

**MÁSTER EN ESTUDIOS AVANZADOS SOBRE
EL LENGUAJE, LA COMUNICACIÓN Y SUS
PATOLOGÍAS**

CURSO ACADÉMICO: 2019/2020

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**La disfemia: una propuesta de
intervención desde la educación
emocional**

Beatriz García Escanero

Septiembre 2020

Vº Bº y place del Tutor/a

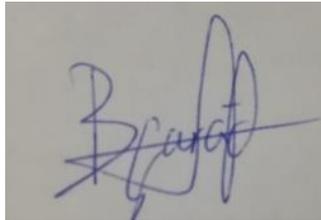
(fecha y firma)

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA EDUCACIÓN. CAMPUS
DE HUESCA. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Declaración de autoría

Declaro que he redactado el trabajo *La disfemia: una propuesta de intervención desde la educación emocional* para la asignatura de Trabajo de Fin de Máster en el curso académico 2019/2020 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

Firma

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'B. García', is centered on a light gray background.

Fecha

29 de septiembre de 2020

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
2.1. ¿Qué es la disfemia o tartamudez?	9
2.1.1 Criterios diagnósticos	10
2.1.2 Tipos de disfemia o tartamudez	12
2.1.3 Factores etológicos	14
2.1.4 Prevalencia	17
2.1.5 Educación Emocional	19
2.1.6 Intervención en la disfemia	21
2.1.6.1 Diferentes técnicas y métodos	22
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	26
3.1 Justificación	26
3.2 Contexto del alumno	27
3.2.1 Anamnesis	28
3.2.2 Historia escolar	28
3.2.3 Evaluación del lenguaje	29
3.2.4 Tipo de errores	29
3.2.5 Conductas asociadas	29
3.2.6 Especificidad situacional	29
3.2.7 Técnicas de control	29
3.2.8 Diagnóstico	30
3.3 Contexto de la intervención	30
3.3.1 Objetivos de la intervención	30
3.3.2 Objetivo general	30
3.3.4 Objetivos específicos	31
3.4 Sesiones y actividades	31

3.5 Evaluación	41
3.6 Pautas para la familia	42
4. CONCLUSIÓN	44
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
6. ANEXOS	50
6.1 Anexo I	50
6.2 Anexo II	50
6.3 Anexo III	51
6.4 Anexo IV	52
6.5 Anexo V	53
6.6 Anexo VI	55
6.7 Anexo VII	56
6.8 Anexo VIII	57
6.9 Anexo IX	59
7. Anexo X	60

Resumen

La disfemia, conocida comúnmente como tartamudez, es una de las alteraciones del habla más frecuentes entre los niños y niñas a partir de los dos años y medio, período en el cual son muy habituales las disfluencias, ya que se va construyendo un lenguaje cada vez más elaborado.

La importancia de una detección e intervención temprana es esencial para que el problema no se cronifique, pero aún lo es más en estos casos educar en las emociones, es decir, dotarles de herramientas adecuadas para que puedan gestionar los sentimientos negativos que acompañan a la tartamudez, tales como: inseguridad, frustración, baja autoestima, etc. Igualmente hay que tener en cuenta el efecto contrario, ya que en muchos casos esta dificultad de gestionar las emociones y una personalidad más introvertida pueden ser factores predisponentes de la tartamudez.

Conseguirlo conlleva un trabajo muy concreto con el niño/niña, por ello, partiendo de una revisión teórica sobre los aspectos más importantes de este trastorno, el objetivo es elaborar una propuesta de intervención con un niño en particular, para ello, se establecen unas sesiones específicas en las cuales todas las actividades que se desarrollan predomina el trabajo emocional, a fin de ofrecerle recursos para un mayor autoconocimiento y mejor manejo de la ansiedad producida por la tartamudez.

Palabras clave

Disfemia, tartamudez, educación emocional, propuesta de intervención, comunicación, trastorno del lenguaje oral.

Abstract

Dysphemia, more commonly known as “stuttering”, is one of the most common speech alterations in boys and girls from the age of two and half years old, a period in which disfluencies are common, as the child learns to construct an ever more elaborated language.

The importance of early detection and intervention is essential so that the problem does not become chronic. Furthermore it is even more important in these cases to ensure emotional education. That is to say, providing with adequate tools so that, they may manage negative emotions that accompany stuttering such as: insecurity, frustration, low self-esteem etc.

Achieving this entails working individually with each boy/girl, beginning with a theoretical revision of the most important aspect of this condition, the objective being to develop a plan of intervention for each particular child. To that end, specific sessions are set up in which all the activities that are developed are predominantly related to emotional work, with the goal being to offer resources for better self-knowledge and a better management of anxiety produced by stuttering.

Key words

Dysphemia, stuttering, emotional education, proposed intervention, oral communication, oral language disorder.

1. INTRODUCCIÓN

La disfemia, comúnmente conocida como tartamudez ha ido adquiriendo diversas interpretaciones a lo largo del tiempo sobre su origen y la manera de abordar el problema. Las investigaciones y estudios que se han llevado a cabo tratan de explicar esta cuestión y las repercusiones que tiene sobre la persona que la padece (Rodríguez, 2002), desde la dificultad para comunicarse con otros individuos, hasta las consecuencias emocionales que pueden surgir; baja autoestima, introversión, aislamiento, etc.

Las disfluencias en la infancia son muy comunes, sobre todo en la etapa de desarrollo del lenguaje. Esta alteración del ritmo del habla, en la mayoría de los casos remite al poco tiempo sin dejar ningún efecto o secuela sobre el niño o niña. Aunque el porcentaje de casos en los que se cronifica es muy bajo, resulta de suma importancia observar la evolución, ya que una intervención temprana puede evitar que el problema sea mayor. El entrenamiento en técnicas de habilidades sociales, relajación, atención, etc., es decir, todo aquello relacionado con la educación emocional, es esencial para que los niños y niñas que son más conscientes de su tartamudeo sufran menos y tengan sus estrategias para el manejo de situaciones en las que se sientan más vulnerables (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008).

El entorno que rodea a los niños/as también es clave para determinar si el tartamudeo puede continuar o por el contrario desaparecer. Si la familia ejerce conductas de presión sobre el niño tartamudo/a es muy probable que la tartamudez continúe y aumente, mientras que si la familia adopta una postura relajada y comprensiva, el tartamudeo disminuirá considerablemente (Irwin, 1994).

Por lo tanto, desde el punto de vista de Irwin (1994) eliminar estas presiones sobre el niño o niña, sería la base de la terapia preventiva, es decir, acabar con la tartamudez antes de que ésta se fije, porque aunque dicha presión del entorno no origina el tartamudeo, si que facilita que continúe y pueda cronificarse.

Siguiendo a Cervera e Ygual (2002) la tartamudez es compleja porque implica aspectos de habla y comunicación, aspectos sociales y aspectos psicológicos, todo ello supone que el tratamiento e intervención sea un reto para los profesionales. El sufrimiento de estos niños y niñas será mayor o menor en función de la respuesta de la

familia y la escuela, por lo tanto, para una respuesta más eficaz, la intervención psicoeducativa tiene que englobar a distintos profesionales y directamente influir en la comunidad educativa.

Respecto a la intervención Fernández-Zúñiga, (2005) nos dice que: *“Existe un acuerdo en la mayoría de autores en intervenir lo mas tempranamente posible y antes de la edad escolar. Esta perspectiva intenta evitar el afianzamiento del problema y del habla disfluyente”*.

Al hilo de estas ideas, la esencia de este trabajo es plasmar la importancia que tiene educar emocionalmente a los niños/as que sufren este trastorno, sobre todo en aquellos en los que se ha cronificado el problema, ya que, aunque se hagan intervenciones para su tratamiento, tienen más posibilidades de experimentar una tendencia al tartamudeo a lo largo de su vida. Por lo tanto, si desde pequeños les dotamos de recursos y técnicas apropiados, su calidad de vida mejorará sobre todo en el ámbito emocional.

“El tartamudeo comienza, no en la boca del niño, sino en oído del padre”.

Wendell Jonson

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 ¿Qué es la disfemia o tartamudez?

La CIE-10 (Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento) define la disfemia como “el trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de los sonidos, sílabas o palabras, o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla”.

Para la Fundación Americana de la Tartamudez, ésta es: "Un desorden en la comunicación, caracterizado por excesivas interrupciones involuntarias o bloqueos en la fluidez del habla, particularmente cuando dichas interrupciones consisten en repeticiones o prolongaciones de un sonido o sílaba y cuando ellas van acompañadas de conductas de evitación con esfuerzo".

Hay muchos autores que han trabajado en este tema y cada uno define el concepto de maneras distintas, aunque no son grandes las diferencias entre uno y otro, ya que generalmente todos recogen características similares del trastorno (Pía, 2019).

Haciendo revisión de la literatura existente, se encuentran determinados autores como, Cervera e Ygual (2002) que hacen una clara diferencia entre la tartamudez evolutiva y la disfemia. Mientras que los síntomas de la tartamudez evolutiva duran escasas semanas, los de la disfemia se alargan hasta pasados los 14 meses. En la disfemia la persona se da cuenta del tartamudeo y existe una reacción a nivel emocional e incluso evitativa a ciertas personas o situaciones en las que haya comunicación oral.

Por otro lado, si hablamos de tartamudez evolutiva la persona no es consciente ni reacciona ante el tartamudeo, tampoco hace fuerza al hablar, como en el caso del disfémico/a que reflejaría una tensión evidente. La diferencia más clara entre lo que llaman tartamudez evolutiva y disfemia es que en esta última son notables los bloqueos-pausa, alargamientos de las vocales, repetición de la misma sílaba más de dos veces, etc. Estos síntomas en cambio no se dan en la tartamudez evolutiva. Teniendo en cuenta la diferenciación que hacen estos autores, se podría entender que la tartamudez evolutiva hace referencia a un proceso normal y natural que con el tiempo desaparecerá, más que a un trascurso patológico y crónico.

La tartamudez es “un trastorno del habla, que afecta el proceso comunicativo y que se caracteriza por interrupciones involuntarias en la fluidez del habla de las personas. Estas interrupciones en la fluidez del habla se acompañan de tensión muscular en cara y cuello, miedo y stress y son la expresión visible de la interacción de determinados factores orgánicos, psicológicos y sociales que determinan y orientan en el individuo la conformación de un ser, un hacer y un sentir con características propias (Rodríguez, 2002) (Citado en Rodríguez y Díaz, 2017, p.13).

Perelló (1979) define la disfemia como:”Es el defecto de elocución caracterizado por la repetición de sílabas o palabras, o por paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal, acompañada de angustia” (Citado en Castillo, 2011 p.28). Él mismo hace una diferencia entre el concepto de “disfemia”, con el cual hace referencia a la enfermedad y el término “tartamudez”, referido al acto de paros y repeticiones en el habla.

Por otra parte, Sangorrín (2005), habla de la disfemia como “un síndrome clínico caracterizado por disfluencias anormales y persistentes del habla, acompañadas por peculiares patrones conductuales, cognitivos y afectivos”.

Santacreu y Froján (2001), hablan de las dificultades que ha supuesto establecer una definición de la tartamudez y señalan que “por muchos años se entendió que el problema consistía en una incorrección en la dicción de palabras” y a partir de los años 60 la tartamudez empezó a definirse como “un problema de falta de fluidez en la dicción, que originaría errores del tipo de bloqueos y repeticiones, silencios entre palabras, repeticiones de sílabas, palabras e incluso frases completas” (p.17).

2.1.1 Criterios diagnósticos

El DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría) establece los criterios diagnósticos siguientes:

Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición frecuente y notable de uno (o más) de los siguientes factores: repetición de sonidos y sílabas, prolongación de sonidos de consonantes y de vocales, palabras fragmentadas, bloqueos audibles o silenciosos, circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas) palabras producidas con un exceso de tensión física, repeticiones de palabras completas monosilábicas.

La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social, el rendimiento académico o laboral de forma individual o en cualquier combinación. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.

La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, disfluencia asociada a un daño neurológico o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental. (p. 25-26)

En este mismo manual se establece el diagnóstico diferencial respecto a otros déficits o trastornos que tienen una sintomatología parecida al tartamudeo, aunque en estos casos se produce como efecto secundario a otros problemas. Estos son: el déficit sensitivo en el cual las disfluencias pueden asociarse a una deficiencia auditiva u otro problema sensitivo o motor del habla, por otro lado, las disfluencias normales del habla que deben diferenciarse de las disfluencias que frecuentemente le ocurren a los niños/as pequeños/as, los efectos secundarios de la medicación, disfluencias de inicio en el adulto o por último el trastorno de la Tourette como los tics vocales que son distinguibles de los sonidos repetitivo del trastorno de la fluidez en la infancia.

Tabla 1

Clasificación diagnóstica DSM IV-DSM V

Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia	Trastornos del neurodesarrollo
Trastornos de la comunicación	Trastornos de la Comunicación
Trastorno Mixto del Lenguaje Receptivo-Expresivo	Trastorno del lenguaje
Trastorno del lenguaje expresivo	
Trastorno Fonológico	
Tartamudeo	Trastorno del habla
	Trastorno de Inicio en la Infancia (Tartamudeo)
	Trastorno de la comunicación pragmática
Trastorno de la Comunicación No Especificado	Trastorno de la Comunicación No Especificado

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría 2013

2.1.2 Tipos de disfemia o tartamudez

Cabe decir que, los conceptos disfemia y tartamudez se utilizan indistintamente para hablar de la misma condición. Existen una variedad de hablas disfémicas y diferentes modelos o tipos de tartamudez en función de su origen, su sintomatología o la intensidad y presencia del tartamudeo. A continuación basándonos en Gallego (2004) se especifican cada uno de ellos.

