



TRABAJO DE FIN DE GRADO DE LOGOPEDIA

HABILIDADES TERAPÉUTICAS DEL LOGOPEDA PARA INTERVENIR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN

Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid

Autora:

Lucía López Anacabe

Tutorizado por:

María Teresa Cortés

AGRADECIMIENTOS

Han pasado aproximadamente cuatro meses desde que empecé a pensar y meditar el tema de este trabajo de fin de grado, para posteriormente poder redactarlo, tratando de ser coherente y crítica conmigo misma en todo momento.

Desde el primer momento he podido contar con mucha ayuda y apoyo para poder realizarlo, y si me permiten, me gustaría dar las gracias a ciertas personas antes de centrarnos en la exposición del tema.

Primero de todo, me gustaría dar las gracias a mi tutora por las instrucciones y la implicación que ha tenido en todo momento para guiarme y ayudarme en el proceso.

También, me gustaría agradecer la presencia de las personas que forman parte del tribunal en este día, espero que mi explicación sea de su agrado.

Por último, agradecer a todo mi círculo más cercano, como lo son mi hermana y mis padres, quienes siempre me han ofrecido ayuda para poder redactar este trabajo de la manera más clara posible.

RESUMEN

Las habilidades del terapeuta son esenciales para poder dirigirse al paciente de manera adecuada en el ámbito clínico.

Partiendo de esta idea, este trabajo consiste en demostrar que dichas habilidades son importantes para la figura del logopeda, concretamente para la intervención individual con un paciente con Síndrome de Down, teniendo en cuenta en todo momento las características y costumbres de este tipo de población.

Palabras clave: habilidades del terapeuta, Síndrome de Down, intervención, escucha activa, ser breve, kinesia, proxemia, tono y volumen.

ABSTRACT

The therapist's skills are essential to be able to address the patient appropriately in the clinical setting.

Based on this idea, this work consists of demonstrating that these skills are important for speech therapists, specifically for individual intervention with a patient with Down Syndrome, always considering the characteristics and customs of this type of population.

Keywords: therapist skills, Down Syndrome, intervention, kinesia, being brief, proxemia, active listening, tone, and volume.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 SÍNDROME DE DOWN	7
3.2 HABILIDADES TERAPÉUTICAS DEL LOGOPEDA.....	11
4. METODOLOGÍA	17
4.1 ORGANIZACIÓN Y PAUTAS GENERALES DE LAS SESIONES	17
4.2 DURACIÓN	18
4.3 HABILIDADES TERAPÉUTICAS EJERCIDAS EN CADA SESIÓN	19
4.4MATERIALES	19
5 SESIONES LOGOPÉDICAS	19
5.1 SESIÓN 1	19
5.2 SESIÓN 2	21
5.3 SESIÓN 3	24
5.4 SESIÓN 4	27
5.5 SESIÓN 5	29
6 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31
7 LIMITACIONES.....	32
8 CONCLUSIONES.....	33
9 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	34
10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1. INTRODUCCIÓN

Después de conseguir todos los créditos requeridos para poder realizar el trabajo de fin de grado, con la ayuda de la guía docente y las instrucciones de mi tutora he podido resumir toda la información necesaria en un total de 30 hojas, sin contar los anexos o la portada.

El trabajo comienza con una justificación, donde expongo los motivos personales que me llevaron a la elección de este tema y los objetivos generales que busco cumplir en la elaboración de este trabajo.

El segundo apartado presenta el marco teórico, necesario para repasar o aprender ciertos aspectos fundamentales que pueden ayudar a una mejor comprensión del resto del trabajo.

Como no puede faltar la explicación de un caso clínico, los siguientes apartados tienen como objetivo presentar y definir la metodología utilizada y posteriormente describir a base de reflexiones personales las sesiones logopédicas.

Los penúltimos apartados establecen y explican de manera concisa los siguientes aspectos: discusión y resultados, limitaciones, conclusiones y futuras líneas de investigación.

Los últimos apartados corresponden a la bibliografía citada en APA y a los anexos.

2. JUSTIFICACIÓN

La elección de este tema ha surgido por la intervención directa e indirecta aprendida en prácticas, con pacientes que presentan Síndrome de Down.

Debido a mi experiencia práctica, pude comprender que la actitud del profesional, en este caso la del logopeda, debe trabajarse de manera activa para favorecer y facilitar los siguientes aspectos: la calidad de vida del paciente, la adquisición de los objetivos generales y específicos planteados en el programa de intervención, la relación logopeda-paciente y la satisfacción general del paciente y de la familia.

Teniendo en cuenta este razonamiento, considero que muchas veces el logopeda novato, solo se centra en aspectos que favorecen una correcta evaluación e intervención logopédica pero no se para a pensar en las habilidades lingüísticas y paralingüísticas que debe demostrar al paciente.

Por ello, considero que el tema elegido para realizar y redactar este Trabajo de Fin de Grado tiene un gran impacto a la hora de estructurar sesiones logopédicas.

Los **objetivos** que persigue este trabajo de fin de grado son los siguientes:

- Estudiar las habilidades terapéuticas necesarias para intervenir con un paciente con Síndrome de Down.
- Elaborar un plan de intervención, de 5 sesiones en total, utilizando en cada una diferentes habilidades terapéuticas.
- Demostrar que las habilidades terapéuticas son útiles para beneficiar el rendimiento del paciente.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 SÍNDROME DE DOWN

3.1.1 Concepto

El síndrome de Down es una enfermedad de carácter genético conocida por la alteración de la trisomía del par 21, causada por la disyunción meiótica, mitótica o un desequilibrio ocasionado por una tras localización del par mencionado anteriormente (Pérez Chávez, 2014).

John Langdon Down en 1866 describió y estudió por primera vez este síndrome, con la finalidad de establecer una clasificación global de la discapacidad intelectual (Díaz-Cuellar, et.al, 2016).

Su etiología se reconoce por la copia extra del cromosoma 21. El conjunto de patologías que presenta este síndrome es de carácter complejo pues de manera global afecta a todos los órganos y sistemas del cuerpo humano (Pérez Chávez, 2014).

Actualmente, se desconoce cómo paliar de manera directa la trisomía mencionada, sin embargo, los síntomas pueden no manifestarse con tanta frecuencia si se les estimula desde una temprana edad para potenciar el desarrollo de distintas capacidades: aspectos cognitivos, psicomotrices, afectivos, educativos y sociales entre otros (Muñoz, 2004).

3.1.2 Alteraciones cognitivas

Según Muñoz, A. M. (2004) las alteraciones cognitivas más llamativas son las siguientes:

- **Inteligencia:** presentan mayor rendimiento intelectual en las actividades que contienen datos concretos que en las tareas formadas por conceptos abstractos. Al mismo tiempo, adquieren mejor rendimiento en actividades de pruebas manipulativas que en la asociación de carácter verbal.

