



DISLALIA: INTERVENIR "MÁS ALLÁ DE LA R"

Trabajo de Fin de Grado de Logopedia

Autora: Thalía Hernández Fernández

Tutores: Pablo García Medina

María Concepción Cristina Ramos Pérez

Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de La Laguna
Curso Académico 2021-2022

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	4
1.- INTRODUCCIÓN	5
2.- CONTEXTUALIZACIÓN DE ASPECTOS CIENTÍFICO - TEÓRICOS	5
2.1. Trastornos del sonido del habla: articulación y fonología	5
2.2. Fonemas y puntos de articulación del español	7
2.3. Dislalia: tipos, clasificación y diagnóstico diferencial	8
2.4. Relación entre dislalia y autoestima	11
3.- JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	11
4.- OBJETIVOS	12
5.- INDICACIONES PREVIAS	13
6.- EVALUACIÓN INICIAL	14
7.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	15
7.1. Temporalización	15
7.2. Espacio	15
7.3. Estructura	15
8.- EVALUACIÓN FINAL	20
9.- EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	21
10.- RESULTADOS PREVISTOS	22
11.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA	22
12.- REFERENCIAS	24
13.- ANEXOS	28
13.1. Anamnesis	28
13.2. Hojas de registro para el fonema /f/	32
13.3. Hoja de registro para el fonema /r/	34
13.4. Hojas de registro para el fonema /rr/	35

RESUMEN

La dislalia funcional es uno de los trastornos o alteraciones del habla más comunes entre la población infantil. Esto la convierte en uno de los temas habituales de trabajo para el ámbito de la logopedia (González Flores, 2016).

Aún así, no recibe la importancia que merece dado el gran volumen de casos existentes, los cuales se han visto incrementados tras el periodo de pandemia por el coronavirus. A día de hoy, encontramos menores de un amplio rango de edad que presentan este trastorno y su autoestima se ve mermada por ello. En algunos casos, este trastorno acaba desembocando en frustración y enlentecimiento de los avances en terapia.

Este trabajo tiene como objetivo proponer una alternativa de tratamiento, donde tutorizar al niño en la reeducación del habla al mismo tiempo que se promueve un entrenamiento, más allá de la terapia directa o bajo el control de logopeda. A su vez, se indican estrategias de manejo para la frustración.

Palabras Claves: Dislalia funcional, reeducación, entrenamiento, estrategias, frustración.

ABSTRACT

Functional dyslalia is one of the most common speech disorders among children. This makes it one of the usual topics of work for the field of speech therapy (González Flores, 2016).

Even so, it does not receive the importance it deserves given the large volume of existing cases, which have increased after the period of the coronavirus pandemic. Today we find children of a wide age range who present this disorder and their self-esteem is diminished as a result. In some cases, this disorder ends up leading to frustration and slowing down progress in therapy.

This paper aims to propose a treatment alternative, in which the child is tutored in speech re-education while speech training is promoted, beyond direct therapy or under the control of a speech therapist. At the same time, frustration management strategies are indicated.

Keywords: Functional dyslalia, re-education, training, strategies, frustration.

1.- INTRODUCCIÓN

A lo largo de este trabajo se expone una propuesta de intervención para la dislalia funcional, promoviendo una rehabilitación consciente del habla por parte del usuario.

Se enfoca a la población infantil y escolar, pudiendo abarcar desde los 4 a los 8 años, que es el rango de edad más vulnerable de presentar estas alteraciones de habla de forma más notoria y significativa. Esto es precisamente un indicio que nos lleva a desarrollar esos primeros problemas de frustración y a la larga puede acabar influyendo en el autoconcepto.

Los objetivos principales en el desarrollo de este informe son, de manera resumida:

- A. Realizar una breve revisión teórica que abarque los aspectos principales y necesarios para este trabajo.
- B. Proponer un programa de intervención en dislalia funcional con especial atención a la reeducación, de forma consciente, del habla.

2.- CONTEXTUALIZACIÓN DE ASPECTOS CIENTÍFICO - TEÓRICOS

A continuación se expone una síntesis de contenidos imprescindibles para el posterior desarrollo de una correcta intervención.

2.1. Trastornos del sonido del habla: articulación y fonología

Entendemos por habla al acto, sin atender a la individualización, mediante el cual se emplea una lengua, de forma oral, como medio de comunicación. En el desarrollo del habla intervienen una serie de elementos que influyen en la calidad del proceso y su inteligibilidad. Cuando se trata de individualizar, debe reunir y cumplir tres requisitos indispensables (American Speech-Language-Hearing Association, 2022):

2.1.1. Articulación

Manera en la que se produce el sonido. Para desarrollar una articulación correcta es necesario conocer los puntos de articulación comprendidos en cada sonido de la lengua a emplear. La mayoría de los problemas o trastornos de habla en este ámbito se dan por la falta de conocimiento de estos puntos de articulación, por lo que el sonido se distorsiona.

2.1.2. Voz

Se soporta sobre el uso de las cuerdas vocales y la respiración para la producción de sonidos. El aire, recogido gracias al proceso respiratorio, es expulsado a través de la laringe. En consecuencia, se produce una vibración en las cuerdas vocales que genera ese sonido que conocemos como la voz de una persona.

2.1.3. Fluidez

Es el ritmo que se emplea al hablar. Implica desde la velocidad a la que se habla, hasta el correcto uso de pausas que facilitan la comprensión del mensaje. Es la parte que se aprecia afectada con más facilidad cuando se ve influida por el estado de ánimo o por aspectos psicológicos del emisor.