Desde el punto de vista etiológico se distinguen varios tipos de tartamudez, como son: la tartamudez de tipo psicológico, cuyo origen se relaciona con la ansiedad, el estrés, carencias afectivas, etc. Cuando hay ciertas alteraciones orgánicas se habla de una tartamudez neurogénica que es la responsable del origen del trastorno, esto significa que surge tras una lesión o enfermedad en el sistema nervioso central. Por último, desde el punto de vista etiológico, se encuentra la tartamudez de tipo lingüístico o desarrollo, la más común en los niños y niñas cuando están aprendiendo el lenguaje. La diferencia con los otros tipos es que ésta no se produce ni por daño cerebral ni necesariamente porque el niño/a tenga ansiedad u otro problema psicológico.

Desde la sintomatología difieren tres clases de habla disfémica: por un lado la de carácter clónico, carácter tónico y la disfemia mixta.

La disfemia clónica, se conoce por la cantidad de repeticiones de sílabas, esta repetición se da justo antes de comenzar una frase o al continuarla, a su vez se producen movimientos espasmódicos repetitivos. La articulación parece que lleva un ritmo normal y las contracciones en los músculos labiales son breves y a su vez rápidos.

En cuanto a la disfemia tónica, la persona se bloquea al iniciar una frase, acompañada de fuertes espasmos y movimientos involuntarios nerviosos. Se muestra con muchas dificultades para comenzar a hablar y cuando lo hace es con un ritmo muy acelerado y de forma entrecortada.

Cuando se presentan la sintomatología de los dos tipos de disfemias anteriores, aparece la disfemia mixta, es decir, podría ser que la persona presentara una tartamudez clónico-tónica o tónico-clónica.

Por último, se habla de una tercera clasificación de la tartamudez bajo el prisma evolutivo. En ésta se puede diferenciar la tartamudez fisiológica o primaria, el tartamudeo esporádico o transitorio y el tartamudeo crónico (persistente).

El tipo de tartamudez más común es el denominado tartamudeo de desarrollo (transitorio) y se caracteriza por tener una duración muy corta, se suele dar durante el período de establecimiento del lenguaje en los niños y niñas. La diferencia principal con los otros dos es el momento de aparición (entre los 2 y 5 años) y la ausencia de posibles daños o afectaciones cerebrales que afecten al procesamiento del habla.

Mientras que en el tartamudeo transitorio, la persona suele recuperarse de manera espontánea de este problema, no ocurre lo mismo con el tartamudeo crónico más frecuente en adolescentes y jóvenes

A modo de síntesis se expone la siguiente tabla, en la cual se recogen los distintos enfoques con las diferentes clasificaciones que propone.

Tabla 2

Perspectivas para la clasificación de la tartamudez

Enfoque sintomatológico	Disfemia clónica (coreica)
	Disfemia tónica (tetánica)
	Disfemia clónico-tónica
Enfoque etiológico	Tipo lingüístico
	Tipo psicológico
	Tipo neurológico
Enfoque evolutivo	Tartamudeo fisiológico o primario
	Tartamudeo esporádico o transitorio
	Tartamudeo crónico

Fuente: Gallego (2004)

Esta misma clasificación aparece en el trabajo recogido por Castillo (2011), con el matiz de que en este último utiliza el término disfemia en lugar de tartamudez para hablar desde la perspectiva evolutiva, así mismo nombra el “real tartamudeo” para referirse a la disfemia mixta conocida en términos más formales.

Las taxonomías anteriormente mencionadas son algunas alternativas, pero hay autores que ofrecen otras propuestas para clasificar el tartamudeo, aunque cabe decir que no existen grandes variaciones, como veremos a continuación

Cruz, Valdés y Barrizonte (2017) establecen solo dos tipos, por un lado, la disfemia de desarrollo o evolutiva y la tartamudez sintomática cuyo origen es un tipo de problema orgánico, aquí engloba la tartamudez clónica, tónica y mixta.

Así, para Pichón y Borel (1979) (citado en Gallego, 2004) existiría: un tartamudeo coreico (clónico), que consiste en una repetición silábica con anterioridad a que se produzca la emisión de la frase y un tartamudeo tetánico (tónico), que produce una inmovilización muscular que impide el habla en su totalidad.

Por último, Ortega (2005) habla de 3 tipos de disfemia bajo otros términos, pero de características similares a la evolutiva establecida por Gallego (2004).

El primer tipo es la disfemia fisiológica que se da principalmente a la edad de tres años ya que es cuando empiezan a integrar las estructuras básicas del idioma. En este momento son frecuentes los titubeos en el habla. La evolución de este tipo de disfemia suele ser favorable y se considera un proceso normal dentro del desarrollo del habla del niño/a, pero aún así no se debe descuidar su atención.

La disfemia esporádica o transitoria es la que se da en momentos puntuales y en un periodo de tiempo relativamente corto. Un instante destacado en el cual puede aparecer es al inicio de la escolaridad, puesto que es un punto de cambio muy sustancial. En la mayoría de los casos no se necesita una intervención profesional, ya que remite repentinamente.

Ortega (2005) acuña el término real tartamudez al igual que Gallego (2004), para referirse al trastorno que aparece en personas jóvenes y adultos de manera perdurable y la cual necesita de una atención e intervención específica.

2.1.3 Factores etiológicos

Como ya hemos visto, existen diferentes criterios para categorizar los tipos de disfemia desde el punto de vista sintomatológico, la intensidad o frecuencia con la que aparece y su origen.

Con respecto a este último, la tartamudez es desconocida a día de hoy, muchas disciplinas como son la psiquiatría, psicología, logopedia, etc., han tratado de investigar acerca de su causa pero no se ha llegado a nada esclarecedor, bien es cierto, que se han producido muchos avances al respecto pero lo que en estos tiempos se sabe con más

seguridad es lo que no origina el problema. Como dicen Fernández-Zúñiga y Gamba (2013) “actualmente la información existente evidencia que el trastorno es complejo y que es el resultado de la implicación de diferentes factores fisiológicos, genéticos y ambientales como la cognición, la emoción, el lenguaje y las habilidades motoras del niño” (p.110).

Foundas, Bollich, Corey, Hurley y Heilman (2001) reflejaron en su trabajo que dentro de unas décadas se podría saber más sobre el comportamiento a nivel cerebral de las personas que tartamudean. Las redes neuronales de la corteza lingüística se relacionarían con las redes neuronales que tendrían implicación en el aspecto emocional de la persona.

Doce años más tarde podemos decir que gracias a los avances de la ciencia, se pueden realizar pruebas específicas que indiquen de forma objetiva una tendencia a sufrir ese trastorno. Algunos de estos progresos están en las técnicas de imagen cerebral y la posibilidad de realizar rigurosos análisis genéticos que lo evidencien. Estos estudios muestran que hay variabilidad tanto neuropsicológica como neuromuscular en las personas que padecen de tartamudez (Aguado et al., 2013).

Álvarez (2017) en el Libro Blanco de las personas con tartamudez en España afirma:

Sería el área premotora del cerebro, la encargada de la programación de los movimientos del habla, la que tendría diferente actividad que las personas que no tartamudean. Se han encontrado también en múltiples estudios, una implicación directa de los núcleos de la base, relacionando como era de esperar, el sistema límbico, encargado de las emociones, con la falta de fluidez. (p.19)

Por lo tanto siguiendo esta teoría las emociones cobrarían mayor importancia en el origen de la tartamudez, existiendo una predisposición a nivel neurológico para padecerla.

Riley y Riley (1999) (citado en Aguado et al., 2013) comentan los trabajos que se han desarrollado en relación a los aspectos fisiológicos que tienen que ver con la coordinación del habla y la planificación, pensando en que pudiera existir una baja coordinación de los órganos fonoarticulatorios, los cuales son: lengua, labios, cuerdas vocales, dientes, etc. Esta escasa sincronía, daría lugar a una descoordinación en los

movimientos rápidos que se hacen al hablar. Se dice que todos estos elementos en conjunto con otros factores ambientales podrían ayudar a la aparición del trastorno.

¿Cuál es la base de esta teoría? El efecto de una disminución del tartamudeo cuando la persona habla lentamente o mediante susurros, incluso siendo menor si ésta no emite ningún sonido al hablar, es decir, cuando la persona no produce sonido los movimientos espasmódicos y la tensión muscular que se percibe al intentar emitirlos, desaparece o es mucho menos visible.

Hace años se responsabilizaba a los padres del problema de la tartamudez de sus hijos, bien fuera porque tuvieran menos habilidades o porque la educación era mucho más estricta y el nivel de exigencia hacia el niño y niña mayor. Hoy en día estas teorías no se apoyan y los expertos en la investigación no respaldan este criterio. Johnson (1959), (citado en Aguado et al., 2013).

Aunque el origen del tartamudeo sigue siendo un misterio, en la actualidad hay pruebas sólidas de que la tartamudez en el 80% de los casos tiene una base genética. Los genes identificados que predisponen a tartamudear son: GNPTAB, GNPT6, AP4E, Nagpa. Además de 14 cromosomas con potencial de generar tartamudez: 2,5,7,9,10,12,13,14,15,16,18,20 y 21. (Angiono, Fernández y Mercado, 2019, p.103)

Salgado (2005) tampoco duda de su tendencia hereditaria. Es más habitual que la tartamudez en niños y niñas aparezca si tienen familiares cercanos con este mismo problema, al mismo tiempo que se dice que si en una pareja uno de los dos es tartamudo, existe una mayor probabilidad de tener un hijo o hija con tartamudez. Por otro lado, se habla de que no solo tiene origen genético el trastorno en cuestión, sino que algunas de las causas que guardan relación con la recuperación espontánea y persistencia de la que se viene hablando, también son heredadas.

Múltiples factores que no tengan relación entre sí, pueden interactuar con otros o incluso de manera individual y esto causar el principio de la tartamudez en un niño/a que tenga cierta inclinación neurofisiológica, o propensión a la tartamudez desde su nacimiento. El acuerdo general al que llegan las personas experimentadas en el tema es que existen múltiples factores que contribuyen en el comienzo e incluso en el progreso de la tartamudez. (Angiono et al. 2009).

El modelo Multifactorial es la corriente que está cogiendo más fuerza a día de hoy, intenta integrar la investigación actual y la experiencia clínica. Tienen una visión que predisponen fisiológica y lingüística (habla y de lenguaje) de factores que pueden ser importantes en la aparición de la tartamudez, y es la interacción de estos con los aspectos psicológicos y ambientales que contribuyen a la gravedad y persistencia de la enfermedad, así como el impacto que tiene sobre un niño y su familia. Para cada niño habrá una combinación individual de factores que contribuyen a su vulnerabilidad a la tartamudez y al pronóstico probable. (Angiono et al. 2009, p.104).

Existe una hipótesis psicológica establecida por (Gallego 2004) en la cual el componente emocional tendría mayor importancia en la tartamudez, como son: los shocks emocionales, burlas, ansiedad, angustia...etc. Las emociones intensas influyen en el habla de la persona y dificultan la expresión, al mismo tiempo que provoca que el lenguaje se bloquee. Las respuestas que la persona que habla muestra para vencer estas situaciones emocionales pueden causar que esa tartamudez se haga evidente, dando como resultado sentimientos de inseguridad, estrés, vergüenza... La atención o tratamiento psicológico que se le puede ofrecer a la persona disfémica o tartamuda, parece que cada vez tiene más importancia entre los profesionales logoterapeutas. La relación que existe ente las situaciones psicológicas y la tartamudez hace que se de mayor peso a la necesidad de tratarlo desde un enfoque psicológico de la tartamudez, aunque también piensan que unas causas totalmente psicogenéticas pudieran explicar todas las hablas disfémicas.

2.1.4 Prevalencia

Es muy frecuente que exista un período de tartamudez en los niños y niñas, pudiendo durar éste seis meses o más. Si se habla de porcentajes, aproximadamente sería un 5% de todos ellos. Las tres cuartas partes de los niños y niñas que empiecen a tartamudear ya no lo harán hacia el último período de la niñez. De estos datos se extrae que solo el 1% de la población presentará una tartamudez permanente en el tiempo. Por otro lado, también se presentan ciertas diferencias en cuanto al sexo, siendo muy equitativo en niñas y niños al principio del problema, pero a medida que persiste, la cifra de niños es entre tres y cuatro veces mayor que en las niñas (Salgado, 2005).

Estos datos son muy similares a los proporcionados en el estudio de Sangorrín (2005) el cual refiere también que el 5% de los niños y niñas pasarán por un período de

tartamudez. Respecto a la población que presentará una tartamudez permanente en el tiempo, afirma que será del 0,75%.

Al respecto de la prevalencia y de acuerdo con Salgado (2005), Cervera e Ygual (2002) refieren que un tercio de los niños y niñas entre los dos años y medio y los cinco pasaran por un proceso de tartamudeo, el cual desaparecerá de manera espontánea en torno a un tiempo no superior a los 14 meses, en la inmensa mayoría de los casos (entre el 75% y el 85%), sin ningún tipo de consecuencia. El resto de los niños y niñas, es decir, entre el 15 y 25% mantendrá el tartamudeo durante más de 14 meses, siendo un porcentaje muy pequeño de este grupo las personas adultas con tartamudez.

De manera análoga Gutiérrez (2018) (citado en Varona, 2018) señala que existen nuevos estudios que indican el inicio del trastorno entre los dos y los siete años. Alcanzando en el 98% de los casos su aparición antes de los diez años.

