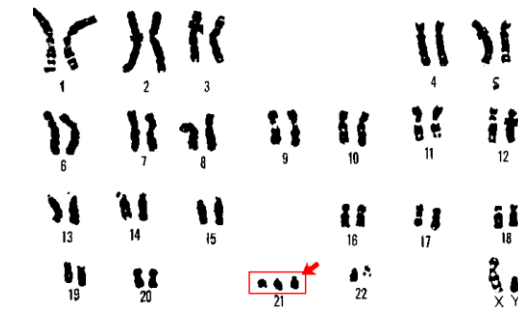




1. Clínica de Logopedia Universidad Complutense de Madrid,
2. Instituto ORL Alonso,
3. Centro de Salud Sanitas Milenium,
4. Centro de Rehabilitación del Lenguaje,
5. Departamento de Oftalmología y Otorrinolaringología.

## INTRODUCCIÓN



El lenguaje en el Síndrome de Down (SD) tiene una serie de limitaciones. El grado de dificultades lingüísticas abarcan un amplio espectro que compromete a los distintos componentes del lenguaje, pero de forma más específica al componente morfosintáctico (Galeote, 2008 y Galeote et. al., 2010). Otras características comunicativas que pueden diferenciarse en el SD son: la **pasividad** o menor iniciativa a la hora de interactuar con el adulto (Fisher, 1987); el retraso en el desarrollo de la **atención conjunta** (Florez, 1994). Sucede también en el caso del **llanto**, éste parece ser más breve y más pobre en elementos vocálicos que en los bebés sin SD (Rondal, 1986; Del Barrio, 1991). En la misma línea, el **contacto ocular** en el bebé con SD aparece hacia las siete u ocho semanas, aumentando su frecuencia posteriormente (Del Barrio, 1991). La **sonrisa**, que aparece más tarde que en el bebé normal y también posee una duración menor.

A pesar de todo esto, los movimientos expresivos que le caracterizan son similares (Fisher, 1985; Del Barrio, 1991) pero se ve afectado el establecimiento de la figura de apego entre hijo y madre, teniendo consecuencias para el posterior desarrollo del lenguaje.

Las primeras vocalizaciones, aparecen a la vez tanto en bebés normales como en bebés con SD, aproximadamente sobre los cuatro meses (Guilleret, 1985).

### OTROS FACTORES

- **VISIÓN:** los patrones para desarrollar los reflejos visuales son más lentos. Y presentan mayor frecuencia de astigmatismo. Posible alteración en la curvatura corneal. (González Viejo, Ferrer Novella, Pueyo Subías, Bueno Lozano, Vicente Aznar, 1996).
- **AUDICIÓN:** La pérdida de audición se da en más del 50% de los niños con Síndrome de Down. Hay un aumento de la prevalencia de deficiencia auditiva neurosensorial y por la morfología de su oído ocasiona alta probabilidad de otitis de repetición. Las limitaciones auditivas tienen consecuencias en el desarrollo de las habilidades auditivo-perceptivas, conceptuales, y del sistema de retroalimentación auditiva para mantener la inteligibilidad del habla (Marder y Ni' Cholmain, 2006).
- **TONO MUSCULAR:** la hipotonía generalizada causa un retraso en el desarrollo motor y tiene consecuencias en la succión, la deglución y en la mímica facial que puede contribuir a un retraso en las habilidades de imitación que facilitan el balbuceo y el aprendizaje temprano de sonido.

## LENGUAJE

### FONÉTICA

Debido a las diferencias anatómicas y fisiológicas, el habla es más difícil de ejecutar, por lo que es raro que desarrollen el 100% de inteligibilidad. (Miller y Leddy, 1999; Miller et al., 1999).

### FONOLOGÍA

La implantación de contrastes fonológicos es lenta, pero en conjunto su progresión es paralela a la de los demás niños. Se producen primero las vocales y semivocales, y las consonantes nasales, mientras que las fricativas, más difíciles de articular, requieren más tiempo para dominarlas (si es que lo consiguen) (Rondal J.A, 2006).

### LÉXICO

El desarrollo del léxico avanza en estrecha relación con la edad mental. Está fuertemente retrasado en el Síndrome de Down pero presenta muchas semejanzas con el desarrollo normal (Rondal J.A, 2006).

### COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE

Comprenden mejor los mensajes si se asocian a contextos determinados, es decir, si lo han visto con anterioridad o si lo descrito o mencionado está presente. Presentan problemas si la información se encuentra fuera de su utilidad pragmática o contextual (oraciones pasivas). También tienen dificultades con frases que incluyen proposiciones subordinadas o si aparece una negación en una frase larga o estructuralmente compleja. Los niños de desarrollo normal darán muestras de no haber comprendido, pero los niños SD, no exteriorizan o dan a entender al interlocutor la necesidad de que les repita la frase con otras palabras o que busquen otro contexto paralingüístico (Santos Pérez y Bajo Santos, 2011).