Una vez presentados los conceptos anteriores podemos adentrarnos en los trastornos del sonido del habla, los cuales engloban los problemas y dificultades relacionados con los aspectos perceptivos, motrices o fonológicos del sonido del habla y sus segmentos (ASHA, 2022). Aquí deben de combinarse los tiempos y la elasticidad emisora del sonido. Así que una definición ajustada a este concepto es la de “capacidad/habilidad para emitir sonidos de habla inteligibles por el receptor en una unidad de tiempo” (García Medina, 2022; aportación personal).

Se conoce que este tipo de trastorno puede tener un origen orgánico cuando hablamos de una consecuencia derivada de una afectación neurológica, estructural o sensorial. Sin embargo, cuando no se conoce la razón por la que se hace presente dicho trastorno hablamos

de un origen de tipo funcional. Los principales trastornos funcionales del habla se diferencian por los aspectos que se ven afectados. Si estos aspectos son motores hablamos de problemas de articulación, si son lingüísticos hablamos de problemas fonológicos.

Partiendo de lo anterior, sabemos que según el idioma y la variedad dialectal los aspectos anteriormente comentados pueden verse afectados. Teniendo como referencia el idioma español, consideramos relevante comentar los elementos sensibles a esta variación.

2.2. Fonemas y puntos de articulación del español

Gil (2007) define la zona de articulación de las consonantes como “el lugar en el que los órganos articuladores se acercan o se ponen en contacto durante la producción de un sonido” (p.548).

Tabla 1.

Fonemas y puntos de articulación, aportación propia en base a Gil (2007).

FONEMA	PUNTO DE ARTICULACIÓN	DESCRIPCIÓN
/b/, /p/, /m/	Bilabial	Aproximación de ambos labios
/f/, /v/	Labiodental	Labio inferior sobre los dientes
/z/	Interdental	Punta de la lengua entre arcadas dentarias
/t/, /d/	Linguodental	Ápice de la lengua sobre los dientes
/s/, /l/, /r/, /rr/, /n/	Alveolar	Ápice de la lengua sobre alveolo
/ch/, /y/, /ll/, /ñ/	Palatal	Dorso anterior o predorso de la lengua sobre el paladar
/k/, /g/, /j/	Velar	Dorso de la lengua sobre el paladar

Cabe mencionar que, además del punto de articulación, también influye el modo de articular los fonemas. Distinguimos entre consonantes oclusivas y constrictivas.

Las oclusivas se dan por la oclusión u obstaculización completa de los órganos bucales, comprimiendo el aire en la boca y expulsándolo de golpe, de forma explosiva. Los fonemas oclusivos son los siguientes: /p/, /b/, /t/, /d/, /k/ y /g/.

Por su parte, las consonantes constrictivas se dan por un estrechamiento o constricción parcial, de forma que se obstaculiza el paso del aire sin bloquearlo por completo. Dependiendo del tipo de obstaculización encontramos cuatro tipos de consonantes constrictivas: africadas (/ch/, /b/, /v/), fricativas (/f/, /z/, /s/, /y/, /j/), laterales (/l/, /ll/) y vibrantes (/r/, /rr/).

En cuanto a las vocales, son fonemas que se producen tras la vibración de las cuerdas vocales cuando el aire pasa por la boca de forma libre. Cada vocal provoca unas vibraciones diferentes y a su vez se dividen en orales (/a/, /e/, /o/) y nasales (/i/, /u/) dependiendo de si el velo del paladar baja o por el contrario se queda abierto o semiabierto (Castañeda, 1999).

Dentro del mismo español existe una serie de variedades dialectales, lo que implica que esta clasificación de fonemas pueda verse sujeta a cambios, dependiendo de la zona geográfica en la que nos encontremos. Entendemos por dialecto a una variante de una lengua que es extendida y desarrollada mutuamente por los miembros de una sociedad (Pinzón, 2005).

Ahora bien, una vez que conocemos los aspectos fonéticos y articulatorios característicos del español, disponemos de una base previa de conocimientos que nos permiten presentar de forma entendible el trastorno que nos atañe.

2.3. Dislalia: tipos, clasificación y diagnóstico diferencial

Por lo tanto, entendemos sobre lo anterior, que toda desviación de esos patrones de uso fonemático que dificultan la audición y la comprensión del receptor suponen ser dislalias.

Conocemos bajo el término dislalia a aquellos problemas de articulación basados en una omisión, inserción, sustitución o distorsión de los sonidos del habla. A la hora de organizar una clasificación de los tipos de dislalias existentes, debemos fijarnos en distintos aspectos. Según el tipo de error encontramos los tipos expresados en la propia definición del trastorno (omisión, inserción, sustitución y distorsión). Aún así, también podemos clasificarlas según el fonema afectado o según su etiología.

Según el fonema afectado encontramos una clasificación hecha por Barros de Flores & Flores (1974). En esta clasificación encontramos los términos *sigmatismo*, *jotacismo* y *lambdacismo*, haciendo referencia a los defectos de pronunciación en los fonemas /s/, /j/ y /l/ respectivamente. Así mismo, cuando los fonemas afectados son /g/ y /k/ hablamos de *gamacismo*. *Deltacismo* indica un defecto en los fonemas /d/ y /t/ mientras que *betacismo* señala que esto ocurre en la emisión de fonemas /p/ y /b/. Finalmente, si los fonemas afectados son /r/ y /rr/ encontramos el famoso término *rotacismo*.