En el mismo trabajo de Salgado Cervera e Ygual, los autores refieren que los apuntes históricos afirman sobre la tartamudez que es un problema existente a lo largo del tiempo en todas las culturas, idiomas y épocas históricas anteriores a la nuestra. Además de tener en cuenta la influencia del sexo para hablar de la prevalencia, también afirman que no contribuye ninguna variable social más, como puede ser, la clase social, el conocimiento académico, la inteligencia o la personalidad, puesto que las personas con tartamudez no son menos ni más inteligentes que las personas que no la padecen. Por el momento los estudios no han constatado ningún perfil psicopatológico, ni de personalidad que los determine. Cabe decir que, estas personas con tartamudez tienden a ser más introvertidas e incluso a veces pueden aislarse, estas son las consecuencias sociales del problema, pero la mayoría se quiere relacionar con su entorno de una manera lo más normalizada posible pese a sus dificultades.

Por el contrario, los autores de otros estudios hacen hincapié en la hipótesis de que podría haber ciertas características del temperamento que aumentarían el riesgo de sufrir tartamudez (Kefalianos, Onslow, Block, Menzies y Reilly, 2012). Estos rasgos temperamentales pueden asociarse con baja autoestima, inseguridad, timidez, estrés, etc.

Rautakoski et al (2012) (citado en Navarro, 2013) afirman que los familiares que padecieron de tartamudez en su infancia, aumentan la probabilidad de que sus futuros

hijos o hijas la desarrollen, en un rango entre 20-74%, frente a aquellas familias que no sufrieron de tartamudez, que el rango varía entre el 1,3-42%.

2.1.5 Educación emocional

La tartamudez en los escolares es un trastorno que puede repercutir de manera negativa sobre ellos, ya que la falta de empatía y el desconocimiento del problema pueden ser objetos de burla hacia el niño o niña. Como consecuencia existirá una tendencia al aislamiento social, baja autoestima y la no aceptación de uno mismo/a, lo cual hará que el problema persista y se agrave si no se toman a tiempo las medidas adecuadas. Por todo ello, educar en las emociones es una manera de que puedan aprender a gestionar sus sentimientos, tomar conciencia de sus dificultades y responder mejor ante las situaciones de tensión (Domínguez, 2004).

Como dice Bisquerra (2009) (citado en Gelpi, 2011) la palabra emoción descende del término latín “movere”, que significa “mover hacia”. Las emociones son las que se encargan de llevar a las personas hacia un comportamiento concreto basado en la acción, bien sea de enfrentamiento (fight) o huida (fly) de la situación.

Las teorías de Watson y Skinner (Bisquerra, 2000) definen la emoción como una predisposición a actuar de una manera concreta, mientras que Goleman (1996) completa el término y afirma que la emoción hace referencia a sentimientos, pensamientos, estados biológicos, psicológicos y forma de actuar de cada individuo (citado en Fraile, 2016).

Como afirma Bisquerra (2005):

Los objetivos generales de la educación emocional pueden resumirse en los siguientes términos: adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones; identificar las emociones de los demás; desarrollar la habilidad para regular las propias emociones; prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas; desarrollar la habilidad para generar emociones positivas; desarrollar la habilidad de automotivarse; adoptar una actitud positiva ante la vida; aprender a fluir, etc. (p.97)

El mismo autor nos dice que la gestión de las emociones es el pilar más importante de la educación emocional y conviene distinguir la regulación con la represión. La tolerancia a la frustración, manejo de la ira (...), el desarrollo de la empatía, etc, son elementos clave de la habilidad de autorregulación. Algunos métodos o técnicas

concretas son: el diálogo interno, control del estrés como, la relajación, meditación, respiración, autoafirmaciones positivas, asertividad, reestructuración cognitiva, etc.

En relación con lo anterior existen algunos estudios como el de Extremera y Fernández-Berrocal (2005) (citado en Fraile, 2016) que constatan una relación entre la atención a las emociones y el mayor procesamiento emocional de la información. Esto significa que las personas que observan detenidamente sus emociones poseen mayor capacidad de control emocional. Por el contrario, las personas que no mantienen un nivel equilibrado entre atención y reparación emocional, tienen mayor tendencia a las emociones negativas y baja autoestima.

Es importante diferenciar entre el término educación emocional e inteligencia emocional, los cuales están muy relacionados pero con pequeños matices que los diferencian.

En el año 1990 Peter Salovey de Harvard y John Mayer de la New Hampshire utilizaron por primera vez el concepto de inteligencia emocional como la habilidad para controlar emociones y sentimientos propios y de los otros. Comprende cualidades emocionales como empatía, expresión y comprensión de los sentimientos, control de los impulsos, independencia, capacidad de adaptación, capacidad para resolver problemas de forma interpersonal, habilidades sociales, persistencia, cordialidad, amabilidad y respeto a los demás (Domínguez, 2004, p.49).

Afirmaciones más recientes como la de García (2019) definen la inteligencia emocional como la capacidad de ser consciente y de gestionar tus emociones y las de los demás para cuidar el equilibrio emocional, orientarte hacia unos objetivos y construir relaciones sanas y positivas. Mientras que la educación emocional, es el proceso pedagógico a través del cual se desarrollan y entrenan las competencias que engloba la inteligencia emocional. El proceso ha de cumplir una serie de características, más concretamente, debe de estar sistematizado y estructurado, adaptando los objetivos a cada edad; ser vivencial, para generar emociones, introspección y aprendizaje, por último, mantenerse en el tiempo para generar hábitos en el día a día escolar.

La propuesta de intervención que se realiza en este trabajo está basada en la educación emocional por ser un proceso educativo y adaptado a la edad del niño en

cuestión, pero a su vez relacionada estrechamente con las competencias de la inteligencia emocional, las cuales se dividen en competencias sociales y personales.

Pero, ¿Qué se entiende por competencia? Los estudios realizados por Bisquerra y Pérez (2007) la definen como “la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia” (p.3)

Si hablamos de competencia emocional, Salovey y Sluyter (1997) (citado en Bisquerra y Pérez, 2007) identifican cinco dimensiones básicas en las competencias emocionales: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía, autocontrol. Estas dimensiones se solapan con el concepto de inteligencia emocional tal como lo define Goleman (1995), dividido en cinco dominios- autoconciencia emocional, manejo de las emociones, automotivación, empatía y habilidades sociales (...). Goleman, Boyatzis y Mackee (2002) siete años más tarde proponen solo cuatro dominios- conciencia de uno mismo, autogestión, conciencia social y gestión de las relaciones (p.5)

Todo esto nos permite pensar que conforme vaya avanzando la ciencia mayor conocimiento habrá sobre la conceptualización de la competencia emocional y por lo tanto una mayor concreción.

A lo largo de la intervención, el objetivo es plasmar estos dominios para que el niño pueda tomar mayor conciencia de su tartamudez desde un punto de vista constructivo, aportarle ciertas técnicas que le ayuden al manejo de la disfemia pudiendo así reconocer sus emociones y fomentar la autoempatía.

2.1.6 Intervención en la disfemia

La intervención en la disfemia o tartamudez, es de suma importancia para tratar de prevenir que el problema se arraigue. Lo que se entiende por prevención siguiendo a López y García (2005) “es todo el conjunto de actuaciones que se realizan con el fin de prevenir, disminuir o suprimir la incidencia de una determinada patología o problema. Siendo así, se estaría hablando de una prevención primaria ya que el problema aún no ha aparecido pero hay cierto riesgo de que surja si no se actúa a tiempo.

Cervera e Ygual (2002) hacen referencia a las posibilidades de intervención dentro del ámbito educativo a través de los profesores/as y de cualquier otro docente que

intervenga con ese niño. La disposición y actitud del docente hacia el niño o niña con tartamudez es clave en los primeros años de primaria, momento en el cual pueden acumular frustración y miedo por la respuesta de sus compañeros/as, o por el contrario, aprender a desarrollar su manera de comunicarse, al mismo tiempo que se forja una personalidad que le ayude a enfrentarse al problema del tartamudeo.

Autores como Curlee y Siegel, 1977; Gregory y Hill, 1999; Starweather, 1987; Gallego, 2001 y Sangorrin, 2005 (citados en Pina, 2016) aprueban una intervención temprana, puesto que así se podrán obtener resultados positivos antes de que se cronifique el problema. Sin embargo, otros como Yairi y Ambrose (1992) citado en este mismo trabajo, optan por esperar porque en la mayoría de los casos las disfluencias remiten de manera espontánea y entonces resultaría más perjudicial que favorable para el sujeto.

Según Gallego, citado en Castillo (2011) los modelos de intervención se agrupan en dos categorías, por un lado el enfoque médico o clínico y por otro el enfoque conductual (no conductista). Respecto al enfoque médico, la disfemia se trata como si fuera una enfermedad y por lo tanto, los problemas o dificultades lingüísticas que ocasiona se tratan como si fuese un problema orgánico. Al ser considerado como una enfermedad, la solución es paliar el problema a base de fármacos. Por otro lado, el enfoque conductual recoge otros aspectos como la sociología, lingüística y psicopedagogía. Desde esta perspectiva se trata de analizar cuál es la conducta lingüística alterada y compararla con la normal, de esta forma lo que se busca es establecer o diseñar un programa de intervención que pueda transformar el problema lingüístico a modelos normalizados del lenguaje.

2.1.6.1 Diferentes técnicas y métodos

Castillo (2011) nombra en su trabajo la Técnica de Ann Irwin, el Tartamudeo-Sencillo (adultos) y la Técnica del Paraguas (preescolares). En esta ocasión haré hincapié en la técnica dirigida a niños y niñas puesto que mi trabajo se enfoca en una propuesta de intervención con este colectivo.

En contraposición a los dos enfoques anteriores (enfoque conductual, enfoque médico), la técnica de Irwin busca intervenir directamente sobre el síntoma principal de la disfemia, para ella éste sería la tensión existente al hablar. Este proceso consiste en

preparar a la persona para que sea capaz de controlar la tensión que se produce en el acto del habla. La misma Ann explica que su objetivo es tan solo dar salidas como terapeuta a las personas que acuden a su consulta y que precisan de pautas inmediatas para su problema.

La Técnica del Paraguas de Ann Irwin, englobada dentro de su Tratamiento Preventivo, acoge este nombre dado que la función principal de esta terapia es la de amparar al niño o niña que padece de tartamudez y que se les corrige constantemente, causándoles así un gran estrés y mermando poco a poco la autoestima. En definitiva, protegerlo de las presiones a través de un paraguas simbólico. Como ya se ha dicho, es una terapia que va dirigida a los niños y niñas que están en la etapa de preescolar, aunque se podría llevar a cabo también eficazmente con niños entre 6 y 7 años como máximo. La eficacia de este tratamiento se debe a que en estas edades los niños y niñas aún no son conscientes del problema que tienen y por consiguiente sus compañeros y compañeras tampoco lo perciben como una dificultad importante. A partir de los 7 años ya empiezan a darse cuenta de lo que ocurre y pueden utilizar al niño o niña como objeto de burla llegando a sentirse inferior al resto.

El objetivo de esta Terapia Preventiva es doble: por un lado se pretende conseguir que el foco de la atención no recaiga sobre la forma de hablar del niño o niña, lo que hará que no se interiorice y por lo tanto no se haga crónico. Por otro lado, se pretende conseguir que recuperen las ganas y el gusto por hablar, disfrutar y relajarse cuando lo hagan y así reforzar la seguridad en sí mismo/a.

El empeño por la intervención precoz está respaldado por los buenos resultados que dan los programas terapéuticos que se realizan con niños/as entre 3 y 6 años. Se ha hecho hincapié tanto en la fluencia como en la modificación del ambiente del niño/a y su conducta verbal (Shine 1998, Onslow y Packman 1999, Rodríguez-Morejón 2003, Salgado 2005, citados en García, 2014).

Otro método que nos sugiere Irwin (1994) consiste en realizar un juego que a su vez sirve para utilizar en diferentes ambientes, solo es necesario dedicarle unos minutos diarios. La intervención la ha denominado: la palabra elástica. Esta terapia consiste en intentar controlar los tartamudeos. El niño tiene que tartamudear pero controlando la tensión y siendo capaz de reducirla. Irwin propone que se alargue la primera sílaba de la palabra y de esta manera se conseguirá realizarlo sin tensión (lllluuuuuna). Es

importante que la velocidad sea lenta y para que el niño o niña pueda ir aprendiendo este método se recomienda practicar con diferentes palabras un rato cada día, para así poder ir ampliando esta situación en contextos sociales y durante el habla espontánea.

Shine (1998) (citado en Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2003) habla de un entrenamiento sistemático de la fluencia para niños y niñas de 3 a 9 años. En él se plantean cuatro actividades: identificación de dibujos, libro de historias, relacionar los dibujos y la caja de sorpresas. Se hace un moldeamiento de la fluencia y para alcanzar mejores resultados se insiste mucho en la implicación de padres, hermanos/as (si tienen). Se exponen unas sesenta láminas con imágenes de unos objetos y le pide al niño/a que los vaya nombrando. Se van contando historietas dejando que el niño/a las termine.

Fernández-Zuñiga (2014) citado en García (2014) propone algunas técnicas de control del habla que son fruto de una recopilación de propuestas de otros autores. Según la autora, combinar estas técnicas mejorará la fluencia del niño o niña. Estas son:

- Reducción de la velocidad del habla, esto facilita la formulación del lenguaje, movimientos articulatorios e integración de sistemas respiratorio, fonatorio y articulatorio. El símil es “hablar como una tortuga”.

- Habla rítmica, consiste en la sincronización y palabras siguiendo un ritmo. En niños/as pequeños se utilizaría un ritmo a modo de juego con actividades musicales, mientras que para los niños/as más mayores se harían una producción de golpes con los dedos y silabeo rítmico de las palabras.

- Facilitación de la coordinación motora oral, la cual consiste en entrenar a base de unos ejercicios de habla lenta para realizar mejor la planificación motora. Los niños/as con tartamudez tienen mayor dificultad en estas tareas debido al escaso movimiento articulatorio, poca apertura de mandíbula o movimientos muy rápidos.

