con SD sean prácticamente comunes, no hay ninguno que sea igual a otro. Lo mismo ocurre con el grupo de usuarios con el que se ha trabajado. Aunque sea un grupo muy reducido, son muy diferentes entre ellos, por lo que con la aplicación de esta técnica no se van a conseguir los mismos resultados en todos los usuarios.

En el usuario A, es en el que mayor beneficio se ha encontrado. Esto se debe a que sus niveles del lenguaje no sufren gran alteración actualmente, además es un alumno muy participativo y se nota que le interesa aprender. Por ejemplo, algunos de los objetivos que se quedaron en proceso de logro, como el de mejorar la prosodia, no se llegó a cumplir ya que requiere de mayor tiempo invertido en ello, sin embargo, cuando le tocaba disculparse, se le pedía que exagerara su voz, o si era a él al que le tenían que pedir perdón se le pedía que su tono no fuera neutro, sino que se enfadara de verdad. Lo que más caracteriza a este alumno en relación con los beneficios que la técnica le puede aportar es su falta de timidez. Es un usuario que no tiene problemas en hablar frente a un público desconocido, por lo que trabajar con él ha sido satisfactorio con relación a los objetivos propuestos con dicha técnica. Además, se le ha observado ayudando a sus compañeros y animándolos a que hicieran las interpretaciones.

En el usuario B, se han observado menos beneficios que en el anterior. Esto se debe a que dicho usuario tiene mayor nivel de timidez que el anterior, lo que conlleva a no querer realizar las actividades propuestas en diversas ocasiones. Además, es un usuario bastante terco y cuando entra en un círculo de negación se ha comprobado que lo mejor es no presionarlo, dejar que se relaje y darle otra alternativa, que, generalmente es actuar con su compañero. En estas situaciones si ha colaborado y si se ha podido trabajar con ella. En este caso, la alumna tiene dificultades en la fluidez del habla que se asocian con su timidez al hablar frente a un público desconocido, por lo que, para mejorar ese aspecto, se le pedía que respirara

tranquilamente y que mirase a la persona con la que iba a interactuar a los ojos. En su caso, muchos de los objetivos no se han podido cumplir por falta de tiempo y porque requiere de sesiones individuales para su tartamudez, que es su principal dificultad a la hora de expresarse oralmente y de comunicarse. Con esta técnica se puede conseguir que pierda la timidez y que se potencie su comunicación en situaciones, pero es necesario que para que se pueda cumplir se colabore.

El usuario C ha presentado dificultades principalmente por su ausencia en alguna sesión. Esto ha hecho que no se pueda tener mucha información sobre él en comparación con sus compañeros. Además, a esto se le debe sumar que sus alteraciones en los niveles del lenguaje son mucho más notorias que los de sus compañeros. Aun así, tiene intención comunicativa y sí que participa en las sesiones cuando se le pedía. Para que la técnica produzca beneficios en este usuario lo que se debería hacer es trabajar aisladamente los niveles del lenguaje hasta conseguir unos objetivos, y posteriormente aplicar el role-playing, de tal modo que su lenguaje sea más claro y beneficie su comunicación oral y sus habilidades sociales.

Comparando a los tres usuarios entre sí y empleando en ellos el mismo método, se determina que es una técnica sí que beneficia a los usuarios, pero que se debe emplear cuando tienen unos mínimos de las diferentes áreas del lenguaje, es decir que, para poder potenciar la expresión oral, primero se han tenido que trabajar los niveles que según Martín (1988) citando a Saussure indica que son los abstractos del lenguaje. Debido a este motivo, ha sido el usuario A quien ha obtenido mejores resultados que los usuarios B y C.

En este caso ha sido fundamental el empleo de la técnica logopeda-espejo. Esto consiste en que el logopeda (o profesor, especialista, terapeuta...) representa la situación de tal modo que el alumno pueda observar cómo se hace para su posterior realización. El hecho de que primero los dos profesionales hayan representado la situación ha facilitado que los usuarios lo hagan con errores mínimos. A su vez, es un refuerzo que con el tiempo se puede ir quitando a medida que avanzan en la expresión oral y en la reacción de situaciones nuevas.