Por su parte, si nos centramos en la etiología del trastorno encontramos dislalias orgánicas, psicógenas y funcionales. Hablamos de dislalias orgánicas cuando hay un fundamento anatómico que las justifica, mientras que las psicógenas se dan por problemas psicoemocionales. Las funcionales son aquellas en las que no se encuentra una etiología clara que fundamente su aparición.

Diagnóstico diferencial

Se considera necesario exponer una diferenciación entre varios trastornos que se suelen ver mezclados con la dislalia, llevando a confusión a la hora de mencionarlo o emitir un diagnóstico.

Recordemos que la dislalia es un trastorno del habla en el que se ve afectado uno o más fonemas, pudiendo verse tanto omitidos como sustituidos, entre otros. En concreto, la dislalia funcional no presenta una causa clara y no implica necesariamente que el habla sea

incomprensible. Para la evaluación de este trastorno contamos con algunas pruebas estandarizadas como el Registro Fonológico Inducido (RFI) de Adoración Juárez Sánchez y Marc Monfort que recoge la expresión del sujeto tanto de forma inducida como en repetición.

A diferencia de esto encontramos la anartria, un trastorno en la emisión de sonidos en los que, ahora sí, el habla se encuentra distorsionada hasta el punto de ser incomprensible. En este caso hablamos de una disociación lenguaje - habla, afectando también la relación entre estructuras fonéticas y estructuras del lenguaje. En estos casos, con alta probabilidad, se encuentra afectada la función por lesiones cerebrales subcorticales (Roch Lecours et al., 2001).

La disartria es otro de los trastornos del habla, en este caso de origen neurológico. A diferencia de la dislalia funcional, suele presentarse en adultos a causa de traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, accidentes cerebrovasculares y enfermedades neurodegenerativas (Aceituno et al., 2019).

Por último encontramos la alalia. Se trata de un tipo de mutismo, resultado de un daño cerebral orgánico o por un trastorno en la comprensión del habla, en niños. En este segundo caso suele darse por una disfunción en el análisis auditivo del habla por un daño cerebral del lóbulo temporal del hemisferio dominante (Martyanov et al., 2019).

Llegados a este punto ya conocemos los datos teóricos que nos fundamentan este trabajo a nivel del habla y sus trastornos. Aún así, debemos conocer otros aspectos relacionados con la personalidad para poder desarrollar el programa de intervención que buscamos.

2.4. Relación entre dislalia y autoestima

El ser humano es social por naturaleza, lo cual implica que debemos relacionarnos con otras personas para lograr desarrollarnos plenamente. Vivimos en sociedad, por lo que es imprescindible comunicarnos entre nosotros, ya sea para desempeñar tareas tan simples y habituales como comprar pan, o para tareas más importantes como explicarle al médico que te ocurre o dar una conferencia a tus jefes en el trabajo. En cualquier caso, la forma de comunicación a la que más recurrimos es, sin lugar a dudas, el habla.

El habla es nuestra principal herramienta de comunicación. Aunque no es la única, sí es de la que más consciente somos. Por eso mismo, cuando esta herramienta se ve afectada de alguna forma y se hace presente un trastorno del sonido del habla, nuestra autoestima y capacidad de socialización se ve afectada. Esto afirma la fonoaudióloga Elizabeth González Flores (2016), haciendo especial hincapié en que la tartamudez o disfemia y el rotacismo son las afectaciones más comunes y con mayores repercusiones en la autoestima.

El habla se ve influenciada por las emociones y el estado anímico de las personas. Sin embargo, esto también ocurre a la inversa. Si es el propio acto de habla el que se ve alterado, se genera un círculo vicioso donde empieza a darse un malestar por su alteración de habla, influyendo negativamente en dicha alteración. Esto puede empeorar la situación o paralizar los avances (Cabrelles Sagredo, 2008).

Llegados a este punto, puede que se resienta la autoestima del afectado/a por no hablar de una forma más aceptable, aspecto que puede conducirle a sentir frustración.

3.- JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

El programa de intervención logopédica “Más allá de la r” surge tras mi experiencia en las prácticas profesionalizantes externas de fin de carrera. Tras pasar cerca de nueve meses

en un centro multidisciplinar pude comprobar el volumen de casos de niños, de distintas edades, que acudían por dislalias. Allí me di cuenta que muchos de ellos se sentían tristes y desmotivados porque, según palabras textuales: “parezco tonto/a, no sé hablar”. Esto influía negativamente en sus progresos, haciendo que el trabajo logopédico se alargue en el tiempo.

Además, tras la pandemia por el covid-19, el volumen de casos de dislalia se ha visto incrementado. Los niños, al ser privados del contacto con sus iguales y con personas externas al núcleo familiar, no han tenido acceso a la misma cantidad de información, interacción y conocimientos. Generando así, mayores dificultades en el habla, el lenguaje, habilidades sociales y aspectos académicos.

Tras conocer e investigar sobre el trabajo logopédico en casos de dislalia funcional, observé que no existen demasiados programas de intervención que tengan en cuenta la desmotivación. Esta propuesta busca proponer una base de trabajo que pueda ser personalizada para cada usuario en relación a sus preferencias, sin alejarnos de los objetivos terapéuticos. Igualmente se adaptará un apartado de la intervención para enseñar una herramienta que sirva para controlar y manejar el agobio y frustración originados por su trastorno.

4.- OBJETIVOS

4.1. Objetivo general del programa

El presente trabajo se desarrolla bajo el objetivo principal de elaborar y presentar una propuesta de intervención logopédica enfocada hacia los trastornos del sonido del habla. Concretamente, hacia la dislalia funcional, haciendo especial hincapié en una rehabilitación del habla total en los fonemas afectados. Para este caso se enfocará el programa a menores

entre los 4 y los 8 años con múltiple dislalia, es decir, que presentan alteraciones en la emisión de más de un fonema.