- La relajación es clave y una de las mejores técnicas para controlar el habla. Cuando se tartamudea durante mucho tiempo aparece ansiedad y esfuerzo en movimientos articulatorios. Las actividades que se plantean son de tensión/relajación de diferentes partes del cuerpo (manos, brazos, respiración, estómago, cara, ojos, labios, lengua, garganta y piernas). Si se hace con niños/as preescolares se puede inventar un juego para sugerir esta relajación.

- La técnica de la longitud y complejidad. A medida que se aumenta la longitud y complejidad de frases existe una mayor probabilidad de que aparezca tartamudeo en el habla del niño/a. La técnica sería reducir las demandas que se realizan al sistema de producción del habla del niño, ya que así disminuiría la probabilidad de tartamudeo apareciendo habla fluida.

Por último, la cancelación es una técnica cuyo procedimiento consiste en que la persona pare intencionadamente cuando emite una palabra tartamudeada y examine sus sentimientos y conducta, intentar decirla de nuevo y continuar hablando. Sobre todo se utiliza esta técnica con niños más mayores, a partir de los 6 años de edad.

Llegados a este punto y una vez se han expuesto algunas técnicas, métodos y entrenamientos para trabajar la tartamudez o disfemia con niños y niñas. Es importante tener en cuenta una serie de principios básicos para realizar cualquier tipo de intervención. Fernández- Zuñiga (2005) los resume y en primer lugar establece que, el maestro/a especialista debe conocer como se inicia la tartamudez, sus características y las diferentes técnicas de tratamiento; el tratamiento debe estar adaptado a las características del niño/a; hay que tener empatía comprendiendo y ayudando a expresar los sentimientos de los niños/as que tengan conciencia de sus problemas de comunicación; es necesario reforzar sus progresos e intentar disminuir su ansiedad; importante mantener la funcionalidad de la comunicación, hay que intentar que las actividades tengan una dimensión lúdica, para favorecer su comunicación espontánea en un ambiente lo más natural posible; resulta fundamental implicar a la familia y al resto del profesorado en su tratamiento, se deben establecer objetivos a corto y a largo plazo, intentando la adquisición gradual de metas para mantener su motivación; la asistencia a sesiones terapéuticas debe ser frecuente, especialmente al comienzo de la intervención y por último el especialista debe crear un ambiente que favorezca la distensión, dando un modelo de habla adecuado y manteniendo una relación que favorezca la fluidez.

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

3.1 Justificación

La siguiente propuesta de intervención surge por la curiosidad de conocer más sobre este trastorno del habla. Como especialista en Audición y Lenguaje siempre me ha resultado interesante saber, cómo podemos mediar con posibles casos de niños o niñas disfémicos.

En mi corta experiencia como maestra de Audición y Lenguaje nunca he tenido la oportunidad de poder trabajar este aspecto, pero si en algún momento se da el caso, considero que hay que estar preparados para intervenir de la mejor manera posible y sobre todo tener en cuenta que, a diferencia de otros, es un trastorno con gran componente emocional.

La mayoría de los casos de niños/as que acuden a un aula de Audición y Lenguaje en centros escolares ordinarios es a causa de las dislalias, un trastorno muy frecuente en los niños y niñas en edad escolar, muchas veces se trata de dislalias evolutivas y que se corrigen de manera espontánea con el tiempo, otras veces es por una causa audiógena, es decir, hay una afectación a nivel auditivo que les impide discriminar ciertos sonidos, pero en ambos casos lo que se precisa mayormente es una reeducación a nivel articulatorio para mejorar su pronunciación, con trabajar la conciencia fonológica y discriminación auditiva, los niños/as con frecuencia progresan rápido, pero, ¿qué pasa si nos encontramos ante un caso de tartamudez/disfemia? Aquí la intervención es más compleja, puesto que no solo se tiene que trabajar a nivel de habla, sino que en estos casos hay un trabajo emocional importante que hacer con el/la alumno/a.

Como se viene hablando a lo largo de todo el trabajo, los niños/as que padecen este trastorno suelen arrastrar problemas de autoestima y muchas inseguridades que les provocan cierto aislamiento social e introversión, sobre todo, cuando superan los 6-7 años de edad y el tartamudeo no remite. Nuestro trabajo no es solo disminuir el tartamudeo aplicando ciertas técnicas o ayudas, sino que también tenemos que trabajar la parte emocional que les ayude a afrontar su problema desde otra perspectiva, con más consciencia y auto cuidado.

Por lo tanto, es un trastorno del habla que requiere de un doble trabajo y es por ello que como especialistas tenemos que conocer el problema para abordarlo en toda su

dimensión. En definitiva lo que me motivo para trabajar en este tema, fue la curiosidad por saber cuál es su tratamiento y tener conocimientos para poder intervenir de manera más eficaz ante futuros casos.

3.2 Contexto del alumno

Una vez hecha la revisión teórica, a continuación, se plantea la propuesta de intervención para un caso concreto de un alumno con trastorno del habla y más específicamente con disfemia.

En un primer momento, esta propuesta se iba a llevar a cabo directamente con el niño a través de unas sesiones presenciales programadas, pero debido a los contratiempos causados por la crisis sanitaria que estamos viviendo, fue imposible llevarlo a cabo de esta forma. Pese a ello, se planteó esperar al verano para desarrollarlo, aunque por problemas de agenda y el empeoramiento de la situación sanitaria finalmente no fue posible. Por lo tanto, las actividades que se plantearán de aquí en adelante suponen una propuesta que podría servir para trabajarla en nuestra aula con un niño o niña disfémico/a, adaptándolas a cada caso particular si fuera necesario.

En primer lugar, se van a comentar ciertos aspectos relacionados con el alumno a fin de conocer rasgos concretos, esta información fue aportada mediante una encuesta de evaluación online realizada por la madre. El cuestionario que se le proporcionó fue elaborado por el grupo de trabajo de Logopedia Escolar en Asturias (LEA), utilizado para realizar una primera evaluación de la disfemia en niños/as. Las preguntas fueron acotadas y adaptadas a nuestro caso particular, dado que contenía aspectos clínicos concretos que no nos competían. Una vez, recogidos los datos necesarios para la intervención y el estudio del niño, se plantearon unos objetivos, las sesiones con diferentes actividades, la evaluación y unas pautas para la familia en función del mismo.

La propuesta ha sido elaborada para un niño de 10 años de edad. El tartamudeo comenzó a los 2 años y medio sin ninguna patología asociada. Actualmente acude a un colegio concertado de la ciudad en la que vive y se encuentra cursando 5º de primaria.

3.2.1 Anamnesis

El niño para el cual va dirigida esta intervención, vive con sus padres y su hermano pequeño de seis años en un barrio residencial de Zaragoza. No se refiere ningún tipo de problema familiar que pueda ser indicativo y relevante para el caso.

A continuación, se recogen aspectos del desarrollo del embarazo y otros datos de interés. En general el embarazo evolucionó de manera normal, con una leve diabetes gestacional de la madre. En cuanto al parto éste fue inducido y requirió la utilización de ventosa en el expulsivo. Apuntan no conocer ningún caso de tartamudez en la familia, aunque la madre tardó mucho en la producción y expresión oral comprensible (sobre los 4 años) de hecho, comenta, que cuando empezó el colegio solo le entendía con claridad su hermana.

La madre transmite que el niño es sensible, nervioso, un poco tímido aunque muy sociable, hace amigos con facilidad y no ha tenido problemas hasta la fechas ni con sus iguales ni con adultos. El niño es obediente, noble, se preocupa frecuentemente y se siente inseguro, no maneja muy bien la culpabilidad y necesita mucho la aprobación de los padres para realizar las cosas.

El inicio del problema surgió en torno a los 2 años y medio cuando iba a hacer el cambio de la escuela infantil de primer ciclo, a la escuela actual, en la que ha cursado el segundo ciclo de Educación Infantil y cursa actualmente Educación Primaria. Al principio, solo se atascaba en algunas palabras y hubo momentos de mejora, aunque durante una época la tartamudez iba acompañada de tics nerviosos, lo cual provocó que se le valorara en el sistema sanitario por petición de la familia. La reacción del entorno en un primer momento fue de preocupación y cierta angustia por la situación.

3.2.2 Historia escolar

El desarrollo escolar del niño comenzó a los doce meses de edad en una Escuela Infantil Municipal, en la cual estuvo hasta los tres años. Desde los tres, hasta la actualidad el niño está escolarizado en un centro concertado de su ciudad situado en un barrio residencial de clase media alta. No ha habido cambios de centro ni repeticiones de curso. Respecto al aula de referencia cabe decir que, es un grupo que destaca por su compañerismo, tienen muy buena relación unos con otros y en cuanto a D. nunca ha sido motivo de burlas ni se ha sentido apartado pese a su alteración del lenguaje oral.

3.2.3 Evaluación del lenguaje

La ayuda recibida en primer lugar fue por dos especialistas, el neurólogo y el foniatra. El tratamiento logopédico se le hizo en el mismo centro escolar desde segundo de infantil hasta segundo de primaria, procurado por la especialista de Audición y Lenguaje. También fue atendido en cuarto de primaria por el equipo de orientación del centro escolar debido a un empeoramiento de la sintomatología. El orientador trabajó varias sesiones y determinó que era un tema emocional. Valoraron que tenía mucha inseguridad y dependencia de los adultos de referencia, por lo tanto, se consideró realizar algunas sesiones de mindfulness en el entorno familiar que hicieron que mejorara, aunque como no se mantiene en el tiempo, sigue teniendo temporadas de mayor sintomatología.

3.2.4 Tipo de errores

Los errores que más se repiten a la hora de elaborar el lenguaje son; bloqueos al comienzo de la frase, repeticiones de sílabas y la prolongación de los sonidos

3.2.5 Conductas asociadas

Se percibe tensión muscular cuando el niño habla, concretamente en los músculos de la cara. Presenta dificultades en la respiración que se manifiestan con la falta de aire al hablar y respiración entrecortada. Otra rasgo peculiar es el uso de muletillas, muy frecuente en los casos de disfemia, el niño utiliza mucho el “pues” cuando está hablando.

3.2.6 Especificidad situacional

Se observa que el tartamudeo es más notable en situaciones concretas. Señala la madre que cuando está con sus amigos es cuando menos porque probablemente se concentre más para evitarlo. En cuanto a personas concretas, el tartamudeo es más notable con su madre, su padre, profesores y desconocidos. Hay ciertas circunstancias especiales en las que éste también aumenta, estas son; cuando lee en voz alta, cuando está cansado, excitado y al demandar atención.

3.2.7 Técnicas de control

Las personas que tartamudean a menudo intentan realizar algunas técnicas de control para disimular el problema, en este caso, el niño suele utilizar pocas palabras en sus

explicaciones y se intenta tranquilizar y respirar para volver a intentar articular el mensaje correctamente, esto suele ocurrir más cuando hay algún adulto que se lo recuerda.

3.2.8 Diagnóstico

Una vez se realizaron las evaluaciones del lenguaje pertinentes por parte del neurólogo y foniatra, se determinó que era una disfemia evolutiva y se le dio el alta con la edad de siete años con recomendación del logopeda debido a que ya pronunciaba correctamente el fonema –r.

3.3 Contexto de la intervención

El contexto para el que se plantea esta propuesta de intervención podría ser para trabajarla tanto a nivel particular, con el niño fuera del ámbito escolar, como dentro de éste en un aula de Audición y Lenguaje. Dado que no se ha llevado a cabo, no se plantean situaciones ambientales concretas ni espacios definidos. Tanto si se llevara a cabo en un domicilio o en un centro educativo, sería interesante pensar previamente que es lo que se va a trabajar concretamente en ese día, para seleccionar el material necesario. En cualquier caso, no es recomendable que se hagan sesiones todos los días, sería suficiente con hacerlo dos o tres veces a la semana con una duración de media hora aproximadamente.

3.3.1 Objetivos de la intervención

Como se ha dicho anteriormente, el tratamiento en la disfemia evolutiva es más eficaz que en aquellos en los que la persona ha adquirido plena conciencia del problema, ya que esto significa que el tartamudeo no ha remitido conforme el lenguaje iba evolucionando. En el caso de D. él es consciente de sus disfluencias y la tensión que muchas veces aparece al producir el mensaje oral, por lo tanto a continuación se presenta los objetivos concretos que se pretenden alcanzar con la intervención.

3.3.2 Objetivo general

Mejorar la percepción de las propias emociones y su comprensión para un mayor crecimiento socioemocional, ya que conocer cómo regular las emociones es el elemento esencial de la educación emocional, que a la vez repercute de manera positiva en el manejo de las habilidades sociales.

3.3.3 Objetivos específicos

- Potenciar el reconocimiento y comprensión de sus propias emociones con el fin de evitar reacciones negativas a causa de la disfemia.
- Tomar conciencia de su cuerpo y mente a través de ejercicios de relajación que le ayuden a aliviar la tensión muscular
- Mejorar su capacidad de regulación emocional en situaciones de comunicación en las que se puede producir el tartamudeo
- Aumentar su autoestima y seguridad para intentar que las disfluencias se reduzcan.
- Regular las dificultades respiratorias que surgen a la hora de producir el mensaje

3.4 Sesiones y actividades

Las actividades que a continuación se desarrollan están recopiladas de los trabajos de Menéndez (2008) Millán (2018) y Ruiz (2020).

Sesión 1: “Técnica de Koeppen”

En la primera sesión se trabajará con el niño la técnica de relajación de Koeppen. Lo que se pretende es desarrollar su inteligencia emocional y al mismo tiempo les invitamos a que lo puedan poner en práctica a lo largo de su vida. Cuando estamos relajados podemos ser más conscientes de lo que pasa en nuestro cuerpo físico y mental. Por ello, el niño será más capaz de reconocer la tensión o ansiedad cuando tienen un bloqueo y por lo tanto saber cómo responder ante ello.