Además, cabe destacar que es fundamental el ambiente que cree el profesor con los alumnos, es decir, la confianza que el mismo les transmita a los propios usuarios para que puedan desenvolverse en clase. En este trabajo, se intentaba que los alumnos estuvieran cómodos y se les diera pie a equivocarse, corrigiendo sus errores no de manera directa, sino

dando ejemplos de cómo se podía hacer mejor. Si bien es cierto que para crear este ambiente es necesario una cantidad de tiempo mayor para poder establecer los vínculos alumno-maestro.

7. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

7.1. CONCLUSIONES

El siguiente trabajo tiene como premisa valorar los beneficios que puede aportar la técnica de role-playing en las personas con SD a la hora de relacionarse o de enfrentarse a situaciones cotidianas, es decir, que beneficios presenta frente a la comunicación oral.

Volviendo al inicio de la investigación, nos lanzamos la siguiente pregunta: ¿por qué no emplear esta técnica como método de intervención, en el que se planteen diferentes situaciones y los usuarios puedan representarlo, con el fin de potenciar su comunicación oral?

Siguiendo el curso del trabajo y tras diferentes sesiones de aplicación se ha llegado a la conclusión de que sí es una técnica que beneficie a los usuarios con SD, pero no se puede emplear exclusivamente. Esto quiere decir que, como ocurre con la mayoría de técnicas logopédicas, no es exclusiva, se debe complementar con otras. Por esta razón, aunque se trabajen de manera indirecta muchas áreas del lenguaje, no se hace hincapié en ellas. Lo que se busca es la expresión oral adecuada para su día a día y para llegar a ello primero se tienen que alcanzar unos niveles mínimos en otras áreas para poder obtener beneficios con esta técnica. Se puede considerar también un método más apropiada para la generalización de los aprendizajes y el trabajo de las áreas del lenguaje a grandes rasgos.

Además de la primera hipótesis, se plantearon diferentes objetivos para lograr con dicho trabajo. El objetivo principal que se planteó al inicio fue el estudio y aplicación del role-playing como método de intervención logopédica en niños con SD. Este objetivo se ha logrado cumplir con creces, de tal forma que se ha podido llevar a cabo la elaboración de este TFG.

El objetivo principal se ha conseguido lograr gracias al alcance de los objetivos específicos que se plantearon para la elaboración de este trabajo: el primer objetivo “dar visibilidad sobre como la técnica de role-playing puede beneficiar la comunicación oral de los sujetos con SD” se ha logrado gracias a las sesiones prácticas que se han realizado durante el periodo de prácticas en ASDOVA. El segundo objetivo “establecer relaciones entre el Síndrome de Down y la Logopedia basadas en las características lingüísticas a las que esta disciplina puede atender, así como dar visibilidad sobre diferentes aspectos de la comunicación y el lenguaje

en la población con SD”, se ha podido llevar a cabo gracias a la investigación sistemática de artículos que se ha realizado para dotar al trabajo de una serie de informaciones fiables. Debido a esta razón, se puede observar cómo se han cumplido así los dos siguientes objetivos: Aprender a buscar la información más significativa en función del tema seleccionado de estudio a través de las fuentes documentales más relevantes y de mayor fiabilidad.” Y “Potenciar la capacidad de sintetizar las ideas más selectas con el fin de realizar un trabajo lo más completo posible.”. El siguiente objetivo específico “expresar de manera indirecta todos aquellos aprendizajes que se han adquirido durante el curso del Grado en Logopedia en este TFG” se ha logrado gracias a todos los conocimientos adquiridos durante los cuatro años del grado en Logopedia. Por último, el objetivo “potenciar la creatividad del propio alumno con la realización de este TFG, de tal manera que se amplíen los horizontes de los estudiantes de logopedia.” se ha cumplido gracias a las metas que se ha marcado el propio alumno a la hora de su realización.

7.2. LIMITACIONES

Como en todo trabajo, a medida que se iba avanzando sobre él han interferido diferentes obstáculos en el camino. El principal, ya mencionado anteriormente, ha sido el detonante de que este trabajo haya pasado a ser algo más teórico que práctico, debido a que se ha visto interrumpido el periodo de prácticas, así como de que los resultados obtenidos en las sesiones aplicadas hayan sido únicamente una muestra de lo que en realidad podría haberse llevado a cabo.

Pese a esto, también se ha visto limitado el trabajo, ya que las sesiones únicamente eran una vez por semana y de cuarenta y cinco minutos. Esto implica un tiempo de aplicación limitado, sin contar que uno de los usuarios faltó a dos de las sesiones, por lo que no se pudo ver mucho sobre él.

Por otro lado, los usuarios no dejan de ser adolescentes que están acostumbrados a un profesor en la asociación, por lo que también, el que llegase una alumna de prácticas nueva hace que se desconcentren y que pierdan su rutina de hacer siempre lo mismo, ya que les resulta novedoso, pero a la vez les causa mayor vergüenza. Si a esto además le sumamos que son sesiones prácticamente orales, hablar delante de un desconocido les causa más temor, por lo que por un lado les puede beneficiar porque es a lo que se van a enfrentar el día de

mañana, pero por otro les perjudica porque en las primeras sesiones no se rinde como se desearía.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranda López, M., Gallardo Marfil, P., García Jiménez, C., González Escamilla, R., Martos Gómez, Y., y Rivas Bolorino, A. (2014). Síndrome de Down. España.
- Asociación Down España. (1991). *El Síndrome de Down*. Obtenido de <https://www.sindromedown.net/>
- Cammarata-Scalisi, F., Da Silva, G., Cammarata-Scalisi, G., y Sifuentes Contreras, A. (2010). Historia del Síndrome de Down: Un recuento lleno de protagonistas. *Can Pediatr*, 34 (3), 157-159.
- Fernández Morales, A.D. (2016). Aspectos generales sobre el Síndrome de Down. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 2 (1), 33-38.
- González Martínez, N. M. (2017). *El teatro pedagógico como modelo de intervención en las necesidades educativas específicas para personas con Síndrome de Down* (tesis doctoral). Universidad de La Laguna, Tenerife, España.
- Górriz Plumed, A. B. (2006). Teoría de la mente y Síndrome de Down: revisión teórica. *Jornades de Foment de la Investigació*. Universitat Jaume.
- López Barberá, E., y Población Knappe, P. (2000). 2ª edición: *Introducción al role-playing pedagógico*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Madrigal Muñoz, A. (2004). El Síndrome de Down. España.
- Martín, X. (1992). El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. *Revista Comunicación, Lenguaje y Educación*, (15), 63-67.
- Martin Bravo, C. (1988). Síndrome de Down, comunicación y lenguaje. *Tabanque: Revista pedagógica*, (4), 97-110.
- Martínez Riera, J.R. (2009). *Influencia del role-playing en el proceso de enseñanza-aprendizaje de enfermería* (tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España.

- Moreno Solana, A. (2015). Síndrome de Down: comunicación, habla y lenguaje. *Revista Arista Digital*, (52), 1-16.
- Motos Teruel, T. (1993). Las técnicas dramáticas. Procedimiento didáctico para la enseñanza de la lengua y la literatura. *Enseñanza & Teaching: Revista interuniversitaria de didáctica*, (10-11), 75-94.
- Padilla Muñoz, E.M. (2000). Role-playing de situaciones conflictivas entre el niño con discapacidad, la familia y la escuela: una experiencia dentro del aula. *Revista de Enseñanza Universitaria*, 171-194.
- Pita Fernández, S., y Pértegas Díaz, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Revista Cad Aten Primaria*, 9 (2), 76-78.
- Ruiz, E. (2012). Evaluación de la capacidad intelectual en personas con Síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, (75), 186-192.
- Soria Izquierdo, E., y Andrés Roqueta, C. (2015). La comprensió de les intencions comunicatives en adults amb síndrome de Down i altres tipus de discapacitat intel·lectual. *Fòrum de Recerca*, (20), 445-462.
- Uribe, D. S., Gómez, M. y Arango, O. E. (2010). Teoría de la mente: una revisión acerca del desarrollo del concepto. *Ciencias Sociales*, (1), 28-37.

9. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi familia por haberme dado la oportunidad de empezar esta aventura y haberme apoyado siempre que me he equivocado y cuando he acertado.

A mis amigos, tanto de mi pueblo como de Valladolid, por ofrecerme un hombro para aguantarme en mis momentos de debilidad y haberme escuchado cuando necesitaba desahogarme.

A Paula Rubio, por haber sido mi máximo punto fuerte en este trabajo, además de ser de los mejores apoyos que tengo en mi vida y a Alejandro Ruiz, por haberme ayudado con los términos del inglés.

A todos mis profesores del colegio, del instituto y de la universidad, porque gracias a ellos hoy en día estoy donde estoy, en especial a mi tutora del TFG, Teresa Cortés, por haber sido mi guía en esos momentos de pérdida.

A Cristina Casado, por haberme transmitido todos sus conocimientos y haberme acogido en este primer cuatrimestre como si fuera una más del colegio. Gracias por todo lo que me has regalado y por haber sido mi fuente de inspiración.

A la asociación Down Valladolid, por haberme enseñado otro punto de vista sobre la logopedia y el SD, además de haberme acogido desde el primer momento siempre con una sonrisa.

Por último, con especial cariño a mis niños de las prácticas, que me han dado una lección de vida que no voy a olvidar nunca. Me han enseñado más ellos a mí que yo a ellos. Siempre os voy a llevar en mi recuerdo y en mi corazón.

10. ANEXOS

ANEXO I. Tabla de riesgo de Síndrome de Down por edad materna

| EDAD MATERNA | INCIDENCIA (Casos/nacimientos) |
|---------------------|---------------------------------------|
| Menos de 30 | 1 por cada 1000 RN |
| 30 | 1 por cada 900 RN |
| 35 | 1 por cada 400 RN |
| 36 | 1 por cada 300 RN |
| 37 | 1 por cada 230 RN |
| 38 | 1 por cada 180 RN |
| 39 | 1 por cada 135 RN |
| 40 | 1 por cada 105 RN |
| 42 | 1 por cada 60 RN |
| 44 | 1 por cada 35 RN |
| 46 | 1 por cada 20 RN |
| 48 | 1 por cada 16 RN |
| 49 | 1 por cada 12 RN |

(Fuente: Madrigal, 2004)

ANEXO II. Personas con Síndrome de Down de 6 y más años, según sexo y edad.

| Número de personas | | | |
|---------------------------|-------|---------|---------|
| | Total | Hombres | Mujeres |
| De 6 a 24 años | 12779 | 6413 | 6366 |
| De 25 a 44 años | 13866 | 7783 | 6083 |
| De 45 a 64 años | 3051 | 1042 | 2009 |
| De 65 a 79 años | 177 | 177 | 0 |
| 80 y + | 228 | 0 | 228 |
| Total | 30101 | 15415 | 14686 |
| Porcentaje | | | |
| De 6 a 24 años | 42,4 | 41,6 | 43,3 |
| De 25 a 44 años | 46,1 | 50,4 | 41,4 |
| De 45 a 64 años | 10,1 | 6,8 | 13,7 |
| De 65 a 79 años | 0,6 | 1,2 | 0 |
| 80 y + | 0,8 | 0 | 1,6 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

(Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (IMSERSO, INE y Fundación ONCE, 1999) adaptado a partir de Madrigal, 2004).