4.2. Objetivos específicos del programa

- Mejorar la respiración y la gestión del aire durante la fonación.
- Entrenar la tonicidad de los músculos implicados en la fonación.
- Conocer el punto de articulación de los fonemas necesarios.
- Corregir la alteración en la emisión del fonema /f/.
- Corregir la alteración en la emisión del fonema /r/.
- Corregir la alteración en la emisión del fonema /rr/.
- Trabajar la tolerancia de la frustración.
- Aplicar actividades que hagan tomar conciencia de cómo se encuentra con respecto a su proceso terapéutico.

5.- INDICACIONES PREVIAS

Para poder desarrollar de forma correcta el presente trabajo será necesario realizar una recogida de datos sobre el paciente y su entorno para adaptar el programa en la medida de lo posible, dado que está destinado a niños de entre 4 y 8 años.

Finalmente queda comentar que todos los contenidos del programa que se expondrán más adelante podrán ser acompañados de materiales complementarios tales como fichas u otras actividades, enriqueciendo el programa. Este programa no busca ser estricto y cerrado, sino que pretende ser una base de la que partir para configurar una intervención personalizada para cada caso.

6.- EVALUACIÓN INICIAL

El primer paso será realizar una anamnesis con los datos recogidos que se comentan en el apartado anterior. Esto se realizará mediante una entrevista con el niño y su madre, padre o tutor. Para un mejor desarrollo de este documento la estructura de la anamnesis se encuentra adjunta en los anexos.

Una vez realizada una primera entrevista, se procede a realizar una evaluación inicial en la que, mediante la observación, exploración y la aplicación de pruebas estandarizadas, se delimita un punto de partida para la intervención.

Lo primero a desarrollar será una evaluación orofacial y miofuncional para descartar que haya algún componente anatómico que influya en la articulación y fonación.

Seguidamente se realizará un prueba conocida como Registro Fonológico Inducido (RFI). Se trata de un test que evalúa la fonología en expresión inducida y en repetición. También realizaremos un examen logopédico de articulación (ELA) para contrastar la evaluación del componente fonológico realizada con el RFI.

De forma complementaria se realizará el Test de Conceptos Básicos de Boehm con el objetivo de establecer el grado de conocimiento de vocabulario, fundamental para el aprovechamiento escolar, del que dispone. Con esta información podremos adaptar los estímulos con los que trabajaremos.

En caso de que fuera necesario aplicaríamos un test en el que obtener un registro y medición del nivel de inteligibilidad. Las situaciones en las que se suele hacer necesariamente esta prueba son cuando nos encontramos pacientes con otras alteraciones como la sordera.

7.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

7.1. Temporalización

El programa se desarrollará a corto y medio plazo de forma que se programarán sesiones de 45 minutos dos veces por semana.

Será imprescindible que lo trabajado en sesión se vea complementado con trabajo en casa. La práctica correctamente ejecutada afianzará los conocimientos adquiridos para la correcta emisión de fonemas.

7.2. Espacio

Para un adecuado desarrollo de las sesiones será necesario contar con un espacio tranquilo y privado donde tanto logopeda como usuario trabajen sin interrupciones ni distracciones externas. Además, dicho espacio estará previamente dotado con los materiales necesarios para la realización de las actividades y dinámicas a desarrollar.

7.3. Estructura

El programa consta de tres fases diferenciadas. La fase 1 se centra en un trabajo de propiocepción donde el logopeda guía al niño por las diferentes partes de su cuerpo que influyen en la fonación. Con el apoyo de los materiales necesarios, se trabajará la correcta identificación de las zonas de la boca y la tonicidad de lengua, labios y mofletes en los casos que sea necesario. Esta será la fase de menor duración en el tiempo. Además, se hará un reconocimiento de la forma y costumbres en relación a su respiración. Esta parte será útil de cara a próximas fases en las que se trabajarán la emisión del sonido y la ritmicidad.

La fase 2 comienza cuando el logopeda considera que el usuario ha explorado y desarrollado suficientemente su propiocepción. Esto sugiere que podrá comenzar a identificar los puntos de articulación correctos para cada fonema a medida que se le vayan presentando.

Llegados a este punto habrá que explicar la articulación necesaria para la emisión del sonido elegido. A lo largo de esta fase se trabajará la emisión del sonido y la fuerza de este.

Finalmente la fase 3 se centra en dinámicas enfocadas al ritmo y la repetición del fonema correctamente emitido. Un aspecto fundamental de esta fase es el reconocimiento por parte del usuario, en relación a la presencia del fonema y a la correcta ejecución del mismo. Con todo esto se irá trabajando, al mismo tiempo, la generalización del trabajo.

A parte de las tres fases comentadas, el programa consta con un apartado enfocado al trabajo de tolerancia a la frustración. Las actividades y dinámicas, expuestas en este punto de la propuesta de intervención, están sujetas a las reacciones dadas durante el proceso terapéutico y las observaciones realizadas por los profesionales implicados.

Se estima que la primera sesión con estos contenidos se dará a medida que se desarrolle la fase 2, dado que es el primer momento altamente propenso a la frustración si no se logra conseguir la emisión del sonido fácilmente. A partir de este momento y en base a cómo reacciona el niño, aproximadamente cada 6 u 8 sesiones podría hacerse una sesión completa o finalizar una sesión habitual con contenidos de este punto.

Tabla 2.