Técnica Koeppen
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Reducir la ansiedad- Mejorar la concentración- Conseguir un estado general de bienestar- Tomar conciencia del cuerpo y la mente
<p>Destinatario: alumno de Educación Primaria</p>
<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none">- Colchoneta

<ul style="list-style-type: none">- Silla- Música relajante <p>Duración total de la sesión: 25 minutos</p> <p>Evaluación: rúbrica de observación</p>
<p>Descripción de la actividad: esta técnica se basa en la tensión y distensión de diferentes grupos musculares. Es dinámica e incluye ejercicios de visualizaciones.</p> <p>La explicación de este ejercicio es muy importante para saber su utilidad y para ello partiré de emociones que él sepa reconocer: “cuando estás nervioso, cuando te enfadas, cuando no puedes dormir...” puedes sentir como algunos músculos de tu cuerpo se tensan y esa sensación no te hace sentir cómodo, pero si aprendes a relajarte, cuando estés nervioso podrás controlar esa tensión y te sentirás mejor. Una vez se haya comprendido esto, comenzaré con la primera visualización. Antes de empezar cada sesión se realizarán 5 minutos de esta “Técnica Koeppen”.</p>

Fuente: elaboración propia

Actividad 1: el juego del limón
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relajar los músculos de extremidades superiores- Tomar conciencia del cuerpo y mente <p>Destinatario: alumno de Educación Primaria</p> <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none">- Silla- Música <p>Duración: 5 minutos</p> <p>Evaluación: rúbrica de observación</p>
<p>Descripción de la actividad: la actividad consistirá en realizar unos ejercicios de tensión distensión y observar las sensaciones producidas. El alumno permanecerá sentado en la silla (Ver anexo I para el desarrollo extenso de la actividad)</p>

Fuente: elaboración propia

Actividad 2: el gato perezoso
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relajar los músculos de extremidades superiores (brazos y hombros)- Tomar conciencia del cuerpo y mente

Destinatario: alumno de Educación Primaria
Material: <ul style="list-style-type: none">- Silla- Música
Duración: 5 minutos
Evaluación: rúbrica de observación
Descripción de la actividad: la actividad consistirá en relajar las extremidades superiores y observar las sensaciones que se producen en el cuerpo cuando se está relajado. Este ejercicio se llevará a cabo con el alumno sentado en la silla. (Ver anexo II para el desarrollo extenso)

Fuente: elaboración propia

Actividad 3: jugando con un chicle enorme
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Relajar mandíbula y cuello- Sentir las sensaciones producidas
Destinatario: alumno de Educación Primaria
Material: <ul style="list-style-type: none">- Silla- Música
Duración: 5 minutos
Evaluación: rúbrica de observación
Descripción de la actividad: la actividad consiste en realizar ciertos movimientos guiados para relajar concretamente los músculos de la mandíbula y el cuello. Para este ejercicio el niño permanecerá sentado en la silla. (El ejercicio se repite tres veces). Para finalizar se le pide que además de mandíbula y cuello, trate de relajar el cuerpo entero, quedándose lo más flojo que pueda (Ver anexo III para el desarrollo extenso)

Fuente: elaboración propia

Actividad 4: paseando por el bosque
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Alcanzar un estado general de bienestar- Relajar todos los músculos del cuerpo

<ul style="list-style-type: none">- Sentir la armonía de cuerpo y mente <p>Destinatario: alumno de Educación Primaria</p> <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none">- Colchoneta- Música <p>Duración: 5 minutos</p> <p>Evaluación: rúbrica de observación</p>
<p>Descripción de la actividad: la actividad consistirá en tumbarse encima de la colchoneta y dejarse llevar por la visualización que se va narrando mientras se escucha de fondo una melodía relajante. (ver anexo IV para el desarrollo extenso)</p>

Fuente: elaboración propia

Sesión 2: ejercicios respiratorios

En la segunda sesión llevaremos a cabo ejercicios de control respiratorio, como se ha dicho con anterioridad, el control de la respiración es muy importante, sobre todo para los niños y niñas que tienen problemas de disfluencias.

Objetivos: concienciar sobre la importancia de una respiración adecuada, regular las dificultades respiratorias, fortalecer los órganos fonadores.

Duración: 25 minutos en total

Descripción de la actividad: Empezaremos realizando unas respiraciones simples pero de forma consciente y después seguiremos con ejercicios de soplo que se detallarán a continuación.

Actividad 1: respirando de forma adecuada
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Regular las dificultades respiratorias- Conseguir una adecuada respiración- Fortalecer órganos fonadores <p>Destinatario: alumno de Educación Primaria</p> <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none">- Silla

<p>- Música</p> <p>Duración: 5 minutos</p> <p>Evaluación: rúbrica de observación</p>
<p>Descripción de la actividad: Se le pedirá que se ponga la mano sobre la tripa y que se dé cuenta del aire que almacena y cómo luego se desinfla hasta volver a la postura inicial. Después de mostrar esta forma correcta de tomar el aire, se harán algunos ejercicios de respiración.</p> <p>Inspiración nasal: 5-7 segundos</p> <p>Retención: 2-3 segundos</p> <p>Espiración: 7-9 segundos</p> <p>Descanso entre ejercicios: 15-20 segundos</p>

Fuente: elaboración propia

Ejercicios de soplo (15 minutos en total)

Estas actividades van dirigidas a que el niño controle el soplo y puedan mejorarse las dificultades respiratorias que se presentan a veces a la hora de producir el mensaje oral. Con estos ejercicios reforzamos la respiración nasal que se ha aprendido anteriormente.

Actividad 2: soplar velas
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Controlar la respiración- Regular el aire al soltarlo <p>Destinatario: alumno de Educación Primaria</p> <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none">- Velas <p>Duración: 5 minutos</p> <p>Evaluación: rúbrica de observación</p>
<p>Descripción de la actividad: esta actividad se comprende de varios ejercicios. La maestra encenderá una vela y el niño tendrá que soplar hasta apagarla, después se encenderán varias velas y se repetirá la misma acción con la variante de soplarlas a un ritmo determinado. Por último se hará bailar la vela pero sin llegar a apagar la llama. La fuerza que tiene que hacer el niño no va a ser la misma siempre, por eso estos ejercicios son muy buenos para controlar la respiración y reducir las asincronías</p>

respiratorias que el niño tiene en momentos puntuales al hablar.
Actividad 3: soplar algodones y pelotas de papel
Objetivos: (los mismos que en la actividad anterior) <ul style="list-style-type: none">- Controlar la respiración- Regular el aire al soltarlo Destinatario: alumno de Educación Primaria
Material: <ul style="list-style-type: none">- Mesas- Sillas- Algodón- Papel- Palitos para hacer las “porterías”- Pajitas Duración: 10 minutos
Evaluación: rúbrica de observación
Descripción de la actividad: la actividad consistirá en juntar dos mesas del aula y sentarnos cada uno en un extremo de ellas. Cogemos una bolita de algodón y el objetivo será soplar hasta hacerla llegar a nuestro lado. Después cambiaremos los algodones por pelotitas de papel pequeñas. El objetivo será el mismo, teniendo en cuenta que al no ser el mismo material no se necesitará la misma fuerza de sople, el niño tendrá que saber regularla. Para acabar, se ampliará un poco la dificultad del ejercicio creando unas “porterías” en la mesa y habrá que soplar las bolas de papel para marcar gol. Este mismo ejercicio se repetirá con la ayuda de una pajita.

Fuente: elaboración propia

Sesión 3: ejercicios de motricidad bucal

Comenzaremos con los 5 minutos de relajación previos a la realización de la actividad para seguir con los siguientes ejercicios.

Objetivos: mejorar la articulación y adquirir un mayor dominio de producción en el mensaje oral.

Duración: 25 minutos

Descripción: colocaremos al niño sentado frente a un espejo, en este caso solo está D. en el aula pero podrían colocarse por parejas uno frente a otro si contáramos con más niños en la sesión para imitar modelos.

Se practicarán varias series de repeticiones y a la vez se favorecerá la toma de conciencia de la correcta respiración y movimientos por parte del niño.

Existen diferentes tipos de praxias según los órganos que se pretende estimular: praxias linguales, praxias labiales, praxias del velo del paladar, praxias de la mandíbula. En el caso de D. practicaremos todas, haciendo mayor hincapié en la mandíbula ya que es donde más tensión se nota.

Actividad 1: dados bucales
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Fortalecer los órganos fono articulatorios- Tener mayor control de ello al hablar- Conseguir una fluida emisión del lenguaje <p>Destinatario: alumno de Educación Primaria</p> <p>Material: dado bucales</p> <p>Duración: 10 minutos</p> <p>Evaluación: rúbrica de observación</p>
<p>Descripción de la actividad: Después de los 5 minutos de relajación, jugaremos a los dados bucales. Primero practicaremos con el dado lingual, sacar y meter la lengua manteniendo la boca abierta, mover la lengua de arriba abajo manteniendo la boca abierta, llevar la lengua a un lado y a otro tocando la comisura, etc. Tendrá que realizar el movimiento que salga en el dado.</p> <p>Haremos lo mismo con el dado de maseteros/mandíbula y el dado de labios (posición de beso y sonrisa con labios juntos, mover los labios hacia adelante y detrás, con los labios separados y enseñando los dientes, imitar la posición labial de las vocales, distender la comisura, abrir y cerrar la boca lentamente, abrir y cerrar la boca rápidamente, masticar, aspiraciones profundas, expulsando el aire por la nariz, etc). (ver anexo V)</p>

Fuente: elaboración propia

Actividad 2: juego de la oca
Objetivos: (los mismos que en la actividad anterior) Destinatario: alumno de Educación Primaria Material: <ul style="list-style-type: none">- Tablero de la oca- Dado- Fichas Duración: 10 minutos Evaluación: rúbrica de observación
Descripción de la actividad: Utilizaremos el tablero para jugar a las praxias, de tal manera que lanzando un dado tendrá que mover la ficha a la casilla correspondiente y hacer el ejercicio que se indica. (Ver anexo VI)

Fuente: elaboración propia

Sesión 4: ejercicios de repetición

Comenzamos con los 5 minutos de relajación y seguidamente haremos ejercicios de repetición de palabras. Estos ejercicios a veces resultan un tanto aburridos para los niños y niñas, pero sin embargo, aquellos que tienen problemas de disfluencias tienen dificultades a la hora de parar una vez que ha comenzado el tartamudeo, por lo tanto, estos ejercicios de repetición resultaran de gran ayuda para trabajar esos “enganches” o bloqueos que se producen al hablar.

Objetivos: enseñar un ritmo más lento del habla, tomar conciencia de la velocidad al hablar.

Duración: 25 minutos

Descripción: Empezara la actividad de menor a mayor dificultad y para ello se realizaran ejercicios que seguramente le resulten muy sencillos, para poco a poco ir subiendo el nivel. Primero repetiremos sílabas aisladas, después palabras bisílabas, trisílabas y otras de pronunciación más compleja. Lo que se pretende al realizar estos ejercicios es que al introducir el ritmo en el habla, el niño se distraiga y deje de atender a su propio tartamudeo.

formas. En primer lugar haremos una lectura a velocidad normal, después se leerá pero sin emitir sonido, de esta forma, al no producir el sonido, la tensión muscular desaparece o es mucho menor. Por último lo recitaremos como si estuviéramos hablando en susurros.

Para acabar con esta sesión leerá un trabalenguas de dificultad media- alta (Ver anexo VIII).

Fuente: elaboración propia

Sesión 5: “reforzamos la autoestima”

Uno de los objetivos específicos de esta propuesta era potenciar su autoestima y seguridad, por eso en la última sesión se considera conveniente trabajar este aspecto para que el niño acabe con una mayor sensación de bienestar emocional. Como se viene diciendo en más de una ocasión a lo largo del trabajo, tener una autoestima alta y una percepción fuerte en uno mismo, es clave para este tipo de trastornos. El niño que tiene disfluencias al hablar y es consciente de ello, a menudo siente vergüenza, frustración, inseguridad, etc, y eso mismo hace que el problema sea más notorio y por lo tanto suponga mayor sufrimiento emocional. Si se hace hincapié en educar las emociones y sentimientos, así como construir una autoimagen positiva, se conseguirá que el niño sienta que tiene el control de su problema y trate de regularlo de la mejor manera posible, con todas las herramientas que le ponemos a su disposición.

Objetivos: fortalecer la autoestima, potenciar su confianza y seguridad, reconocer el valor que tiene para él mismo y para los demás.

Duración: 25 minutos

Descripción: la sesión constará de varias partes en las que se trabajará la autoestima de diferentes maneras. Se hará una explicación de la actividad comentando su finalidad y después comentaremos todo lo que se haya escrito.

Actividad 1. “yo soy”

Se entregará al niño una hoja en blanco y varios rotuladores o lápices de colores. Se le pedirá que escriba una lista con palabras que le describan, tanto positivas como negativas. A continuación tendrá que escribir todas las cosas buenas que los demás

dicen de él (familia, amigos...). Por último se entregará una hoja de papel a parte en la que habrá que pegar una foto del niño, la cual tendrá que rodear escribiendo palabras positivas sobre él.

Actividad 2. Enumera los éxitos de tu día

Con un papel y lápiz el niño tendrá que hacer una lista con las cosas positivas que ha logrado a lo largo del día, para así recordarle su potencial. Hacer esto al final del día genera más autoconfianza.

Actividad 3. “Expresa tus miedos”

Esta actividad puede ser muy buena para enfrentarse a posibles miedos que tenga para poder vencerlos. Se le pedirá al niño que piense en cosas que teme o que le cueste hacer por miedo y en un papel tiene que escribir: “tengo miedo a... porque...”

En el caso de D. refleja inseguridad a la hora de hablar con ciertas personas y eso hace que sus disfluencias aumente, generando incomodidad en el niño. Un buen ejemplo sería que escribiera porque tiene miedo a eso. “tengo miedo a hablar en público porque...”