- **Memoria:** es común que este tipo de población tenga dificultades en la memoria a corto plazo (capacidad para guardar información) y a largo plazo (recuperar información almacenada previamente en la memoria). Además, adquieren mejores resultados en las actividades de memoria visual que en las actividades de memoria auditiva.

Tienen una buena memoria operativa y procedimental que les facilita realizar tareas, siguiendo un orden de principio a fin, sin embargo, en el momento que tienen que enfrentarse a dos actividades a la vez, no son capaces de realizarlas de manera conjunta.

- **Percepción:** su umbral de respuesta es elevado si lo comparamos con el resto de población, es por este motivo que necesitan mayor estimulación.

Otro aspecto importante es que su percepción visual es mejor que la auditiva.

- **Atención:** debido a que presentan una alteración elevada en los mecanismos cerebrales, su nivel de atención es bajo y como consecuencia su nivel de distracción es mayor, además de que esto último se potenciará ante la presencia de estímulos diversos y novedosos.

Sin embargo, a grandes rasgos, son sensibles a las influencias externas que influyen de manera indirecta o directa en su actividad interna, reflexiva y ejecutora.

A modo **resumen**, los aspectos cognitivos más afectados son los siguientes:

- Discapacidad intelectual leve o moderada.
- Lentitud para codificar, interpretar y procesar conocimientos.
- Bajo rendimiento en conceptualizar, abstraer, generalizar y automatizar el aprendizaje de un contexto a otro.
- Dificultades en la memoria de corto y largo plazo.
- Enlentecimiento para planificar las estrategias con el objetivo de resolver problemas y responder a distintas variables y aspectos de manera simultánea.

- Desorientación temporal y espacial, por lo que presentan dificultades para interiorizar conceptos como: el día, la hora, etc.
- Acalculia y discalculia, sobre todo en actividades de cálculo mental.
- Alteraciones en la pragmática, sobre todo para la comprensión de chistes, ironías y dobles sentidos.

3.1.3 Alteraciones del lenguaje

Molina, D. P. (2015) destaca las siguientes alteraciones del lenguaje:

- Fonología

De manera simple, el término fonología engloba a la producción de los sonidos del habla, y los niños con este síndrome comúnmente presentan problemas fonológicos.

Varios expertos en este campo afirmaron que entre los 4 y 12 años aparecen los mayores problemas de comunicación y sin una correcta intervención logopédica, su habla puede resultar incomprensible. Es común que sus emisiones se apoyen de omisiones de la última consonante o de varias consonantes o sílabas.

Los problemas de pronunciación pueden derivar de la deficiencia mental, de las alteraciones anatómicas bucales y de problemas de audición.

De manera aproximada, son capaces de pronunciar un 54% de las consonantes de manera correcta.

- Léxico

La capacidad cognitiva está íntimamente ligada con el desarrollo del léxico, presentando un vocabulario receptivo peor que su vocabulario expresivo.

La comprensión del vocabulario está apoyada en la función cognitiva no verbal que presentan, lo que les facilita entender el mensaje.

La adquisición de las primeras palabras en los niños con SD está atrasada si lo comparamos con la adquisición de las primeras palabras de los niños que no padecen este síndrome. A nivel general, a los tres años, es común que adquieran un nivel léxico equivalente a unos 20 meses.

Por último, he de destacar que son capaces de combinar palabras con gestos muy simples, como por ejemplo decir “no” mientras mueven la cabeza de derecha a izquierda.

- **Morfosintaxis**

La morfosintaxis es la competencia lingüística que nos permite combinar y crear oraciones y frases, con la finalidad de enviar un mensaje a un receptor o varios receptores a la vez.

Es común que este tipo de pacientes no presenten un rendimiento adecuado a la hora de utilizar y formar sintagmas nominales, sintagmas verbales y oraciones, además presentan bajos niveles de comprensión léxica y sintáctica.

Los errores morfosintácticos más comunes son: uso erróneo de palabras funcionales, dificultades para comprender las reglas gramaticales como los tiempos verbales y la concordancia de número y persona. Presentan alteraciones en repetir, completar o formular oraciones entrelazando elementos gramaticales y sintácticos, apoyándose en estímulos orales o visuales.

Con este punto quiero dejar claro que la población Down presenta tanto problemas en la expresión oral, como en su comprensión, sin embargo, su nivel expresivo está más afectado.

- **Pragmática**

La pragmática, se puede resumir como el uso del lenguaje en diferentes situaciones y contextos. Abarca muchas habilidades para fomentar una intención comunicativa, como, por ejemplo, la capacidad de entender, predecir o mantener una conversación.

Los sujetos con SD son capaces de aprender a decir “por favor” y “gracias” (rasgos pragmáticos esenciales) pero sus oraciones rara vez son de carácter declarativo, exclamativo, interrogativo e imperativo, además no tienen un buen nivel narrativo.

Presentan dificultades para hablar sobre emociones, ironías o conceptos abstractos, además de que carecen de sentido del humor y no son capaces de explicar de manera ordenada un suceso pasado o una historia.

3.2 HABILIDADES TERAPÉUTICAS DEL LOGOPEDA

3.2.1 Concepto

Pacherres-Seminario (2017) menciona que las habilidades terapéuticas engloban la metodología utilizada para intervenir, evaluar y tratar varias patologías del lenguaje y al mismo tiempo, agrupan aspectos como orientar y aconsejar a los familiares y al paciente, otorgar información a otros profesionales sobre los problemas del lenguaje y de la comunicación que pueden presentar estos pacientes.

El objetivo general que persiguen estas habilidades es mantener y crear relaciones interpersonales con el paciente y facilitar toda referencia que solicite él o su familia.

Por este motivo es aconsejable que el logopeda sepa o aprenda sobre cómo manejar los problemas conductuales y psicológicos que presenta el paciente, además de lidiar con las preocupaciones de su círculo cercano.

3.2.2 Actitudes básicas del terapeuta

Bados López, A., & García Grau, E. (2011), destacan las siguientes actitudes básicas del terapeuta:

- Empatía

Habilidad afectiva que tiene como finalidad comprender y reconocer los sentimientos ajenos. Esta debe ser subjetiva, es decir el logopeda es el encargado de entender que una misma patología puede repercutir en la vida de varias personas de distinta forma.

El objetivo general de la empatía es hacer sentir al paciente comprendido.

La empatía consiste en utilizar la escucha activa mientras se habla de temas delicados con el paciente, además se deben formular preguntas para averiguar cómo se siente él, utilizando paráfrasis, que consiste en formular una misma pregunta más de una vez, pero utilizando distintas palabras, mostrando a su vez preocupación y comprensión, evitando una actitud pasiva, lejana o aburrida.

- **Aceptación incondicional**

Supone aceptar al paciente en su totalidad, teniendo en cuenta su dignidad, de manera que se valore sin ningún tipo de prejuicio.

Dentro de esta aceptación debemos de mostrar un esfuerzo por comprender a la persona, escuchándole atentamente, mostrando interés y haciéndole las preguntas necesarias para poder entender su situación lo mejor posible.