## MORFOSINTAXIS

Las diferencias del lenguaje del sujeto con SD no tienen su origen en una afectación específica de las áreas del lenguaje, sino en una formación patológica de la estructura y el funcionamiento general del cerebro asociada a la trisomía 21.

Sus alteraciones del lingüísticas se hacen más evidentes con la edad y además van apareciendo disociaciones específicas entre los distintos componentes del lenguaje. Así se aprecia una divergencia entre el desarrollo léxico y el morfosintáctico, siendo el desarrollo del primero superior al del segundo (Chapman, 1991; Galeote, 2010).

Diferentes estudios, además, sugieren que en estos niños existe un patrón de adquisición sintáctico específico: su retraso en el desarrollo morfosintáctico no es uniforme, la morfología es el área de mayor dificultad y existen diferencias en el uso de verbos auxiliares, artículos, preposiciones y flexiones verbales (Galeote et.al., 2010).

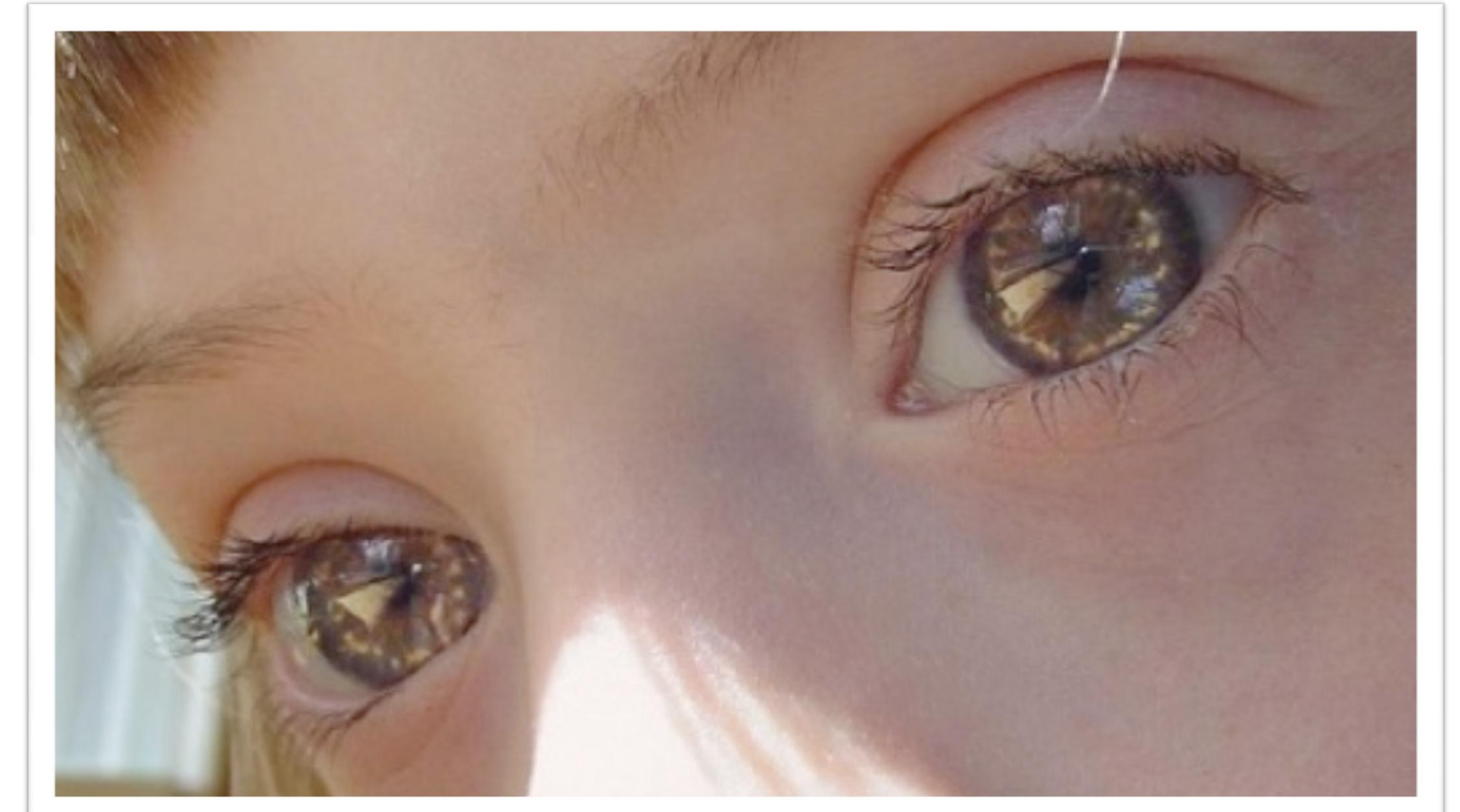
Generalmente respetan el orden básico de las palabras de la lengua, pero la construcción de oraciones más extensas y elaboradas a menudo les sigue resultando difícil, y les surgen dudas sobre su organización interna. Las marcas de **género y número** pueden estar parcialmente ausentes o permanecer inestables.

El lenguaje del niño y adolescente con SD es pobre en su **organización gramatical**. Los géneros de los nombres, la expresión de los **tiempos verbales**, las relaciones **sujeto-verbo** y **adjetivos-sustantivos**, suelen plantear problemas en ellos.

El lenguaje del adolescente y adulto con SD está caracterizado por **enunciados de mediana longitud**, formulados por lo general en presente, pero su lenguaje resulta descriptivo y funcional. Su discurso es muy sencillo en lo que se refiere a estructuras gramaticales (Del Barrio del Campo, 1991) muestran tasas más lentas de desarrollo del lenguaje en la morfología gramatical (Chapman et al., 1998; Fabretti, 1997). Tienden también a **omitir verbos** (Hesketh y Chapman, 1998).

Los resultados obtenidos en personas con SD de 6 a 14 años, apoyan la teoría de que el lenguaje sigue desarrollándose durante la preadolescencia y la adolescencia temprana, al igual que los estudios pragmáticos y de comunicación revisados por Rosenberg y Abbeduto (1993) que sugieren un desarrollo continuado desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta.

Diferentes autores señalan que la competencia lingüística puede mejorar con programas específicos de intervención logopédica, a pesar de los problemas descritos, pudiendo mejorar la capacidad para construir enunciados, realizarlos con menos errores gramaticales y con una morfosintaxis más rica y completa.



## CONCLUSIONES

- Se puede considerar que existe un perfil lingüístico específico en el sujeto SD consecuencia de sus características neurológicas, y anatómicas propias del SD.
- Dicho perfil se caracteriza por una alteración mayor en el componente morfosintáctico.
- Se observa una persistencia de trastornos del habla asociados a una configuración estructural glosa-faríngea.
- Existe posibilidades de evolución con programas específicos de intervención logopédica.
- La competencia lingüística de estos sujetos tiene posibilidades de mejorar.
- Se necesitan programas de logopedia específicos para la intervención con estos sujetos.

## BIBLIOGRAFIA

- González Viejo, I., Ferrer Novella, C., Ferrer Novella, E., Pueyo Subías, M., Bueno Lozano, J., Vicente Aznar, E. (1996). 'Exploración oftalmológica en niños con síndrome de Down: Principales resultados y comparación con un grupo control'. Anales Españoles de Pediatría. VOL. 45 Nº 2.
- Santos Pérez ME., Bajo Santos C. (2011). 'ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN PACIENTES AFECTOS DE SÍNDROME DE DOWN'. Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja. VOL. 2 Nº 9.
- Moraleda E. (2011). 'Análisis del desarrollo morfosintáctico en personas con Síndrome de Down en el periodo infantil y adolescente'. Revista de investigación en Logopedia 1 (2011) 121-129.
- Marder L., Ni' Cholmain C. (2006). 'Promoting language development for children with Down's syndrome'.
- Perera J., Flórez J., Rondal JA. (2013). 'Rehabilitación cognitiva de las personas con síndrome de Down: Perspectivas multidisciplinares de normalización'.
- Grela B., (2003). 'Do children with Down syndrome have difficulty with argument structure?'.
- Galeote M., Rey R., Checa E., Sebastián E. (2010) 'El desarrollo de la morfosintaxis en niños con Síndrome de Down: primeros datos normativos'. Revista Síndrome de Down. Vol 27, dic 2010.
- Rondal J.A. (2006). 'Dificultades del lenguaje en el síndrome de Down: Perspectiva a lo largo de la vida y principios de intervención'. Revista Síndrome de Down 23: 120-128.
- UMIN, L. (1997). '¿Cómo favorecer las habilidades comunicativas de los niños con Síndrome de Down? Una guía para padres. Paidós. Barcelona.
- Arregui Martínez, A., (1997). 'Síndrome de Down: necesidades educativas y desarrollo del lenguaje'. Dirección de Renovación Pedagógica Instituto Para el Desarrollo Curricular y la Formación del Profesorado. Área de Necesidades Educativas Especiales.
- F.Miller, J., Leddy, M., Leavitt, L.A. (2000). 'Síndrome de Down: comunicación, lenguaje, habla'. Ed. Masson. (Cap. 3 pags. 44-57).
- Chapman, R.S. (1991) 'Desarrollo del lenguaje en niños y adolescentes con Síndrome de Down'.
- Del Barrio del Campo, J.A. (1991). 'Estructura cognoscitiva: desarrollo del lenguaje en niños con Síndrome de Down'. (cap.4 pags 77-99)