A continuación se le pide que imagine que hace aquello a lo que tiene miedo y que exprese que es lo que siente ¿qué pasa cuando lo haces? ¿Cómo experimentas esa sensación?

Esta última sesión tiene una importancia especial, puesto que estamos tratando el componente emocional que en el caso de D. es muy importante. Resulta interesante sobre todo, realizar estos ejercicios con la familia creando así un sentimiento de apoyo mayor. Cuando nos encontramos con un niño o niña que tiene dificultades o problemas en un determinado ámbito, es esencial que familia y escuela se unan para trabajar juntos dentro y fuera del contexto educativo, de esta forma se consiguen mejores resultados a la vez potenciamos su seguridad.

3.5 Evaluación

Todo proceso de aprendizaje requiere de una evaluación para poder valorar su eficacia y registrar aquellos aspectos que se tienen que mejorar. A veces hacemos una evaluación para recopilar información necesaria antes de poner en marcha una

intervención. En el caso de D. antes de realizar la propuesta de intervención se pasó un cuestionario a la familia que me permitió valorar los aspectos que se tenían que trabajar. Ahora, una vez realizado el trabajo y después de todas las sesiones, hay que establecer un procedimiento de evaluación, que en este caso va a ser una evaluación de observación que se llevará a cabo mediante un registro anecdótico. Este registro consiste en rellenar una ficha para apuntar la interpretación de todo lo observado, se evaluarán las actitudes positivas ante las actividades y también ciertas carencias. (Anexo IX). Esta evaluación será siempre continua, ya que en cada sesión se registrarán los aspectos más reseñables de las actividades para que el propio niño sea consciente de sus puntos fuertes y otros más débiles en los que habrá que seguir trabajando.

Al finalizar las sesiones es recomendable reunirse con la familia para comentar todo el proceso de trabajo y valorar entre todos si la intervención ha resultado beneficiosa. Como ya he comentado, mi trabajo se basa en una propuesta de intervención que no se ha llevado a cabo de manera real y por lo tanto no sé cuál sería el balance de la intervención. Son sesiones muy concretas y para ver resultados debería mantenerse en el tiempo, pero pese a ello es una buena base para continuar en esta línea de trabajo.

3.6 Pautas para la familia

La unión entre escuela y familia son los ejes fundamentales para que cualquier intervención que se haga con el niño o niña pueda tener los mejores resultados. Dentro de la comunidad educativa el papel de la familia siempre se considera clave, pero cuando estamos tratando con niños o niñas que tienen dificultades, bien sea un problema puntual que haya que solucionar, un trastorno de cualquier tipo o una discapacidad, el nivel de implicación familiar será influyente para el avance o no del problema que estamos tratando.

En el caso particular de D., la familia siempre se ha implicado mucho en el tratamiento de su hijo y han mostrado cierta preocupación en determinados momentos, esto también ha podido servir para no dejar de lado el problema del niño y tratar de afrontarlo cuanto antes para que no tuviera repercusiones mayores a lo largo del tiempo.

La familia ha sido conocedora en todo momento de lo que supone el habla disfémica y como puede afectar a nivel emocional, de todas formas siempre es bueno ofrecerles unos consejos para mejorar la comunicación con su hijo, de tal manera que el niño se

sienta relajado y comprendido. A continuación expongo algunas pautas recogidas en el trabajo de Fernández-Zuñiga y Caja (2008):

A la hora de conversar con el niño; facilitar que él mismo inicie las conversaciones, buscar temas de su interés que le motiven a hablar y poder mantener una conversación. Reducir el número de preguntas, ya que en ocasiones si se pregunta mucho aumenta el estado de ansiedad del niño dificultando su fluidez. La escucha activa es muy importante, se tiene que tener paciencia y darle un tiempo para que pueda comunicarse de manera relajada, sin presión y con libertad para contar lo que quiera. No interrumpir cuando está hablando y mirar a los ojos. Es recomendable hacer lecturas conjuntas para que sus disfluencias se reduzcan.

Cómo hablar con él es otra pauta importante; el habla lenta mejora la comprensión del mensaje por lo tanto si tratamos de “estirar” las palabras, le estamos ayudando a que el mensaje lo acoja con tranquilidad. Repetir lentamente lo que el niño dice cuando se “atasca”, establecer turnos de conversación lentos y evitar que las frases sean muy complicadas. Utilizar un vocabulario sencillo y conocer los recursos de control del habla, estos son: ir despacio, alargar la primera sílaba de la primera palabra de la frase, soltar el aire y articular de manera suave.

Otro consejo para los padres es que puedan generar un ambiente para hablar de las dificultades que pueda tener el niño; ayudarle en sus disfluencias, expresar sentimientos, verbalizar su frustración y sentimientos negativos. Cuando el niño pregunta por qué se bloquea es esencial que los padres puedan hablar del problema con normalidad, sin mostrar signos de preocupación, a veces el lenguaje no verbal dice más que las palabras y cualquier gesto o postura puede enviar un mensaje negativo, por esta razón es importante controlar nuestras reacciones ante las disfluencias.

En definitiva, si profesionales y familia trabajamos en una misma dirección, estamos evitando que el problema existente sea mayor. En el caso de D. trabajando desde las emociones y poniendo en marcha prácticas de relajación, conseguimos que sus disfluencias sean menores, y eso sumado al trabajo de la familia supone que su autoestima se fortalezca, asegurando mayor autoconfianza y por lo tanto que sus disfluencias cada vez se reduzcan más.

4. CONCLUSIÓN

Para concluir, me gustaría señalar que las sesiones y actividades, suponen el comienzo de un camino para tratar la disfemia que puedan sufrir algunos niños y niñas en edad escolar. En concreto, la propuesta de este trabajo no solo pretende disminuir la tartamudez, sino que persigue reforzar la autoestima y seguridad en el niño, es decir, darle peso al componente emocional que se esconde tras este problema. Como ya he dicho anteriormente, las sesiones planteadas son una guía para continuar con el tratamiento, ya que dependiendo del niño/niña se necesitarían más o menos intervenciones e incluso variar las actividades, debido a que cada alumno/a tiene unas necesidades especiales a las que atender. A diferencia de otros trastornos, la disfemia o tartamudez es motivo para generar cierta ansiedad y frustración en el niño/a que la padezca, sobre todo a partir de los 6-7 años cuando el problema está más establecido y tienen mayor conciencia de él, por ello trabajar en las emociones es muy importante, ya no solo en la escuela sino que tiene que ser un trabajo en común con la familia, la cual tiene que recibir algunas pautas o consejos para facilitar la comunicación del niño/a, de manera que se sienta comprendido/a y apoyado/a.

Por otro lado, decir que como maestra especialista en Audición y Lenguaje, este trabajo me ha servido para profundizar en un tema del cual no tenía grandes conocimientos pero que tanta curiosidad me causaba. En mi corta experiencia como docente no he tenido casos de niños/as disfémicos, pero ahora he adquirido cierto bagaje del cual me serviré para atender a futuros alumnos/as con esta problemática. Estos conocimientos aportados han sido gracias a la revisión teórica que he realizado al respecto y por supuesto a la posibilidad dada para trabajar sobre un caso real.

Por último, me gustaría reflexionar sobre la importancia de la educación emocional en los niños/as, basándome en algunas ideas de trabajos como el de Bisquerra (2005). Muchas veces trabajamos para atajar el problema en sí pero descuidamos otros aspectos muy importantes en el niño/a, como prestar atención a sus emociones y sentimientos. En muchos casos y sobre todo en la disfemia, es más efectivo trabajar en la gestión emocional, ya que de esta forma estamos potenciando que el niño/a que lo padece pueda sentir que tiene el control de la situación en ciertos momentos de disfluencias. Si detrás de un niño/a disfémico hay un fuerte trabajo emocional y unas buenas herramientas de control, podemos conseguir que la ansiedad, estrés y vergüenza que pueda sentir

desaparezcan o incluso que no llegue a experimentar emociones negativas, aunque para ello es esencial realizar un diagnóstico temprano del trastorno, ya que como ocurre con cualquier otra problemática, cuanto antes se haga una intervención temprana, mayor éxito de recuperación se tendrá. En definitiva, creo que la propuesta de intervención que se ha planteado en este trabajo es una buena base para tratar la disfemia desde la educación emocional y si en algún momento, como profesional se me presenta un caso de estas características, no dudaría en poder llevarlo a cabo, puesto que en esta ocasión no ha sido posible debido a la actual situación sanitaria que estamos viviendo.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Madrid: Editorial Médica Panamericana

Álvarez, R.G. (2007) *Las personas con tartamudez en España: libro blanco*. Recuperado de: <https://www.fundacionttm.org/libro-blanco-tartamudez-espana/>

Angiono, V.A., Fernández, R.MC., Mercado, B. *Manual de los trastornos de la comunicación, lenguaje y habla*. España: Brujas

Bisquerra, A.R. (2005, 25 de noviembre). La educación emocional en la formación del profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org>

Bisquerra, A.R., Pérez, E.N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*. (10), p. 61-82

Cruz, M. C. A., Valdés, Ms. A. M. M., & Barrizonte, Ms. E. G. (2017). La tartamudez en los escolares, causas, sintomatología, consecuencias. Los métodos correctivos. *Márgenes*, 5(3),

Castillo, A.CI. (1 de marzo de 2011). Una propuesta para el tratamiento de la disfemia. *Arista digital*. (6), p. 27-51

Cervera, M.JF., Ygual, F.A. (febrero de 2002). Intervención educativa en los niños tartamudos: retos técnicos y compromiso ético para los especialistas en audición y lenguaje. *Edetania: estudios y propuestas socio-educativas*. (25), p.9-36

CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Coll-Florit, M. (Coord). (2013). *Trastornos del habla y de la voz: (1ª edición)*. Barcelona: UOC

Domínguez, R.P. (2004). Intervención educativa para el desarrollo de la inteligencia emocional. *Faisca: revista de altas capacidades*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2476406>

Fernández-Zúñiga, A., Fernández, S. (2005): “Guía de intervención logopédica en tartamudez infantil”. Madrid: Síntesis.

Fernández-Zúñiga, A., Caja del Castillo, R. (2008). *Tratamiento de la tartamudez en niños*. Barcelona, España: Elsevier.

Fraile, M. (2016). *Educación emocional en trastornos del lenguaje oral. Propuesta de intervención en disfemia*. (Trabajo fin de grado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

Foundas, A.L., MD; A.M. Bollich, PhD; D.M. Corey, PhD; M. Hurley, PhD; and K.M. Heilman, MD. (2001). Anomalous anatomy of speech–language areas in adults with persistent developmental stuttering. *Neurology*(57),207 –215. doi: 10.1212/WNL.57.2.207

Fundación Americana de la Tartamudez. *Disfluencia o tartamudez*. Recuperado de <http://www.tartamudez.org/content/disfluencia-o-tartamudez>

Gallego, O.JL. (2004). *La tartamudez: guía para profesionales y padres*. Málaga, España: Aljibe.

García, G.A.M. (2014). *Programa de prevención de las dificultades en el ritmo de la palabra (disfemia evolutiva) en la etapa de Educación Infantil*. (Trabajo fin de grado). Universidad de Zaragoza, Zaragoza.

García, C. (2019, 29 de octubre). Inteligencia y educación emocional ¿qué aportan? *Unir revista*. Recuperado de:

<https://www.unir.net/salud/revista/noticias/inteligencia-y-educacion-emocional-que-aportan/549204437812/>

García, G.A.M. (2014). *Programa de prevención de las dificultades en el ritmo de la palabra (disfemia evolutiva) en la etapa de Educación Infantil*. (Trabajo fin de grado). Universidad de Zaragoza, Zaragoza.

Gelpi, P. (2011). La inteligencia emocional: programas de educación emocional en primaria. C.P.R. Ejea de los caballeros. Zaragoza. Recuperado de: <http://expertoenpsicomotricidad.unizar.es/blog/wp-content/uploads/2014/01/LA-INTELIGENCIA-EMOCIONAL-GELPI.pdf>

Irwin, A. (Ed). (1994). *La tartamudez en los niños. Una ayuda práctica para los padres*. España: Bilbao: Mensajero, D.L.

Irwin, A. (1994). *La tartamudez de los niños*. Buenos aires, Argentina: Mensajero.

Irwin, A. (1992). *Cómo vencer el tartamudeo*. Barcelona, España: Grijalbo.

Kefalianos, E., Onslow, M., Block, S., Menzies, R., & Reilly, S. (2012). Early stuttering, temperament and anxiety: Two hypotheses. *Journal of fluency disorders*, 37(3), 151-163.

López, G.S., y García, A.C. (2005, 11 de octubre). La prevención de las dificultades del lenguaje oral en el marco escolar: evaluación e intervención temprana. *Pensamiento Psicológico*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80100506>

Menéndez, M. (2018). *Psicología-Online: Actividades para fortalecer la autoestima en niños*. España. Recuperado de: <https://www.psicologia-online.com>

Millán, C.A.M. (2018) *Disfemia. Guía de apoyo*. Murcia, España: Región de Murcia. Servicio de publicaciones y estadísticas.

Navarro, E. (2013). *Disfemia una revisión bibliográfica*. (Trabajo de fin de grado). Universitat de les Illes Balears, Illes Balears, España.

Pía, C.M. (2019). Desarrollo y alteraciones de la fluidez. En V.A. Angiono. (Ed.), *Manual de los trastornos, el lenguaje, la comunicación y el habla: una mirada interdisciplinaria en niños y adultos* (pp.99-117). Córdoba, España: Brujas.

Pina, N.N. (2016). *Programa de intervención para un sujeto escolar con disfemia*. (Trabajo fin de grado). Universidad de Zaragoza, Zaragoza.