Al ser el paciente nuestro cliente, hay que establecer un compromiso hacia su situación intrapersonal, dedicando parte de nuestro tiempo y habilidades a prestar ayuda. Sin embargo, es necesario intentar no agobiar al paciente con nuestra actitud hacia el problema.

- **Autenticidad**

Ser auténtico en el ámbito del terapeuta supone ser capaz de expresarse claramente, ya que un profesional que oculte sus sentimientos u opiniones generará rechazo al paciente. Sin embargo, la sinceridad y expresión de las opiniones de manera extremadamente abierta reforzará hostilidad, por ello, hay que saber qué decir en cada momento.

3.2.3 Habilidades comunicativas

Fachin Vela, E. (2022) menciona que las habilidades comunicativas son un conjunto de destrezas que engloban procesos como hablar, escuchar, leer y escribir, las cuales tienen en común que son habilidades basadas en el lenguaje oral y escrito. Estas son nuestra base para comunicarnos y adaptarnos a la sociedad, adquiriendo de esta manera recursos comunicativos positivos para socializar y desenvolvernos correctamente.

Algunos rasgos importantes son los siguientes:

- El profesional, en este caso el logopeda, debe adquirirlas correctamente.
- La confianza social está basada en una correcta comunicación potenciada por estas habilidades.
- La comunicación se puede aprender, enseñar y evaluar de manera competente.

3.2.3.1 Tipos de comunicación

Según García, A. A. M. (s.f) la comunicación funcional puede agruparse en dos grupos amplios: la comunicación verbal y la comunicación no verbal.

La primera de éstas se fundamenta en el uso del lenguaje y la segunda hace énfasis en el uso de distintos canales, como podría ser el contacto visual, los gestos o los rasgos faciales, con los cuales contradecemos o apoyamos el mensaje verbal.

La comunicación eficaz debe presentar ambos tipos de comunicación, además es importante señalar que la comunicación no verbal nos facilita más de la mitad de información importante para comprender el mensaje.

- **Habilidades de comunicación verbal**

Las estrategias más conocidas y simples son las siguientes:

- **Escucha activa o empática**

Fomentando una escucha no pasiva el paciente de manera indirecta nos proporcionará datos sobre su sintomatología y la autopercepción de está, mejorando una comprensión eficaz, que favorece la relación paciente-profesional, lo que originará mayor aceptación sobre la patología y mayor esfuerzo en las sesiones. (Bados López & García Grau, 2011).

La escucha activa implica:

- Óptima recepción del mensaje, prestando atención a la comunicación verbal y no verbal y vocal del paciente, seguido de su actitud.
- Conocer sus mayores preocupaciones y centrar la intervención logopédica en trabajarlas y superarlas.
- Mostrar interés activo, por ejemplo, inclinándose ligeramente hacia el paciente.

Es importante diferenciar entre escuchar y oír. Oír se define como la percepción de vibraciones de sonido sin necesidad de comprender y entender el mensaje del emisor, sin embargo, escuchar comprende estos dos aspectos mencionados, con la finalidad de entender el mensaje desde el punto de vista del emisor. (García, s.f)

Según Calderón, K. A. H., & Silva, A. K. L. (2018), es importante facilitar el habla al paciente y mostrar una postura flexible y confidencial con el objetivo de que el interlocutor sienta confianza.

- **Ser específico**

Es necesario evitar actitudes no específicas para concretar ciertos temas con el paciente, debido a que, si no demostramos una actitud clara, no podremos avanzar de manera acertada en la rehabilitación. Un ejemplo sería: “Los lunes y miércoles de 12:00 a 13:00” evitando decir frases como “Se irá viendo a qué hora viene a rehabilitación” o “De 12:00 a 14:00 puedes venir cuando quieras” (García, s.f).

- **Evitar el uso de generalizaciones**

Para que el paciente se sienta protegido, no se deben utilizar palabras como “siempre” o “nunca” pues no son efectivos para producir cambios en su rutina o realizar acuerdos. Se pueden sustituir por el uso del término “algunas veces” (García, s.f).

- **Ser breve**

No es necesario repetir el mismo mensaje varias veces debido a que el paciente perderá intencionalidad comunicativa y posiblemente muestre una actitud pasiva hacia el tema repetido (García, s.f).

- **Habilidades de comunicación no verbal**

- **Comportamientos no verbales**

- **Kinesia**

Quintos Goicochea, N. (2019) los define de la siguiente manera: el significado que se le atribuye a los movimientos corporales no verbales, como por ejemplo a la expresión facial, la mirada, la postura o los gestos.

Las zonas corporales más utilizadas en la comunicación no verbal son las manos, la mirada y el movimiento de los hombros.

A continuación, vamos a hablar sobre la expresión facial, la mirada y la postura.

- **Expresión facial**

Matsumoto, D. et al. (2013) define las siguientes emociones universales: la alegría, la sorpresa, el desprecio, la tristeza, la ira, el asco y el miedo. Todas ellas se manifiestan de manera activa en la cara del emisor y del receptor.

El saber comprender estas expresiones faciales, mostrando interés en la lectura de las micro expresiones (emociones que queremos evitar mostrar, pero mostramos de manera no intencional en un periodo corto de tiempo) ayudará a que la relación con el paciente esté basada en la confianza y el trabajo en equipo. Además, el profesional debe basarse en ellas para evaluar si su mensaje es veraz o no.

- **La mirada**

Un correcto contacto ocular por parte de ambos nos proporcionará controlar el turno del habla, establecer una conversación íntima favoreciendo la información veraz y fomentar un trabajo en equipo, este razonamiento fue estudiado por Monasterio Astobiza, A. (2007).

Es importante saber que el contacto ocular directo de manera mantenida puede llegar a intimidar al paciente, generando así una actitud sumisa, sin embargo, si no existe un contacto ocular los aspectos mencionados anteriormente no se llegaran a desarrollar.

- **La postura**

Silveira, R.A. (2017) manifiesta la siguiente idea: hoy en día, existen varios estudios opuestos acerca de la postura y su relación con la comunicación no verbal. Algunos estudios señalan que la postura carece de información relevante para averiguar el estado de ánimo del receptor, pero otros han demostrado que la postura puede reforzar la información recibida sobre el estado de ánimo del receptor apoyándose en su expresión facial.

Por ejemplo, si un paciente muestra un gesto de aburrimiento, es probable que su espalda no esté recta en el respaldo de la silla o incluso, en caso extremos, que llegue a inclinarse en la mesa para dormirse.

- **Imagen personal**

Lo primero que observará el paciente y el familiar que le acompañe a sesión será la apariencia del logopeda y viceversa. De manera directa el cuidado físico personal aportará información sobre la identidad y posibles problemas de autoestima (Caltagirone, 2020).

Aplicando esta definición a la práctica sanitaria, el logopeda sabrá acerca de la autoestima que presenta el paciente con tan solo un golpe de vista, lo que nos facilitará la personalización de futuras actividades.