FASES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “MÁS ALLÁ DE LA R”

FASE 1		
Actividad	Desarrollo	Objetivo
La Super Lengua.	Motivamos a que mediante un depresor (el villano) haga fuerza con su lengua (el superhéroe), en distintas direcciones para que gane la batalla.	Tonificar los músculos implicados en la fonación, más concretamente, la lengua.
¡Qué no estalle la bomba!	Debemos llenar nuestra boca de aire y aguantarlo. Así, la boca es el contenedor, los mofletes las paredes y los labios son el seguro de esa bomba. Si se abre, el aire sale y estalla la bomba.	Tonificar los músculos implicados en la fonación, más concretamente, los de la zona de los mofletes y los labios,
Aguanta el gusanito.	Cortamos un trozo de gusanito y se lo colocamos en alguna zona de la boca que corresponde al punto de articulación de un fonema. Deberá aguantar ahí con su lengua o labios el trozo hasta que este se deshaga o se acabe el tiempo. Siempre iremos relacionándolo con el fonema a trabajar.	Conocer el punto de articulación de los fonemas necesarios.
¿Qué toqué?	El o la logopeda, con un depresor, toca o estimula un punto de articulación durante unos segundos y acto seguido, el niño deberá repetirlo con la lengua o la parte del cuerpo necesaria. Siempre iremos relacionándolo con el fonema a trabajar.	Conocer el punto de articulación de los fonemas necesarios.

Tabla 3.

FASE 2 DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “MÁS ALLÁ DE LA R”

FASE 2		
Actividad	Desarrollo (Actuaciones sobre el usuario, seguidas de repetición)	Objetivo
Recorrido por el paladar.	<p>Con un depresor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le acariciamos el paladar en dirección radial hacia los dientes. <p>Una vez tenga claro el movimiento le pedimos que añada aire y entrenamos la coordinación entre el movimiento y la expulsión del aire hacia delante. Prestamos especial atención a que el aire no salga por los lados de la lengua.</p>	Emitir el fonema /r/.
¡Nuestra lengua es una moto!	<p>Con un depresor le marcamos el punto de articulación de la /rr/.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moto aparcada: lengua en posición. - Moto preparada: lengua firme en posición. - Moto arrancada: preparación + expulsión de aire . <p><i>Ej. Le decimos que nuestra lengua es una moto y debe estar aparcada ahí antes de que la /rr/ coja la moto. Cuando la /rr/ se sube a la moto la enciende por lo que la lengua se pone más firme. Llegado el momento, le pedimos que arranque la moto y para ello debe expulsar el aire hacia delante haciendo vibrar la moto (lengua).</i></p>	Emitir el fonema /rr/.
Pompa va, pompa viene.	<p>Para la fonación de /f/ debe haber un correcto control y ejecución del soplo. Entrenaremos esto con un pompero de jabón. Si la emisión del aire es correcta y dirigida saldrán bien las pompas, pero en caso contrario no saldrán o se explotarán antes de desprenderse del juguete.</p>	Entrenar la emisión de aire para el fonema /f/.
¡Nos convertimos en un pokémon!	<p>Rattata es un pokémon con grandes paletas que siempre las tiene apoyadas sobre el labio inferior. El usuario debe imitar a Rattata y cuando este ataque tendrá que expulsar el aire dirigido, sin separar los dientes del labio.</p>	Emitir el fonema /f/.

Tabla 4.

FASE 3 DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “MÁS ALLÁ DE LA R”

FASE 3		
Actividad	Desarrollo (Actividades a realizar)	Objetivo
La oca de la /r/	Creamos un tablero de oca donde cada casilla son palabras que contienen el fonema /r/. Cuando se cae en una casilla hay que pronunciar la palabra a la que hace referencia el dibujo de la casilla y realizar una oración con ella.	Generalizar el fonema /r/ en distintos casos.
Botando con la pelota	Le pedimos que emita el fonema /rr/ (que recuerde la moto arrancada), mientras se acuesta boca abajo sobre una pelota de yoga. Le balanceamos hacia delante y atrás o le hacemos saltar sobre ella, siempre en la misma postura) para favorecer con el movimiento la emisión del aire y la prolongación del sonido.	Trabajar la emisión prolongada del fonema /rr/.
Memory cards: Edición /rr/	En una baraja de cartas se encuentran dibujos cuyo nombre contiene /rr/. Habrá que unir parejas, siempre reproduciendo la palabra cuando esta aparezca y realizando una frase cuando se consiga la pareja.	Generalizar el fonema /rr/ en distintos casos.
¿Dónde está la f?	Se trata de una dinámica en la que se expone a una serie de imágenes que deberá reconocer, nombrar e indicar dónde se encuentra el fonema /f/ si procede.	Generalizar el fonema /f/ en distintos casos.

Tabla 5.

FASE EXTRA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “MÁS ALLÁ DE LA R”

FASE EXTRA		
Actividad	Desarrollo	Objetivo
Diario de trabajo	Desarrollo de un pequeño diario en el que recoger lo realizado en las sesiones de logopedia. Reflejar su implicación en ella y los avances como los fallos o tropiezos. En la sesión de autoestima se podrá hacer una lectura conjunta para que él mismo vea sus progresos escritos por sí mismo a los que no les estaba prestando atención. Esta actividad se enfoca a niños más grandes, deberá adaptarse en caso de querer emplearla con otros más pequeños.	Obtener una visión realista del desarrollo del trabajo logopédico del niño. Aprender a celebrar los progresos y aceptar los fallos.
¿Cómo soy? ¿y cómo me veo?	Le pedimos que se dibuje a sí mismo y se describa como persona (no físicamente, para ello realizamos el dibujo). Una vez hecho, acompañamos por un recorrido entre su descripción y su dibujo, y como es realmente.	Conocer cómo se ve el usuario a sí mismo. Comparar la visión que tiene de sí mismo con la realidad.
Relajación de Koeppen.	Se enseña esta relajación basada en contraer y relajar distintos grupos musculares para controlar los momentos de saturación y frustración.	Enseñar una herramienta de relajación para que la pueda emplear cuando sea necesario.