Rodríguez Carrillo, P. y Diaz Bello, R. (2017). El rol de la escuela en la prevención y atención de la tartamudez. Areté. *Revista Digital del Doctorado en Educación de la Universidad Central de Venezuela*. 3 (6), 9 – 23.

Rodriguez, P. (2002). *La tartamudez desde la perspectiva de los tartamudos*. (Tesis doctoral). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Ruiz, A. (14 de febrero de 2020). Disfemia-cuadernillo de trabajo [entrada en blog]. Recuperado de:

<http://audicionylenguajeamparoruiz.blogspot.com/search?q=disfemia>

Santacreu, J. y Froján, M.X. (2001). *La tartamudez, Guía de prevención y tratamiento infantil*. Madrid, España: Pirámide.

Salgado, R.A. (2005) *Manual práctico de tartamudez*. Madrid, España: Síntesis

Sangorrín, J. (13 de junio de 2005). Disfemia o tartamudez. *Revista Neurológica*. (41), p. 43-46.

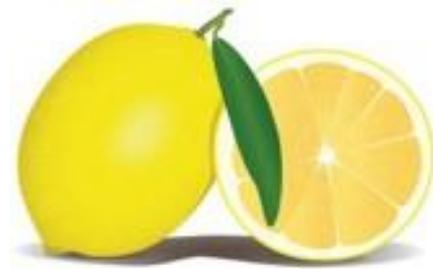
Varona,L.(2018). *Programa de intervención pragmática en niños con disfemia* (Trabajo fin de grado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

6. ANEXOS

6.1 Anexo I. El juego del limón

(Debe realizarse el ejercicio tres veces con cada mano).

Imagina que tienes un limón en tu mano izquierda, tienes que tratar de exprimirlo para sacarle todo el jugo.



Concéntrate en tu mano y en tu brazo, en cómo aprietan mientras intentas sacarle todo el zumo, en cómo se tensan.

Ahora deja caer el limón. Nota cómo están tus músculos cuando se relajan...

Vamos a coger otro limón, pero lo vamos a exprimir con más fuerza que antes, muy muy fuerte, eso es. Mira qué tensos tienes la mano y el brazo.

Ya está exprimido, ahora déjalo caer. ¿Ves, fíjate qué bien estás cuando estás relajado?, qué bien están tu mano y tu brazo, ¿a qué te sientes mejor?

Vamos a coger otro limón más, pero ahora tenemos que exprimirlo con mucha más fuerza que antes, esta vez no tiene que quedar ni una gota de zumo. Aprieta fuerte, más fuerte, que no quede nada...

Ahora vuelve a soltar el limón. Vuelve a notar tu mano y tu brazo, que relajados y que a gusto está.

(El proceso se repite con la mano derecha).

6.2 Anexo II. El gato perezoso

Ahora vamos a imaginarnos que somos un gato muy muy perezoso y queremos estirarnos.

Estira todo lo que puedas los brazos frente a ti. Ahora levántalos, por encima de tu cabeza, con fuerza llévalos hacia atrás. Nota el tirón tan fuerte



que sientes en los hombros. Vamos ahora a dejarlos caer a los lados, que descansen del esfuerzo. Muy bien.

Otra vez, vamos a estirar los brazos otra vez más, más fuerte. Este gatito tiene mucha fuerza. Perfecto. De nuevo los dejas caer a los lados. Muy bien. ¿Notas cómo están más relajados los hombros?

Una vez más, pero con más fuerza. Estira todo lo que puedas los brazos, vamos a intentar llegar al cielo, con todas tus ganas. Primero frente a ti, luego los levantas sobre tu cabeza y ahora... ¡arriba! Mira qué tensos estás ahora tus brazos y tus hombros...

El último esfuerzo, el estirón más fuerte. Los brazos hacia adelante, los brazos sobre nuestra cabeza y finalmente... ¡brazos al techo, con ganas! Déjalos caer a los lados. ¿Ves qué bien se siente un gatito cuando está relajado? Muy contento y muy a gusto.

(El ejercicio de repite cinco veces).

6.3 Anexo III. Jugando con un chicle enorme

Tienes un chicle enorme, quieres morderlo, masticarlo, comerlo pero es tan grande... Vamos a morderlo con todos los músculos de tu cuello, con tu mandíbula. Apriétalo bien. Siente cómo se mete entre los dientes. Mastícalo fuerte, muy bien, lo estás consiguiendo. Ahora relájate, el chicle ha desaparecido. Deja caer



tu mandíbula. Siente cómo está floja. Tu cuello también está suelto, está relajado.- (El ejercicio se repite tres veces, con tres “chicles distintos”. Para finalizar se le pide que además de mandíbula y cuello, trate de relajar el cuerpo entero, quedándose lo más flojo que pueda).

6.4 Anexo IV. Paseando por el bosque

Comienza por encontrar una posición cómoda sentado o acostado. Permite que tu cuerpo comience a relajarse a medida que tu mente empieza a crear la imagen de un hermoso bosque. Deja que tu mente cree la visualización de un bosque en la montaña.

Imagínate caminando por un sendero a través del bosque. El camino es suave debajo de tus zapatos, una mezcla de tierra, hojas secas y musgo hacen que la sensación al andar sea muy gratificante. Al caminar, tu cuerpo se relaja y tu mente se despeja, más y más con cada paso que das. Haz una inspiración profunda y respira aire fresco de la montaña, llenando tus pulmones completamente. Ahora exhala. Exhala y deja salir todo el aire. Disfruta la placentera sensación tan refrescante.

Toma otra respiración profunda...revitaliza...y exhala por completo, dejando que tu cuerpo se relaje aún más.

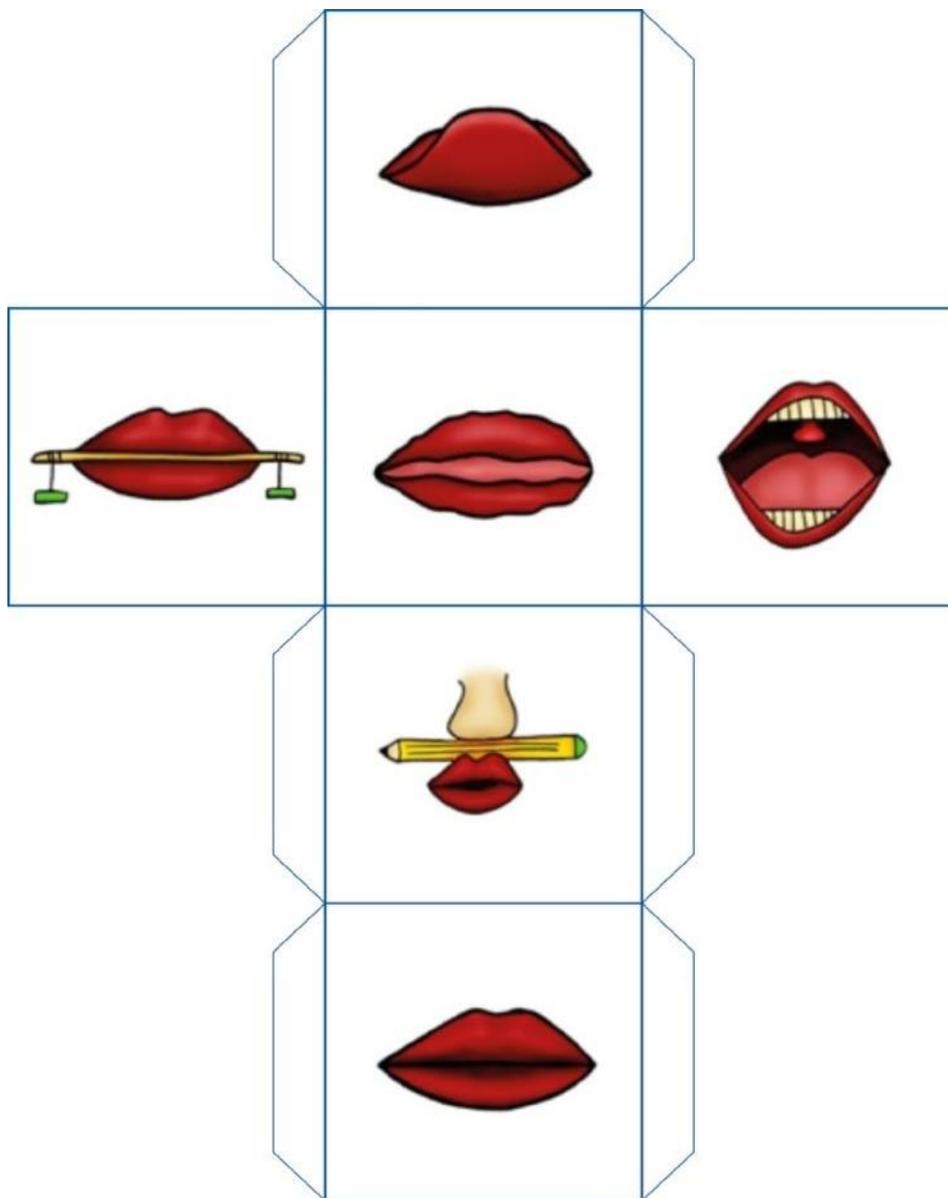
Continúa respirando lenta y profundamente mientras caminas por el bosque y sigue con la visualización, permite que tu imaginación cree el escenario de un bosque que te resulte completamente agradable, confortable y seguro.

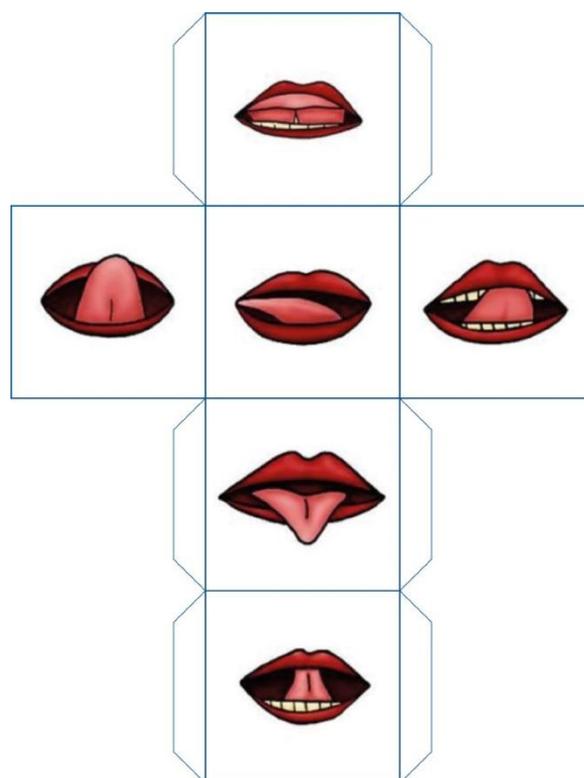
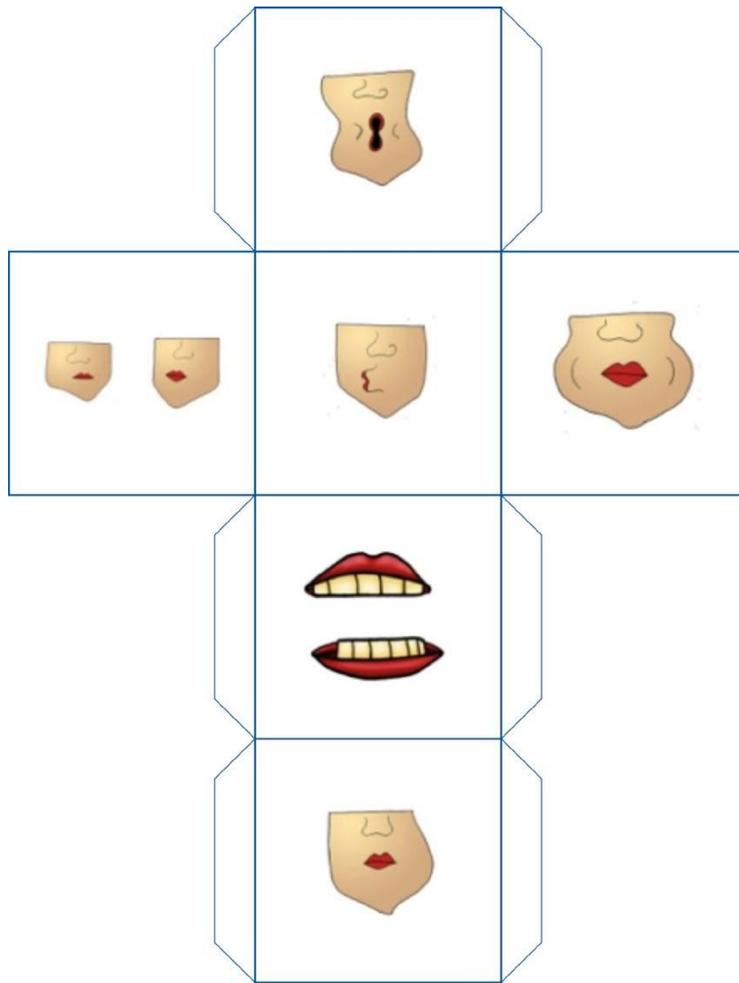
El aire es fresco, pero gratificante. El sonido del aire se filtra entre los árboles, formando un sonido y un movimiento ante ti.

Respira y camina en 2, 3, 4...mantén 2, 3... exhala 2, 3, 4, 5.