- **Proxemia**

La proxemia es la ciencia que estudia la distancia que se debe mantener entre las personas, en el marco de las relaciones humanas (Gómez Gómez, 1994).

La distancia que nosotros tenemos que establecer como referencia para mantener conversaciones con el paciente es de 1,5 a 2 metros y en el caso que el paciente quiera contarnos algo que le inquieta, esta distancia se puede acortar.

- **Rasgos paralingüísticos**

Rodríguez Baleato, N. (2020) los define de la siguiente manera:

- **Tono**

Frecuencia de vibración de las cuerdas vocales, puede ser o agudo o grave y está ligada con la elevación de la voz.

Es necesario saber que, para hablar con niños, solemos utilizar una voz más aguda de lo habitual, este tipo de voz se llama baby talk.

- **Volumen**

Cantidad de aire que tiene como objetivo hacer vibrar las cuerdas vocales, se mide en decibelios (dB), gracias a ella podemos distinguir entre el grito y la voz susurrada.

Es esencial elevar el volumen de la voz en el momento que el paciente presenta problemas de atención con la tarea que está realizando, además, cómo hemos visto anteriormente, la gente con Síndrome de Down puede tener afectada la vía auditiva.

- **Timbre**

Está fundamentada y basada por los armónicos y los formantes. Los armónicos, son las cualidades de una onda sonora y los formantes son las cavidades anatómicas de la resonancia.

Para un logopeda es importante comprender que el timbre repercute para distinguir dos voces con el mismo tono y volumen de voz.

- **Velocidad**

Es la suma total de la elocución y el ritmo.

Es fundamental no utilizar una velocidad exagerada para comunicarse con el paciente, pues le puede generar confusión y fatiga.

4. METODOLOGÍA

Una vez que el Comité Ético me dio como favorable este trabajo pude desarrollar este apartado.

4.1 ORGANIZACIÓN Y PAUTAS GENERALES DE LAS SESIONES

La intervención logopédica se realizó en la Unidad Clínica de Logopedia de la facultad de medicina de Valladolid, en un total de cinco sesiones.

La paciente tiene Síndrome de Down y acude a consulta para reforzar su lectoescritura.

La metodología fue de carácter individual y personalizada a sus gustos.

Cada una de las sesiones perseguía objetivos y actividades diferentes, pero podemos resumir la sesión tipo de la siguiente manera:

- **Saludo**

Se informó a los tutores sobre la hora de salida de la sesión para después pasar a preguntar qué actitud había tenido la paciente durante el día, con el objetivo de poder analizar aspectos como la concentración o la motivación que presentaría el paciente en la sesión.

Además, es importante saludar al paciente con un tono de voz melódico acompañado de una sonrisa, para comprobar si es capaz de mirarnos a los ojos y de esa manera captar su atención.

- **Realizar actividades de lectoescritura**

El objetivo principal de las sesiones fue mejorar las habilidades de lectoescritura de la paciente, por ello, la totalidad de las actividades tuvieron como objetivo trabajar aspectos que incidieron directa o indirectamente en dichas capacidades.

Es importante recordar que este trabajo no tiene como objetivo analizar si las actividades son adecuadas o no, sino la actitud que tuve hacia la paciente para explicarlas y realizarlas, es decir, el objetivo fundamental de este trabajo es evaluar si he conseguido, dentro de unos límites, ejercer correctamente las distintas habilidades terapéuticas explicadas anteriormente.

- **Despedida**

Primero explicaba a los familiares de manera sencilla lo trabajado en la sesión, informándoles sobre si los objetivos planteados al inicio se habían conseguido o no.

Por último, pasaba a escuchar sus dudas en caso de que las tuvieran y me despedía de ellos.

- **Analizar cómo ha influenciado mis habilidades terapéuticas en la conducta del paciente**

Una vez terminada la sesión, fui anotando en este trabajo una reflexión personal acerca de cómo han influido las habilidades que he ejercido, tratando de mantener una actitud crítica y de mejora, evaluando los aspectos positivos y negativos conseguidos en la sesión.

4.2 DURACIÓN

Aproximadamente las sesiones duraban entre 45 a 55 minutos, dependiendo de la actitud y comportamiento del paciente, fijándome mayoritariamente en la fatiga y la atención que presentaba.

4.3 HABILIDADES TERAPÉUTICAS EJERCIDAS EN CADA SESIÓN

- **Sesión 1:** Escucha activa.
- **Sesión 2:** Proxemia, tono y volumen.
- **Sesión 3:** Kinesia (postura, expresión facial y mirada.)
- **Sesión 4:** Ser breve.
- **Sesión 5:** Escucha activa, ser breve, kinesia, proxemia y rasgos paralingüísticos.

4.4 MATERIALES

Estos tendrán en común tener como objetivo trabajar aspectos influyentes en la lectoescritura y su gran mayoría serán láminas de papel, en las cuales se puede apoyar para responder distintas preguntas o deberá escribir en ellas.

Considero fundamental cambiar el material una vez que el paciente muestre desmotivación y aburrimiento hacia éste, es por este motivo que creo importante utilizar un gran abanico de soportes por sesión.

5 SESIONES LOGOPÉDICAS

5.1 SESIÓN 1

- **Objetivos**

Objetivo personal

Realizar una correcta escucha activa para favorecer la relación paciente-profesional.

Objetivos generales y específicos

OG: Explicar y ayudar al paciente a realizar actividades de lectoescritura.

OE: Conocer gustos personales del paciente para elaborar un material correcto.

OE: Evaluar el léxico del paciente

OE: Potenciar una correcta discriminación visual.

- **Planificación de la sesión**

- **Saludo:** aproximadamente 3 minutos.
- **Presentación:** aproximadamente 3 minutos.
- **Actividades de lecto escritura:** aproximadamente 40 minutos.
 - Juego del *Tutti Frutti*.
 - Jugar al veo veo.
 - Sopa de letras.
- **Despedida:** aproximadamente 3 minutos.

- **Reflexión personal**

ESCUCHA ACTIVA

- La mayoría de los pacientes con síndrome de Down, presentan dificultades a la hora de conocer a alguien nuevo, debido a este motivo es importante combinar la escucha activa y la participación oral de la conversación con el paciente para fomentar una intención comunicativa activa por su parte.
- Es importante prestar atención a los movimientos que puede presentar el paciente en situaciones de estrés, como por ejemplo mover el dedo índice contra la mesa o evitar el contacto ocular. En este tipo de situación considero oportuno utilizar un vocabulario cercano con él y reforzar un tono de voz suave, además de que es prioritario utilizar material lúdico para que este estado de tensión se convierta en ilusión.
- Su actitud en relación con las actividades fue espectacular y a medida que iba transcurriendo el tiempo, sus gestos de nerviosismo fueron desapareciendo.
- Los pacientes con Síndrome de Down no son ninguna excepción y por ello necesitan ser escuchados en todo momento.
- El logopeda debe prestar atención sobre qué actividades incrementan el nivel motivacional del paciente.

- La escucha activa es fundamental para averiguar sus gustos personales y de esa manera poder realizar con ella sesiones personalizadas y lúdicas. En su caso, le gusta bastante una saga de libros determinada, dato relevante para poder buscar textos que refuercen su comprensión escrita.
- Para poder trabajar la descripción de objetos, opté por jugar a una especie de “veo veo” con ella, donde se trabajaba el campo semántico de las verduras y las frutas, comida que gracias a la escucha activa supe que le motivaban mucho, lo que la impulsó a describir y tratar de establecer una conversación conmigo a pesar de las dificultades que presentaba.
- Considero que he desarrollado correctamente esta habilidad terapéutica, aunque sí que es cierto que al principio no fui capaz de establecer un diálogo fluido con ella, pero pude reaccionar adecuadamente a sus gestos de nerviosismo.

5.2 SESIÓN 2

- **Objetivos**

Objetivos personales

- Usar adecuadamente las siguientes habilidades terapéuticas: proxemia, tono y volumen.

Objetivos generales y específicos

OG: Explicar y ayudar al paciente a realizar actividades de lectoescritura.

OE: Reforzar la comprensión escrita del paciente.

OE: Recordar a los familiares que realicen actividades de lectura comprensiva en casa.

OE: Potenciar su léxico y su conciencia fonémica.

- **Planificación**

- **Saludo:** aproximadamente 3 minutos.
- **Realizar actividades de lectoescritura:** aproximadamente 45 minutos.

- Leer un texto personalizado a los gustos del paciente y realizar preguntas.
 - Formar palabras, con letras sueltas, del texto leído.
 - Jugar al veo veo.
- **Despedida:** aproximadamente 3 minutos.
- **Reflexión personal**

PROXEMIA

- Es necesario acercarse al paciente lo suficiente para que sus niveles de atención no descendan, pero al mismo tiempo hay que respetar la proxemia paciente-profesional, algo que a mi parecer no es tarea sencilla.
- El logopeda debe acercarse bastante al paciente para poder indicarle con el dedo distintos apoyos visuales que le ayudarán a realizar las actividades propuestas.
- El paciente respetó mi espacio personal sin ningún problema, pero es importante destacar que existen personas con este síndrome que no respetan esta distancia, por lo que es recomendable educarlos y avisarles de que no es apropiado, por ejemplo, apoyar su cabeza en los hombros de una persona que acaba de conocer.
- Si el paciente, sin darse cuenta, invade el espacio personal del logopeda, se debe mantener la calma, evitando gritar o mostrarse molesto, debido a que eso puede afectarle de manera negativa. La manera apropiada de pedirle que se aleje es tratar de mirarle a los ojos y explicarle, con cuidado y un tono de voz calmado, que no se debe hacer.
- Desde mi punto de vista, ambas pudimos respetar la proxemia de la otra sin ningún problema, desde el primer momento de la sesión, lo que facilitó su fluidez y confianza a la hora de realizar las actividades.
- Sin embargo, el logopeda debe distanciarse levemente del paciente cuando este comienza a ponerse nervioso debido a la frustración de no entender o no saber ciertos conceptos.

VOLUMEN

- Es importante recordar que la mayoría de las personas con Síndrome de Down, tienen déficit auditivo, lo que les dificulta escuchar conversaciones o susurros.
- Tampoco prestan atención a estímulos auditivos débiles debido a su falta de capacidades cognitivas, es decir, su atención se activa de forma más eficaz con estímulos de mayor volumen.
- Debido a estos dos motivos que recordé en sesión, comencé a hablar con un volumen de voz más elevado de lo normal, lo que facilitó la comprensión auditiva de la paciente.
- No es necesario hablar continuamente, pues el paciente puede llegar a sentir incomodidad, por ello los silencios son esenciales. El logopeda debe callarse, aproximadamente 15 segundos, para dejarle pensar y pasado ese tiempo es cuando se puede proponer nuestra ayuda sólo en el caso de que sea necesario.
- El silencio juega un papel muy llamativo en sesión, ya que gracias a él se pueden observar rasgos no lingüísticos del paciente para comprender como está, como por ejemplo el ritmo de su respiración, pues si es demasiado rápido es posible que se esté poniendo nervioso con la actividad.
- Al mismo tiempo me di cuenta de que la articulación debe ser algo exagerada y el habla algo enlentecida.
- Es bastante útil apoyarse en estímulos visuales para explicar las actividades como por ejemplo señalar láminas.
- En el caso de mi paciente, a ella le resultó bastante llamativo que chasquease los dedos para llamar su atención, lo que la ayudó a concentrarse en la actividad.
- Desde mi punto de vista, adquirí el volumen adecuado para poder hablarla, pero es cierto que alguna vez, sobre todo cuando no tenía pensado que hacer o decir, bajaba mi volumen de voz, lo que la provocaba desinterés.

- Por último, quiero mencionar que el uso del silencio surgió de manera espontánea, pero considero que es una de las habilidades terapéuticas más importantes, por este motivo volveré a utilizarlo en futuras sesiones.

TONO

- Hay que evitar utilizar el *baby talk* con este tipo de pacientes cuando ya son adolescentes o adultos, debido a que se pueden sentir ofendidos o insultados.
- Forzar agudos y graves no es recomendable, pues puede llegar a generar irritabilidad o incomodidad al paciente.
- El tono debe transmitir empatía, calma y serenidad para aportar confianza a la sesión y evitar que la relación profesional-paciente se deteriore.
- Considero que fui capaz de no mezclar los términos tono y volumen.

5.3 SESIÓN 3

- **Objetivos**

Objetivos personales

- Usar adecuadamente la kinesia, es decir la postura, expresión facial y la mirada.
- Explicar y ayudar al paciente a realizar actividades de lectoescritura.

Objetivos generales y específicos

OG: Explicar y ayudar al paciente a realizar actividades de lectoescritura.

OE: Potenciar la elaboración correcta de frases.

OE: Recordar a los familiares que realice actividades de lectura comprensiva en casa.

OE: Evaluar su morfosintaxis.

OE: Reforzar la comprensión lectora del paciente.

- **Planificación**

- **Saludo:** aproximadamente 3 minutos.
- **Realizar actividades de lectoescritura:** aproximadamente 45 minutos.
 - Escribir cinco historias cortas, basándose en cinco imágenes.

- **Despedida:** aproximadamente 3 minutos.

- **Reflexión personal**

KINESIA

- Este apartado se va a desarrollar en tres subapartados, los cuales tienen como objetivo mostrar mi reflexión personal sobre la postura, expresión facial y mirada, durante esta sesión.
- Reflexionando desde un punto de vista global, dos de los tres aspectos mencionados no se han utilizado correctamente y por ello tengo que prestar atención en cómo utilizarlos de manera óptima en un futuro, sobre todo el uso de la mirada.
- Mientras aprendo a como mantener la mirada con un paciente con síndrome de Down, debo apoyarme en otras habilidades del terapeuta que son totalmente útiles y efectivas, como por ejemplo el uso adecuado del volumen.