8.- EVALUACIÓN FINAL

Una vez aplicado el programa de intervención se realizará una evaluación similar a la inicial. Aquí pasaremos algunas de las pruebas estandarizadas que le pasamos al usuario al principio, concretamente el RFI, el examen de articulación y el Test de Conceptos Básicos de Boehm.

Una vez realizado esto, se podrán comparar ambos resultados y ver si realmente se han obtenido progresos y se cumplen los objetivos. Para facilitar esta tarea se dispondrán de una serie de hojas de registro, independientes a los componentes de las pruebas estandarizadas y adjuntas en los anexos de este documento, destinadas a recoger datos en distintos momentos de la intervención. Será indispensable completarlas, como mínimo, al comienzo y final del proceso terapéutico, pero es recomendable que se realice de forma periódica a lo largo de este.

9.- EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Para la evaluación del programa de intervención contaremos con el modelo CIIP, que se trata de un modelo de toma de decisiones creado por Daniel Stufflebeam en los años 60.

Esta evaluación se caracteriza por desarrollarse a lo largo de la aplicación del programa, de forma que recaba información del inicio, proceso y final de este.

La primera fase a evaluar será el contexto. Al principio será identificada y valorada la capacidad del sistema en conjunto. Durante el proceso se podrán ir corrigiendo los fallos de planificación sin paralizar el programa. Y, llegado el final del programa, se hará una detenida valoración y juicio en base a los resultados obtenidos.

La fase dos es la entrada donde valorar los recursos con los que contamos antes del programa. Será evaluado el proceso, con especial atención a la relación de la estructura del programa con su desarrollo y los miembros del equipo, pudiendo ir haciendo correcciones cuando sea preciso.

Finalmente se evalúa la eficacia del programa, observando la coherencia, la relevancia de sus contenidos, la eficacia y la eficiencia con la que se desarrolla (Stufflebeam, 1983).

10.- RESULTADOS PREVISTOS

Al llevar a cabo este programa de intervención se esperan lograr progresos en distintos aspectos. Por un lado, se espera conseguir reeducar, habilitar o rehabilitar la articulación y fonación, y que con ello, la dislalia. En función de la gravedad del trastorno observaremos qué nivel de éxito se ha podido alcanzar y esto nos indicará la necesidad de mantener el tratamiento o reconducir determinados aspectos.

También se espera que el ánimo sufra una mejoría, de forma que, se persigue mejorar su habla o dicción y con ello, progresivamente, vaya superando sus problemas de autoestima así como la frustración por no poder hablar como él deseaba.

También pretendemos dotar al niño/a de una herramienta de relajación que sepa poner en práctica. Así, esta misma podrá serle de utilidad en diversas circunstancias, como para el manejo de la frustración durante el tratamiento.

Por último, más allá del cumplimiento de los objetivos expuestos a lo largo del trabajo, buscamos que esta intervención sirva de base para realizar programas adaptados y personalizados, independientemente de su edad o sus preferencias.

11.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

Los trastornos del habla no son independientes a otras dimensiones presentes en el ser humano. Esto implica que, si un niño tiene problemas para hablar tal y como lo hacen las personas de su entorno, se puede sentir diferente. Ya sea porque él se ve distinto o porque su entorno le hace sentir así. Es muy fácil que se dé la situación en la que, en una clase o colegio, se ríen de un compañero cuando no sabe pronunciar el fonema /r/, o cualquier otro. Y a más fonemas se distorsionen en el habla, más sencillo será realizar esa diferenciación.

Este sentimiento suele generar vergüenza provocando, incluso, que se evite el acto comunicativo en determinadas situaciones.

De lo que no cabe duda es de que todo esto puede acabar haciendo mella en la autoestima de algunos niños. Por tanto, en estos casos, no servirá con trabajar únicamente la dislalia funcional. Aunque esta desaparezca, no necesariamente lo hace también todo lo que el individuo ha vivido hasta el momento. Tampoco lo hace ese sentimiento de inferioridad, de diferencia o de vergüenza. Su autoestima ya se vio afectada y no porque la dislalia desaparezca, la autoestima será más positiva.

Este trabajo pretende ser una aportación indicativa de una vía de intervención interdisciplinar. Se considera que los niños y niñas con dificultades de habla deben ver atendidas sus necesidades de forma coordinada. Compaginando así, la reeducación del habla, con la pertinente corrección en la fonación y atendiendo a posibles cambios en su autoestima, a consecuencia del trabajo realizado.

Con este nuevo enfoque sería necesario ampliar los apartados de evaluación, incluyendo pruebas que miden diferentes aspectos o constructos. Por ejemplo, el psicólogo colaborador en el programa podría emplear la escala de Rosenberg (1965) para la valoración de la autoestima y la escala de evaluación del autoconcepto para niños de Piers-Harris (1984), de forma adaptada. En cuanto a autores nacionales, encontramos el cuestionario ADAPTA de Ramos Pérez (2022) y en relación con la frustración, el PRF de García Medina (2022).