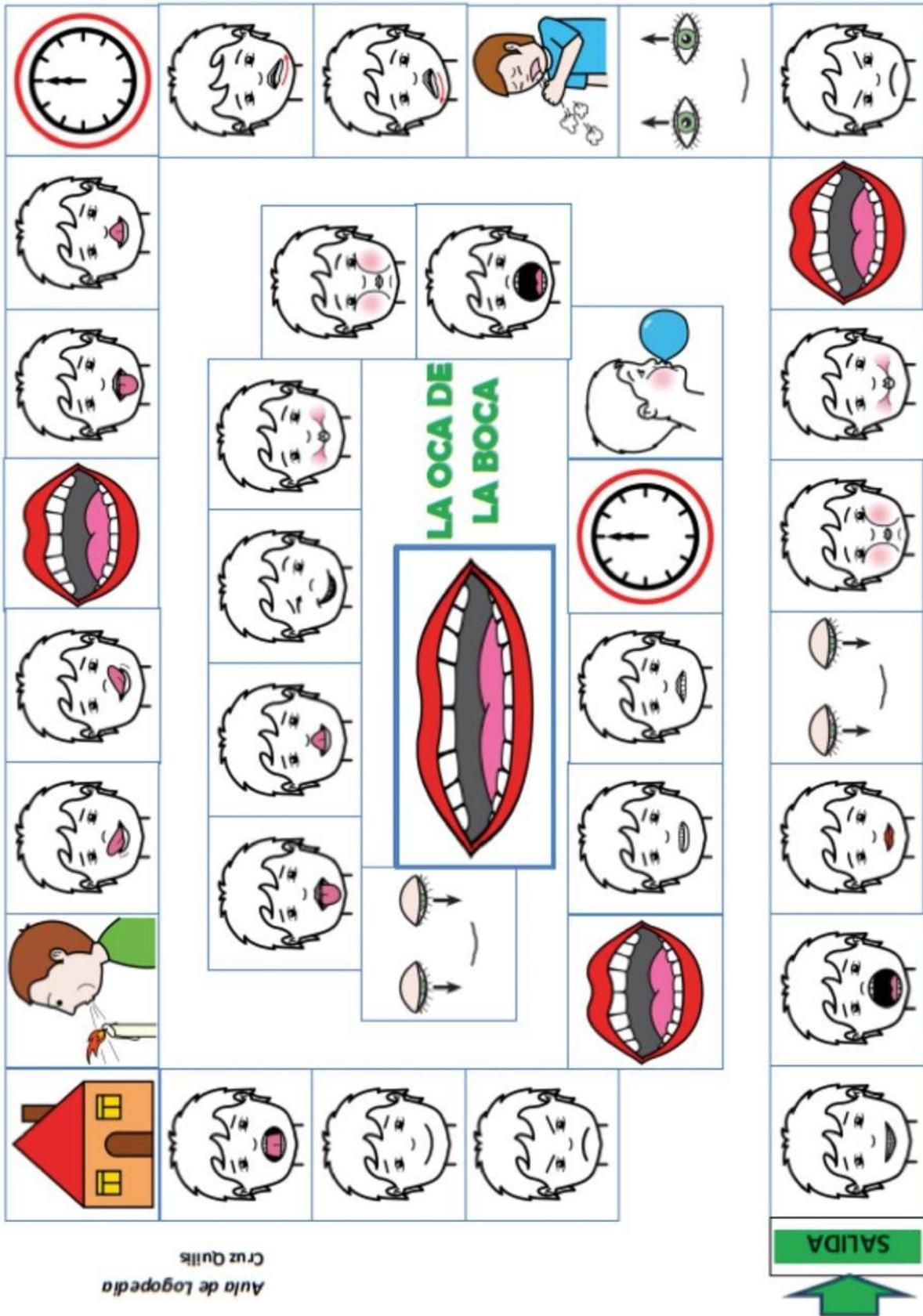


6.5 Anexo V. Dados bucales





6.6 Anexo VI. Juego de la oca



Aula de Logopedia
Cruz Quilis

6.7 Anexo VII. Ritmo de palabras

RITMO (X3)
Usa un dedo por cada sílaba/palabra

PA,-PA-PA	PA-PA-TA	PA-TA-PA	TA-TA-PA	
KO-KO-KO-KO	KO-KO-TO-KO	KO-TO-TO-KO		
PATO	MESA	CAMA	SILLA	COCHE
MANO	PIERNA	CODO	NARIZ	BOCA
MERIENDA	SALERO	BOCATA	TENEDOR	
CAMISETA	ALMOHADA	EXCURSIÓN	CALEFACTOR	

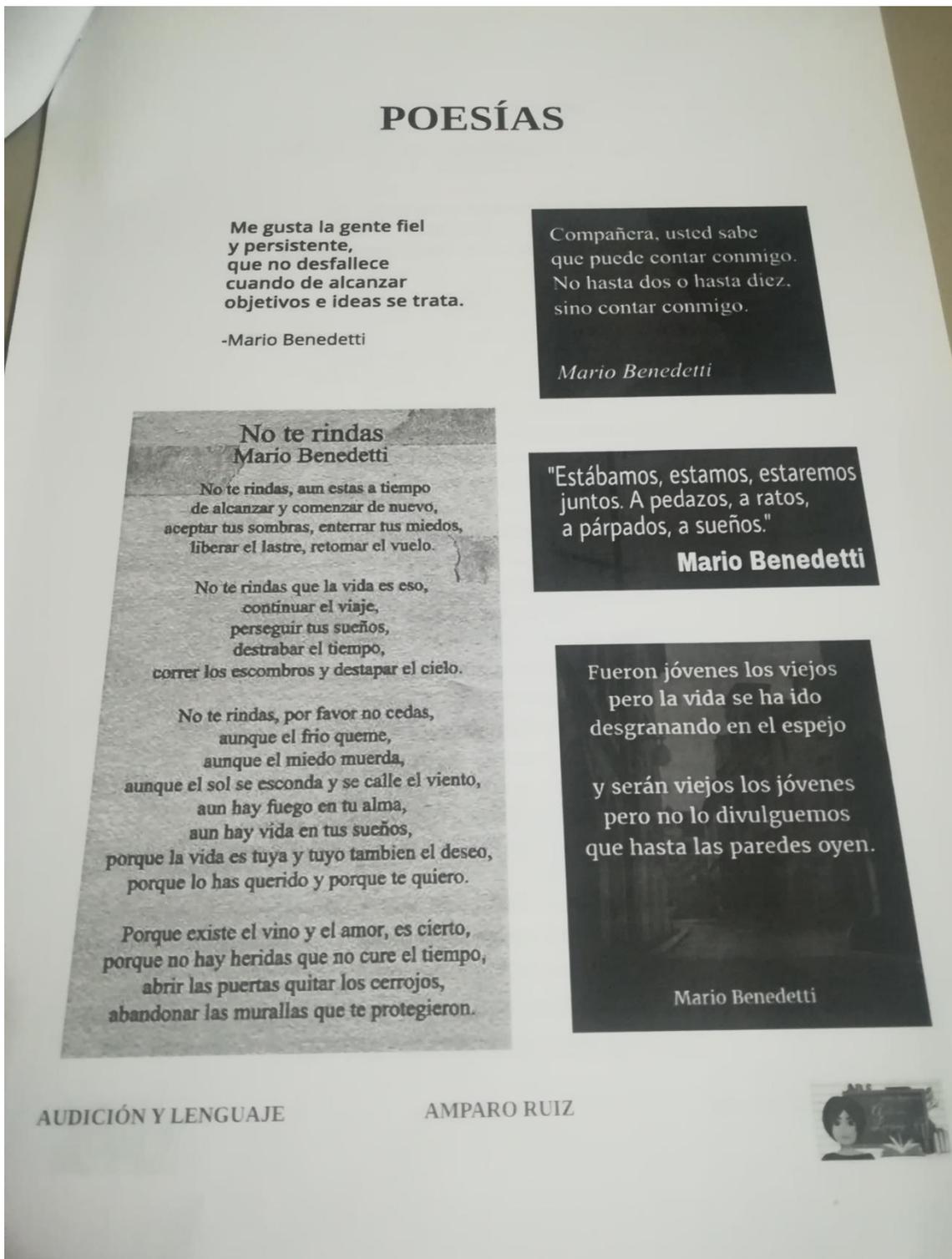
1	1-2	1-2-3	1-2-3-4	1-2-3-4-5	
10	14-13-12	10-8-6-4	4-10-6-8-12		
50	50-100	50-100-80	80-100-50-20		
20	22	20-22	23	21	20-22-23-21

ERES TAN HERMOSA	COMO UNA ROSA
NO COMERÉ LA TOSTADA	SI NO LLEVA SOBRASADA
LLEVARÁS MÁS RAZÓN	SI HABLAS CON EL CORAZÓN
PARA ESTAR MÁS FRESCO	ME TOMARÉ EL REFRESCO
ME DA LA RISA	CON MI TÍA LUISA

AUDICIÓN Y LENGUAJEAMPARO RUIZ



6.8 Anexo VIII. Poesías y trabalenguas



TRABALENGUAS

Lado, ledo, lido, lodo, ludo,
decirlo al revés lo dudo.
Ludo, lodo, lido, ledo, lado,
¡Qué trabajo me ha costado!

La sucesión sucesiva de sucesos
sucede sucesivamente con la sucesión del tiempo.

Si el caracol tuviera cara como tiene el caracol,
fuera cara, fuera col, fuera caracol con cara.

A Cuesta le cuesta subir la cuesta,
y en medio de la cuesta, ¡¡va y se acuesta!!

Compré pocas copas, pocas copas compré,
como compré pocas copas, pocas copas pagaré.

Toto toma té, Tita toma mate,
y yo me tomo toda mi taza de chocolate.

¿Cómo quieres que te quiera
si quién quiero que me quiera
no me quiere como quiero que me quiera?

El cielo está encapotado,
¿quién lo desencapotará?
El desencapotador que lo desencapote
buen desencapotador será.

Luengas lenguas hacen falta para no trabalenguarse.
El que no tenga una luenga lengua bien podrá trabalenguarse.



6.9 Anexo IX. Rúbrica de evaluación. Registro anecdótico

Nombre del alumno:	Curso:	fecha:
Sesión 1.	Descripción de lo observado e interpretación	
Actividad 1:	..... ..... ..... .....
Actividad 2:	..... ..... ..... .....
Actividad 3:	..... ..... ..... .....
Actividad 4:	..... ..... ..... .....
Sesión 2.		
Actividad 1:	..... ..... .....
Actividad 2:	..... ..... .....
Actividad 3:	..... ..... .....
Sesión 3.		
Actividad 1:	..... ..... .....
Actividad 2:	..... ..... .....
Sesión 4.		
Actividad 1:	..... ..... .....
Actividad 2:	..... ..... .....
Sesión 5.		
Actividad 1:	..... ..... .....
Actividad 2:	..... ..... .....

Actividad 3:	..... ..... .....

7. Anexo X. Cuestionario de evaluación para los padres adaptado

EVALUACIÓN DE LA DISFEMIA

(Adaptación personal del cuestionario elaborado por el LEA)

DATOS PERSONALES:

Nombre:

¿Tiene hermanos/as?

TIPO DE ERRORES (contestar solo con SI o NO)

- Bloqueos al comienzo de la frase
- Repeticiones de frases
- Repeticiones de sílabas
- Prolongación de sonidos
- Partir las palabras
- Frases inacabadas

ESFUERZO

- Existe tensión aparente o esfuerzo? (SI o NO)

CONDUCTAS ASOCIADAS (SI o NO)

- Movimientos musculares de: cara, cuello y extremidades
- Movimientos espasmódicos de: labios, lengua, mandíbula, musculatura ocular
- Acciones auxiliares: palmadas, chascar dedos, rigidez corporal
- Síntomas neurovegetativos: enrojecimiento de la cara, sudoración de manos y frente
- Dificultades en la respiración: falta de aire al hablar, inspiración innecesaria, respiración entrecortada, inspiración audible, silbidos, soplidos....

La disfemia: una propuesta de intervención desde la educación emocional

- Cambios de voz: tono más grave, agudo
- Cambios en el habla: aumento de volumen, habla más deprisa
- Uso de muletillas

ESPECIFICIDAD SITUACIONAL (remarcar con negrita)

- Periodicidad: por temporadas, por días, siempre
- Situaciones: casa, colegio, parque, juegos, fuera de casa,
- Individuos: con su madre, padre, profesores, compañeros, desconocidos...

TÉCNICAS DE CONTROL: (Remarcar con negrita)

- No hace nada, sigue hablando sin más.
- Sustituye palabras
- Permanece en silencio
- Dice “no sé” en vez de contestar
- Utiliza pocas palabras
- Se intenta tranquilizar, respira y lo vuelve a intentar

INFORMACIÓN GENERAL DEL DESARROLLO

Historia médica:

- Embarazo: ¿normal, presentó dificultades?
- Parto: ¿normal, presentó dificultades?

Historia familiar:

- ¿Antecedentes familiares de disfemia?
- ¿Antecedentes familiares con otros problemas de habla o lenguaje?

Desarrollo del habla y del lenguaje:

- ¿Edad de sus primeras palabras?
- Evolución del lenguaje: ¿normal/lenta?

Historia escolar:

- Edad de inicio/ centro escolar/ fecha/ adaptación: Cambios de centro

- Repeticiones de curso

Conductas emocionales: (remarcar negrita)

Nervioso, tranquilo, sensible, obediente, frecuentemente preocupado, meticuloso, sociable, comunicativo, tímido

HISTORIA DEL TARTAMUDEO:

- Inicio: cuando empezó (edad), existencia de algún acontecimiento relevante, como era entonces la tartamudez, respuesta del entorno...
- Evolución: cambios observados en el habla, cambios en función de ambientes diferentes, cambios en la reacción del entorno.

ACTITUD HACIA LA TARTAMUDEZ:

- El niño siente: ¿aceptación, rechazo, ansiedad, vergüenza, aislamiento?

TRATAMIENTOS O INTENTOS DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA:

- Recibió algún tipo de ayuda: ¿logopeda o profesional del habla? Si es así, ¿qué indicaciones daba? ¿Dio resultados?