POSTURA

- La postura está relacionada con la proxemia con el paciente y la imagen personal del profesional. En la segunda reflexión ya comenté que la proxemia que utilicé fue adecuada, por lo que en este apartado voy a centrarme en opinar sobre mi imagen personal y cómo eso afectó a su rendimiento.
- La bata blanca muestra un papel importante pues facilita que el paciente identifique al profesional sanitario.
- Opino que, debido a que en la unidad de logopedia de la facultad los pacientes pueden presentar una gran variedad de patologías y de edades, fácilmente puede ser confundida como un paciente más, por ello llevar bata ayudaba para poder identificarme como una profesional del centro. Además, llevarla ayuda a imponer respeto y a marcar una relación profesional paciente adecuada.
- No considero que un logopeda deba vestir de manera muy diferente a como hacen el resto de los pacientes, tan solo debe llevar su ropa cotidiana y una bata.
- Si que es cierto, que en el caso de usar depresores es necesario ponerse guantes, pero para trabajar la lectoescritura no es necesario.

- La excesiva elegancia u ordinariez puede llegar a generar rechazo o nerviosismo al paciente.

EXPRESIÓN FACIAL

Antes de redactar este punto, debo mencionar un dato personal de ella para entender porque este apartado no se puede completar.

La paciente acudía a sesión con mascarilla, y no por motivos de salud, sino porque su rostro le generaba complejo. Además, este complejo era tan grande, que no colaboraba en sesión si yo misma no me ponía la mascarilla también.

Debido a este motivo no he podido analizar y reflexionar de manera completa, pero aún así considero importante los siguientes conceptos:

- El ceño debe mostrarse relajado en todo momento, pues si se frunce puede llegar a transmitir malestar, enfado o confusión.
- Los ojos deben estar abiertos, pero no de manera excesiva, pues si se elevan en exceso los párpados puede resultar incómodo, siempre que se haga de manera continua, es decir, si se utiliza para mostrar sorpresa debido a que pudo resolver una actividad sin ayuda puede llegar a ser beneficioso.

MIRADA

- De manera general, los pacientes con síndrome de Down tienen dificultades severas para mantener la mirada cuando alguien les está hablando, esto sucede debido a su falta de audición o por las complicaciones que tienen para establecer un diálogo.
- Este caso no ha sido una excepción, cuando hablaba con ella la mayoría de las veces no me dirigía la mirada y al no mostrar ella ese interés, yo no he podido analizar si la estaba mirando de manera correcta.
- Puedo destacar que hubo una vez que me miró a la cara, pero considero que miró por debajo de mis ojos. Este suceso ocurrió cuando acabamos de realizar la tarea y le felicité por su esfuerzo.

- Considero que he utilizado mal esta habilidad terapéutica, porque en vez de colocarme en frente, para potenciar un contacto ocular accidental, me situé a su lado.
- En futuras sesiones me pondré en frente suyo, porque en el primer cuatrimestre hice las prácticas en el Centro Down Valladolid y allí pude observar cómo los docentes y logopedas, se colocaban en frente de los pacientes o en caso excepcionales en diagonal.

5.4 SESIÓN 4

- **Objetivo**

Objetivos personales

- Ser breve a la hora de explicar las sesiones.
- Respetar el uso de silencios.

Objetivos generales y específicos

OG: Explicar y ayudar al paciente a realizar actividades de lectoescritura.

OE: Recordar a los familiares que realice actividades de lectura comprensiva en casa.

OE: Reforzar la comprensión escrita del paciente.

OE: Mejorar su morfosintaxis.

- **Planificación**

- **Saludo:** aproximadamente 3 minutos.
- **Realizar actividades de lectoescritura:** aproximadamente 45 minutos.
 - Terminar la actividad de crear historias, explicada en apartados anteriores.
 - Leer un texto en voz alta, completarlo y responder cuatro preguntas sobre el texto.

- Leer dos definiciones y elegir a qué palabra corresponde entre seis posibles.
- **Despedida:** aproximadamente 3 minutos.

- **Reflexión personal**

SER BREVE

- Esta habilidad terapéutica ha sido todo un reto para mí, pues me he dado cuenta de que suelo explicar cada actividad en exceso, lo que dificulta el entendimiento de ésta.
- Me di cuenta de que suelo explicar todo de manera muy extensa cuando le expliqué la primera tarea, debido a que notaba que no me estaba escuchando pues su cuerpo estaba inclinado en dirección opuesta a la mesa.
- Me llamó bastante la atención el cambio de actitud por su parte cuando comencé a hablar de manera más breve, pues en menos de un segundo su cuerpo ya estaba sentado correctamente en la silla y su atención se fijó tan solo en la actividad.
- Debido a este razonamiento considero que ser breve es una de las habilidades terapéuticas más destacables, pues en poco tiempo se pueden lograr cambios significativos en sesión.
- Opino que esta habilidad terapéutica también puede ser un arma de doble filo, debido a que si el logopeda es excesivamente breve el paciente no entenderá la explicación por falta de datos.
- Quiero mencionar que debido a que esta paciente presenta Síndrome de Down, hay que ayudarla constantemente en las actividades, lo que dificulta su autonomía personal, pero evita conductas de angustia o de enfado.
- Para guiar en una actividad a un paciente con Síndrome de Down, hay que tener en cuenta que no todos presentan el mismo grado de falta de atención o si los objetivos de la actividad se han trabajado anteriormente, por lo que es fundamental adaptarse a las necesidades reales del paciente, evitando ayudarlo en exceso o no ayudarlo.

- Los refuerzos visuales potencian resultados óptimos en las actividades, apoyando de esta manera las instrucciones.
- A pesar de que tuve que guiarla, cada una de mis instrucciones han sido muy cortas y breves, además, debido a la falta de atención que presentaba, me he apoyado mucho a la hora de explicar en señalar con el dedo la hoja a medida que iba hablando.
- Desde un punto de vista general considero que las actividades realizadas han sido explicadas de manera breve y clara para ella.

5.5 SESIÓN 5

- **Objetivo**

Objetivos personales

Utilizar todas las habilidades terapéuticas mencionadas en este trabajo.

Objetivos generales y específicos

OG: Explicar y ayudar al paciente a realizar actividades de lectoescritura.

OE: Recordar a los familiares que realice actividades de lectura comprensiva en casa.

OE: Trabajar la memoria a corto y a largo plazo de manera lúdica.

OE: Mejorar la comprensión escrita acerca de conceptos abstractos y concretos.

OE: Ampliar el léxico del paciente.

- **Planificación**

- **Saludo:** aproximadamente 3 minutos.
- **Realizar actividades de lectoescritura:** aproximadamente 45 minutos.
 - Realizar un “pasapalabra” que elaboré yo misma teniendo en cuenta su léxico.
 - Recordar las palabras escritas en la actividad anterior.
 - Leer definiciones muy breves de conceptos abstractos y concretos. Se observan dificultades en el razonamiento de los conceptos abstractos.

- **Despedida:** aproximadamente de 6 a 10 minutos.

Debido a que esta es la última sesión, decidí alargar el tiempo de despedida porque de esta manera pude decir de manera resumida y sencilla al familiar que acudió a recoger al paciente, la evolución que he podido notar en su comportamiento y conducta, elaborando verbal y espontáneamente unas pautas familiares con el principal objetivo de que el paciente pueda presentar mejor atención en sus tareas cotidianas.

Algunas pautas para la familia son las siguientes:

- Evitar conductas agresivas o nerviosas a su lado, es importante mantener la calma.
- Elevar el tono de voz cuando le noten distraída.
- Prestar atención a los siguientes signos de nerviosismo: subir y bajar el dedo índice y mientras está sentado sujetar la parte inferior de la silla con fuerza.

- **Reflexión personal**

Esta reflexión tiene como objetivo razonar sobre aquellas habilidades terapéuticas, con las cuales tuve mayores dificultades anteriormente, es decir hablaré solamente de la mirada.

MIRADA

- Como ya expliqué anteriormente, los pacientes con Síndrome de Down tienen grandes dificultades para mantener la mirada en una conversación, por lo que voy a reflexionar esta habilidad partiendo de esta premisa.
- Debido a razonamientos anteriores en vez de colocarme a su lado, respetando la misma proxemia, me puse en frente suyo para así tratar de trabajar con mayor eficiencia la mirada.
- Desde esa posición conseguí poder mirarla a los ojos, pero no se mantenía por su parte ni por un segundo.
- Cuando se le explicaba alguna actividad su mirada estaba sostenida en la ficha y no en mis ojos.

- Los momentos que ayudaron a que fuera capaz de mirarme a los ojos o a la cara, fueron aquellos que la reforzaba positivamente de manera verbal y gestual, su comportamiento o su desarrollo en las actividades.
- Considero que conseguí una mejora en esta habilidad terapéutica, pero aún necesito descubrir cómo poder mejorar y de esa manera fomentar la atención del paciente en mis explicaciones y no en objetos o ruidos externos.

6 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo fundamental de este trabajo de fin de grado es defender la importancia de las habilidades terapéuticas utilizadas en las sesiones de logopedia con un paciente con Síndrome de Down, por ello decidí aplicar lo mencionado en el marco teórico a la práctica.

El número de sesiones utilizadas fueron cinco, las cuatro primeras tenían como objetivos repartirse todas las habilidades mencionadas anteriormente y reflexionar si las he utilizado bien o no, con el objetivo de ser capaz de utilizarlas correctamente en la última sesión.

Como he ido mencionando a lo largo de este trabajo, la habilidad terapéutica con la que he tenido más dificultad es con la mirada, debido a que el paciente no sentía la necesidad o no tenía la capacidad atencional suficiente para mantenerla cuando lo estabas hablando o explicando cualquier tema, pero a pesar de esta dificultad, considero que situarme en frente del paciente, en la última sesión, ayudó bastante para poder adquirir un mejor rendimiento que el adquirido en la tercera sesión.

Según la investigación realizada por Molina, N. P., & Cordovez, C. (2008) podemos saber que los pacientes con este tipo de síndrome pueden presentar anomalías visuales y oculares desde edades tempranas o en su época infantil, como por ejemplo la miopía y el astigmatismo, lo que dificulta que puedan observar bien y por ello no sean capaces de fijar la mirada a la hora de conversar con alguien.

Considero este hecho fundamental pues sí que es cierto que el paciente llevaba gafas y posiblemente existieran objetos alrededor de la sala que le llamasen la atención por no poder verlos con claridad, lo que posiblemente afectase a que no me mirase en determinadas ocasiones.

Sobre el resto de las habilidades utilizadas en sesión, he podido observar que gracias al razonamiento crítico y la reflexión personal he mejorado ciertos detalles para mejorar el rendimiento del paciente, como, por ejemplo, utilizar un tono de voz elevado y no ser excesivamente breve. De manera global, considero que las he utilizado de manera óptima.

Muñoz, A. M. (2004), destacó que los sujetos con estas características no muestran iniciativa propia para la exploración de tareas nuevas, además de que muestran una dificultad llamativa para cambiar de actividad. Sin embargo, basándome en la experiencia práctica con este paciente, puedo decir que esta afirmación tan solo es una generalización, pues el adolescente mostraba un gran interés y agilidad mental para cambiar o intercambiar actividades, pero sí que es cierto que cuando terminaba la sesión logopédica costaba hacerle entender que era momento de irse a casa.

Tras este razonamiento, considero que los objetivos propuestos al principio del trabajo de fin de grado se han logrado, pues he podido estudiar las habilidades necesarias para intervenir con un paciente con estas características gracias a una bibliografía basada en datos científicos, además he conseguido elaborar un plan de intervención basándome en estas habilidades y por último he podido demostrar, desde un punto de vista teórico y práctico, la necesidad de utilizar las habilidades terapéuticas en sesiones de logopedia.

7 LIMITACIONES

Las limitaciones encontradas a la hora de realizar este trabajo de fin de grado, basándonos en la práctica de cada una de las intervenciones logopédicas realizadas, son las siguientes:

La primera de ellas, y desde mi punto de vista la más importante, es la falta de evidencia científica de los resultados y las reflexiones que yo he hecho, porque cada una de ellas son completamente subjetivas. Si que es cierto, que he tratado ser lo más objetiva posible, pero eso no suple la falta de pruebas o de estudios que apoyen o validen lo que yo he observado.

Otra que he podido observar es no poder comparar el rendimiento de varios pacientes utilizando el mismo plan de intervención y la misma metodología. Considero que hubiera sido interesante establecer una discusión entre varias reflexiones personales distintas, pero esto no ha sido posible porque en la segunda mitad del curso escolar, solo he estado en contacto con una paciente con este síndrome.

La tercera de ellas es la siguiente: considero que el período de cinco sesiones es un tiempo demasiado corto para poder llegar a una conclusión totalmente objetiva, debido a que los resultados obtenidos pueden llegar a depender de nuestro estado emocional y físico.

Por último, me gustaría evidenciar que la falta de experiencia puede llegar a limitarme a la hora de reflexionar, pues tan solo me he basado en el marco teórico y en mis propias suposiciones y no he podido basarme en una experiencia previa trabajada durante varios años.

8 CONCLUSIONES

Se ha podido observar cómo el paciente reaccionó de manera adecuada a los siguientes aspectos razonados a lo largo de este trabajo:

- La escucha activa debe centrarse en los gustos y necesidades del paciente, no es recomendable hablar de aspectos genéricos o temas que no le llamen la atención.

- La proxemia debe ser la misma que con un paciente que no padezca este síndrome e incluso se podría decir que en algunos momentos, sobre todo cuando el paciente tiene que prestar mayor atención a las explicaciones, es necesario acercarse más llegando a invadir parte de su espacio personal.
- Hay que evitar susurrar en sesión debido al déficit auditivo del paciente, además es recomendable hablar en un volumen de voz elevado.
- La kinesia es la habilidad terapéutica que más cuesta trabajar con este tipo de pacientes, debido a su inestabilidad para mantener un contacto ocular correcto. A su vez se debe mantener la espalda recta y girar el cuerpo de tal manera que el logopeda y el paciente estén uno enfrente del otro. Por último, he de recordar que la expresión facial no se ha podido trabajar debido al uso de mascarilla.
- Ser breve ayuda a la comprensión por parte del paciente, pero es normal que esta comprensión no sea inmediata por lo que el logopeda debe saber explicar lo mismo, con palabras distintas, pero siempre con mensajes cortos.

Existen habilidades terapéuticas que se pueden aplicar de la misma manera a cualquier paciente, sin tener en cuenta si tiene dicho síndrome o no, sin embargo, es fundamental saber distinguir entre las habilidades que pueden aplicarse sin cambios y las que se deben aplicar con cambios, adaptándose a las necesidades de los pacientes con Síndrome de Down, como por ejemplo el tono de voz.

9 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Las habilidades terapéuticas deben ser estudiadas y utilizadas de manera concisa y óptima, con el objetivo de mejorar la calidad de la vida del paciente, en cada una de las patologías en las que interviene el logopeda. Por este razonamiento considero que las primeras líneas de investigación que puedo pensar basándome en la experiencia de este trabajo son las siguientes:

- Habilidades terapéuticas del logopeda en la disfonía.
- Habilidades terapéuticas del logopeda en la disfemia.
- Habilidades terapéuticas del logopeda en dislalias.

- Habilidades terapéuticas del logopeda en el uso de SAAC.

En las distintas patologías que he estudiado e intervenido gracias a la asignatura PRACTICUM III, he podido razonar que el trato con el paciente no va a ser igual, a pesar de presentar una sintomatología parecida, si tenemos en cuenta la edad de este. Es decir, el logopeda debe presentar sus sesiones como juegos cuando un niño o un grupo de niños acude a sesión, pero esto no se hará si se trata de un adulto, es por este motivo que se me ocurren las siguientes líneas de investigación:

- Diferencia del uso de habilidades terapéuticas en una disfonía infantil y en una disfonía adulta.
- Diferencia del uso de habilidades terapéuticas en una dislalia infantil y en una dislalia con un adulto.

Es importante también utilizarlas correctamente en trastornos en los cuales es imprescindible empatizar con el paciente y con los familiares, como por ejemplo ocurre en los casos TDL y TEA, por ello también me gustaría profundizar y encontrar más artículos relacionados con los siguientes conceptos:

- Habilidades terapéuticas del logopeda en el TDL: pacientes y familiares.
- Habilidades terapéuticas del logopeda en el TEA: pacientes y familiares.

Para terminar, considero fundamental estudiar y definir cómo utilizar las habilidades terapéuticas en distintas patologías, señalando que el logopeda debe saber cómo hablar, explicarse y motivar al paciente acorde a su edad y sus gustos personales.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bados López, A., & García Grau, E. (2011). Habilidades terapéuticas.

[Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona: Habilidades terapéuticas \(ub.edu\)](#)

Calderón, K. A. H., & Silva, A. K. L. (2018). La escucha activa como elemento necesario para el diálogo. *Revista convicciones*, 5(9), 83-87.

[La escucha activa como elemento necesario para el diálogo \(googleusercontent.com\)](#)

Caltagirone, A. (2020). La imagen personal y profesional en el ámbito médico-social. *Cuadernos del Centro de Estudios en Diseño y Comunicación. Ensayos*, (97), 65-75.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7298901>

Díaz-Cuéllar, S., Yokoyama-Rebollar, E., & Castillo-Ruiz, D. (2016). Genómica del síndrome de Down. *Acta pediátrica de México*, 37(5), 289-296.

[Genómica del síndrome de Down \(scielo.org.mx\)](#)

Fachin Vela, E. (2022). HABILIDADES COMUNICATIVAS.

<http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/2005>

García, A. A. M. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN: Técnicas para la Comunicación Eficaz.

[HABILIDADES DE COMUNICACION: Técnicas para la Comunicación Eficaz : ... \(googleusercontent.com\)](#)

Gómez Gómez, H. (1994). La proxémica: un acercamiento semiótico al estudio del comportamiento humano. *Revista Universidad Eafit*, 30(95), 77-86.

<http://hdl.handle.net/10784/16524>

Matsumoto, D., Hwang, H. S., López, R. M., & Pérez-Nieto, M. Á. (2013). Lectura de la expresión facial de las emociones: Investigación básica en la mejora del reconocimiento de emociones. *Ansiedad y estrés*, 19.

http://behaviorandlaw.com/descargas/Matsumoto_Lopez.pdf

Molina, N. P., Páez, P., & Cordovez, C. (2008). Alteraciones visuales y oculares en pacientes con síndrome de Down. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 6(11), 101-109.

["Alteraciones visuales y oculares en pacientes con síndrome de Down" by Nancy P. Molina M., Paola Páez R. et al. \(lasalle.edu.co\)](#)

Monasterio Astobiza, A. (2007). Contacto ocular directo: un caso de estudio en psicología popular.

https://www.researchgate.net/profile/Anibal-Monasterio-Astobiza/publication/44699480_Contacto_ocular_directo_un_caso_de_estudio_en_psicologia_popular/links/5dee329d92851c83646e67f3/Contacto-ocular-directo-un-caso-de-estudio-en-psicologia-popular.pdf

Muñoz, A. M. (2004). El síndrome de Down. *Revista Retrieved*, 4, 1-104.

[EL SÍNDROME DE DOWN Ana Madrigal Muñoz \(googleusercontent.com\)](#)

Pacherres-Seminario", S. F. La terapia del lenguaje, fonoaudiología o logopedia The therapy of language, fonoaudiology or logopedia Terapia da fala, a terapia da fala ou terapia da fala.

[La terapia del lenguaje, fonoaudiología o logopedia The therapy of language, fonoaudiology or logopedia Terapia da fala, a tera \(googleusercontent.com\)](#)

Pérez Chávez, D. A. (2014). Síndrome de down. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 45, 2357.

[Revista de Actualización Clínica Investiga - Síndrome de Down \(revistasbolivianas.ciencia.bo\)](#)

Quintos Goicochea, N. (2019). Los recursos no verbales: kinesia.

https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3415/T016_41084197_T.PDF?sequence=1

Rodríguez Baleato, N. (2020). El Tono de Voz y el Lenguaje en la Creación de la Marca Personal Online: Análisis, Conclusiones y Propuestas.

[El tono de voz y el lenguaje en la creación de la marca personal online: análisis, conclusiones y propuestas \(upf.edu\)](#)

Silveira, R. A. (2017). A influência da postura corporal sobre os fatores físicos e psicológicos em escolares: uma revisão de literatura.

<https://bdm.unb.br/handle/10483/22780>