12.- REFERENCIAS

- Aceituno, C., Aranda, S., Palma, G., Pino, C., Villegas, P., Quezada, C., & Toledo-Rodríguez, L. (2019). Calidad de vida en personas con disartria. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 39(1), 27-31.
- ASHA. What Is Speech? What Is Language?. En American Speech-Language-Hearing Association. Recuperado el 10 de febrero de 2022, de <https://www.asha.org/public/speech/development/speech-and-language/>
- Barros de Flores, A. & Flores R., F. (1974). Dislalia: ¿Problema de lenguaje o problema de habla?. *Revista Chilena de Pediatría*, vol 45. N° 6.
- Boehm, A. E. & Cordero Pando, A. (2000). *Test de Conceptos Básicos de Boehm*. España. TEA Ediciones.
- Cabrelles Sagredo, M., S. (2008). La influencia de las emociones en el sonido de la voz. *Revista de folklore*, ISSN 0211-1810, N°. 334, 2008, págs. 130-133.
- Castañeda, P. F. (1999). El lenguaje verbal del niño. Los Elementos Fonéticos del Lenguaje Verbal. Recuperado 21 de marzo de 2022, de https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng_ni%C3%B1o/los_elem_fone_leng_verb.htm

- Cazalla-Luna, N., & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. 22. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*. Julio 2013, 43 - 64.
- García Medina, P. (2022). PRF (Prueba de Respuesta a la Frustración). ULL. Edición interna.
- Gil, J. (2007). *Fonética para profesores de español: de la teoría a la práctica*. España. Arco/Libros.
- González-Pienda, J. A., Núñez Pérez, J. C., Glez.-Pumariega, S., & García García, M. S. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9 (Número 2), 271-289. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7405>.
- Grupo Albor-Cohs. (1999). *ELA-R: examen logopédico de articulación revisado*. España. Grupo Albor División Editorial. ISBN: 84-95180-83-9.
- Juárez, A., Martí, C., & Monfort, M. (2010). *Registro Fonológico Inducido*. España. Editorial Ciencias de la educación preescolar y especial.
- Martín Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology* 2007. 10(2):458–467.

- Martyanov, D., Tsygankova, A., Zaykova, F., Bolshakova, T., & Gorobets, E. (2019). Diagnosis of sensory and sensorimotor alalia: An integrated interdisciplinary approach. *Opción*, 35, 275-287. Recuperado a partir de <https://produccioncientificaluz.org/index.php/opcion/article/view/30043>.
- Medrano, L., Franco, P., Flores-Kanter, P., & Mustaca, A. (2019). Intolerancia a la frustración y estrategias cognitivas de regulación emocional en la predicción de la agresividad. *Suma Psicológica*, 26(1), 19-27.
- Montero López, M. (2020). Autoconcepto, autoeficacia y tolerancia a la frustración: en niños con y sin dificultades de aprendizaje. Universidad de Alcalá.
- Olson, K. S., & Hajek, J. (2004). A crosslinguistic lexicon of the labial flap. *Linguistic Discovery*, 2(2). <https://doi.org/10.1349/PS1.1537-0852.A.262>.
- Piers, E. (1984). *The Piers-Harris Children's Self Concept Scale (The way I feel about myself). Revised Manual*.
- Pinzón D., S. L. (2005). Lenguaje, Lengua, Habla, Idioma y Dialecto. Nociones lingüísticas básicas. *Lenguas del mundo. La Tadeo*, 71, 14.
- Ramos Pérez, M. C. (2022). Adapta (Cuestionario). ULL. Edición interna.
- Roa García, A. (2017). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania. Estudios Y Propuestas Socioeducativos.*, (44),

241-257. Recuperado a partir de

<https://revistas.ucv.es/index.php/Edetania/article/view/210>

Roch Lecours, A., Parente de Mattos Pimenta, M. A., Feijó Vélez, A., & Maia, A. (2001). Anartria Pura: Estudo de Dois Casos. *Psicologia, Reflexão E Crítica*, 14(2), *Psicologia, reflexão e crítica*, 2001, Vol.14 (2). Recuperado, en marzo de 2022, a partir de <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000200011>.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.

Ruano, A. T. (2013). Actividades para la corrección de la dislalia funcional simple en escolares del primer ciclo con retraso mental leve. Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero.

Shalvelson, R., Hubner, J. & Stanton, J. (1976). Self concept: Validation of construct interpretation. *Review of Educational Research*, 46 (3), 407- 441.

Stufflebeam, D. L. (1983). The CIIP Model for Program Evaluation. *Evaluation Models*. Volume 6. ISBN : 978-94-009-6671-0.

13.- ANEXOS

13.1. Anamnesis

1. Datos personales:

- Nombre y apellidos:
- Fecha de nacimiento:
- Sexo:
- Nacionalidad:
- Dirección:
- Antecedentes familiares:

2. Datos personales de la familia:

- Nombre y apellidos de la madre/tutora:
- Fecha de nacimiento:
- Número de teléfono:
- Dirección:
- Situación laboral:
- Disponibilidad horaria:
- Disponibilidad de desplazamiento:
- Relación con él/ella:
- Relación con el padre/tutor:
- Antecedentes familiares:

- Nombre y apellidos del padre/tutor:
- Fecha de nacimiento:
- Número de teléfono:
- Dirección:
- Situación laboral:
- Disponibilidad horaria:
- Disponibilidad de desplazamiento:
- Relación con él/ella:
- Relación con la madre/tutora:
- Antecedentes familiares:

- Estructura familiar:

3. Centro escolar:

- Nombre del centro educativo:
- Dirección del centro:
- Teléfono de contacto:
- Correo electrónico:
- Comunicación con el profesorado:

- Nivel de implicación del centro con la familia:
- Grado de disponibilidad para el contacto con el centro:
- Actividades extraescolares realizadas:
- Asistencia al comedor del centro y observaciones al respecto:

4. Contextualización del perfil médico:

- Alergias:
- Informes médicos (si procede):
 - Observaciones:
- Informe otorrino (si procede):
 - Audiometría reciente:
 - Otras pruebas y resultados:
 - Observaciones:
- Informe psicológico (si procede):
 - Pruebas, escalas o test realizados y resultados:
 - Observaciones:
- Informe logopédico previo (si lo hubiera):
 - Problemas deglutorios reseñables:
 - Aspectos relevantes a nivel verbal y no verbal:
 - Observaciones:
- Informe de comedor (si lo hubiera):

5. Información relevante sobre el embarazo:

- Edad de la madre en el momento del embarazo:
- Transcurso del embarazo:
- Sucesos relevantes durante el período de gestación:
- Situación laboral durante el embarazo:
- Momentos de estrés durante el embarazo:
- Medicación ingerida durante el embarazo:
- Alimentación:
- Consumo de tabaco:
- Consumo de alcohol:
- Consumo de sustancias narcóticas:
- Enfermedad durante el embarazo:
- Hospitalizaciones durante el embarazo:
- Momento de la gestación en la que se produjo el parto:
- Duración del parto:
- Complicaciones durante el parto:
- Uso de fórceps, ventosa u otros utensilios médicos durante el parto:
- Cesárea:
- Observaciones:

6. Información relevante sobre el postparto:

- Capacidad de reacción del bebé (llanto al nacer):

- Respiración del bebé en el momento del nacimiento:
- Necesidad de suministrar oxígeno al bebé:
- Peso y talla:
 - Evolución del peso y talla:
- Alimentación del bebé:
 - Intención de alimentarse:
 - Tomó el pecho:
 - Duración:
 - Biberón:
 - Duración
 - Leche de fórmula:
 - Duración:
- Uso de incubadora:
- Medicaciones administradas al bebé en el hospital:
- Observaciones:

7. Observaciones de los padres relevantes sobre la infancia:

- Intención comunicativa:
- Interacción con otros:
- Sonrisa:
- Uso de chupa y duración:
- Vacunas:
- Accidentes reseñables:
- Enfermedades reseñables:
- Tratamientos y medicaciones:
- Juego y juguetes de preferencia:
- Persona con la que pasaba más tiempo:
- Resistencia a la separación:
- Dificultades a la hora de la escolarización:
- Apegos:
- Relaciones familiares:
- Relación con sus iguales:
- Reacciones al contacto:
- Carácter:
- Gustos y hobbies:
- Fobias, miedos o preocupaciones:
- Actividades extraescolares:
- Mascotas:

8. Observaciones de los padres relevantes sobre aspectos del lenguaje:

- Capacidad de imitación:
- Capacidad de identificación:
- Capacidad de discriminación:
- Juego simbólico:

- Balbuceo:
- Habla:
- Primeras palabras:
 - Edad en ese momento:
- Vocalización:
- Articulación:
- Comprensión:
- Memoria:
- Lectoescritura:
- Expresividad:
- Volumen de la voz y modulación:
- Reconocimiento de emociones:

9. Observaciones de los padres relevantes sobre aspectos psicomotores:

- Movimientos que realiza por sí solo:
- Capacidad de hacer la pinza con los dedos:
- Capacidad de agarre:
- Capacidad de escritura:
- Capacidad de comer o beber de forma autónoma:
- Capacidad de señalización:
- Capacidad de control de esfínteres:
- Capacidad de demanda para ir al baño:
- Sensibilidades:
- Control postural:
- Observaciones:

13.2. Hojas de registro para el fonema /f/

HOJA DE REGISTRO: /F/ POSICIÓN INICIAL							
Nombre y apellidos:							
Fecha de nacimiento:							
Palabra	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
Farola							
Foco							
Feria							
Fiel							
Felicidad							
Furia							
Fiesta							
Flauta							
Francisco							
Fruta							
Observaciones:							

HOJA DE REGISTRO: /F/ POSICIÓN INTERMEDIA

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Palabra	_/_/_						
Alfombra							
Bufar							
Estafa							
Solfeo							
Escafandra							
Esfuerzo							
Escalofrío							
Estufa							
Enfocar							
Fotografía							

Observaciones:

13.3. Hoja de registro para el fonema /r/

HOJA DE REGISTRO: /R/ POSICIÓN INTERMEDIA							
Nombre y apellidos:							
Fecha de nacimiento:							
Palabra	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
Aro							
Caro							
Amarillo							
Marino							
Pera							
Mireya							
Cuchara							
Morena							
Eructo							
Oruga							
Observaciones:							

13.4. Hojas de registro para el fonema /rr/

HOJA DE REGISTRO: /RR/ POSICIÓN INICIAL							
Nombre y apellidos:							
Fecha de nacimiento:							
Palabra	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
Rata							
Rosa							
Risa							
Remo							
Rueda							
Rima							
Reza							
Roma							
Rama							
Rusia							
Observaciones:							

HOJA DE REGISTRO: /RR/ POSICIÓN INTERMEDIA

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Palabra	_ / _ / _						
Perro							
Arruga							
Guitarra							
Burro							
Berrer							
Arrítmico							
Torre							
Párrafo							
Carril							
Interruptor							

Observaciones: