



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

Grado en Educación Primaria

Mención en Audición y Lenguaje

Curso 2014/2015

TRABAJO DE FIN DE GRADO

“Intervención Logopédica en Síndrome de Down”

Autora:

Silvia Vaquero González

Tutor académico:

José Antonio Gil Verona

Tutora suplente:

Natividad García Atares

AGRADECIMIENTOS

Ha sido un camino de cuatro años, en unas ocasiones ha sido muy largo y sin embargo en otras no lo ha sido tanto. Este camino termina, y con él una gran etapa de la que me llevo infinidad de experiencias, de personas y de buenos momentos.

En primer lugar, quiero mostrar mi agradecimiento a mi tutor del trabajo, José Antonio Gil Verona, quien ha dedicado parte de su tiempo, comprensión, predisposición y paciencia en estos meses, sin el que no hubiera sido posible elaborar este proyecto, y que, a pesar de ese trágico final, siempre permanecerá en mi memoria. Espero que allá donde estés te encuentres mucho mejor. Muchas gracias por todo.

Quisiera demostrar mi agradecimiento inmenso a Natividad García Atares, ya que, a pesar de no haberla conocido hasta ahora, por las circunstancias surgidas, ha sido capaz de ocupar su tiempo y esfuerzo en revisar este proyecto, teniendo en cuenta las fechas tan complicadas en las que ha coincidido todo.

A toda mi familia, la de sangre y la elegida: mi pareja, mis amigos y mis amigas, por ayudarme y apoyarme en todo lo que ha estado a su alcance, comprenderme, animarme y brindarme un amor incondicional.

Por último, quisiera dar las gracias a las personas protagonistas de todo este ciclo, los docentes que me han impartido clase, ya que, sin ellos no habría llegado al lugar donde estoy en estos momentos. Gracias por, desde el primer momento, transmitirme vuestros conocimientos y darme lo mejor de vosotros para formarme como profesional.

RESUMEN

Con este Trabajo de Fin de Grado diseño una Intervención Logopédica para un caso real de Síndrome de Down, con el que pretendo poner en práctica todos los conocimientos adquiridos a lo largo de mi formación académica.

Sitúo el tema comenzando con una fundamentación teórica sobre Síndrome de Down a todos los niveles, y unas reseñas sobre Disglosia, alteración orgánica específica de dicho Síndrome.

El estudio de caso lo realicé en un Centro de Educación Especial de la provincia de Valladolid, cuyo nombre no cito por motivos confidenciales, durante mi período de prácticas. En esta experiencia, he podido llevar a cabo la evaluación e intervención de un sujeto real, desarrollando y configurando mi rol de profesional.

Palabras clave: Síndrome de Down, evaluación, intervención, Disglosia, discapacidad intelectual, lenguaje.

ABSTRACT

With this Degree Final Project design Speech Therapy Intervention for a real case of Down's Syndrome, which I intend to put into practice all the knowledge acquired throughout my academic training.

I put the topic beginning with a theoretical foundation on Down's Syndrome at all levels, and some reviews of Disglosia, specific organic disorder of this Syndrome.

I did the case study in a Center of Special Education in the province of Valladolid, whose name I do not quote for confidential reasons, during my internship period. In this experience, I have been able to carry out assessment and intervention of a real subject, developing and setting up my professional role.

Keywords: Down Syndrome, assessment, intervention, Disglosia, intellectual disabilities, language.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	6
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
3.1. Discapacidad intelectual: Síndrome de Down.....	7
3.1.1. ¿Qué es la discapacidad intelectual?.....	7
3.1.2. Concepto de Síndrome de Down.....	8
3.1.3. Clasificación.....	9
3.1.4. Características.....	9
3.1.5. Prevalencia.....	12
3.1.6. Problemas asociados.....	13
3.1.7. Prevención y factores de riesgo.....	14
3.2. Trastornos del lenguaje.....	15
3.2.1. ¿Qué son los trastornos del lenguaje?.....	15
3.2.2. Concepto de Disglosia.....	16
3.2.3. Clasificación.....	17
3.2.4. Características.....	17
3.2.5. Prevalencia.....	18
3.2.6. Problemas asociados.....	18
3.2.7. Prevención.....	19
4. INTERVENCIÓN EN EL AULA.....	20
4.1. Estudio de caso.....	20

4.1.1. Descripción de la usuaria.....	20
4.1.2. Evaluación.....	20
4.1.3. Programación individualizada	30
4.1.4. Descripción de la intervención.....	35
4.1.5. Agentes implicados y funciones.....	38
4.1.6. Resultados.....	38
4.1.7. Propuestas de intervención.....	39
5. CONCLUSIÓN Y REFLEXIÓN FINAL.....	42
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
7. ANEXOS.....	46

1. INTRODUCCIÓN

Este documento contiene el Trabajo de Fin de Grado para la obtención del Título de Grado en Educación Primaria con mención en Audición y Lenguaje. Está formado por un total de 5 capítulos que se van desglosando y diversos anexos.

Con este proyecto tengo el propósito de exponer los aspectos de una intervención logopédica llevada a cabo con una usuaria que presenta Síndrome de Down, en un Colegio de Educación Especial. Asimismo, realizaré una fundamentación teórica acerca de este síndrome y los trastornos del lenguaje asociados.

El objetivo principal es conocer y aplicar las necesidades educativas especiales a nivel de habla y lenguaje que precisa esta usuaria, con el fin de que consiga comunicarse en su vida cotidiana y en su entorno de una manera eficaz y adecuada.

Para analizar las necesidades requeridas, es imprescindible conocer sus características personales, realizar una evaluación a través de todas las pruebas específicas del lenguaje, y a partir de ahí elaborar una programación individualizada para llevar a cabo la intervención.

Como colofón a toda la fundamentación teórica, la evaluación, la intervención logopédica y los resultados obtenidos, se plasmarán unas propuestas de intervención con las que se podría continuar, así como una conclusión y reflexión final sobre el trabajo y la puesta en práctica del mismo, las referencias bibliográficas utilizadas y un apartado de anexos donde aparecerán aquellos materiales que puedan dificultar la lectura del texto.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La discapacidad intelectual es un trastorno que comienza en el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual y un déficit en el comportamiento adaptativo. Dentro de la discapacidad intelectual, encontramos el Síndrome de Down.

El Síndrome de Down es una de las causas de discapacidad intelectual más comunes y conocidas en la sociedad. Esta razón es la que me ha impulsado a realizar una intervención logopédica de una manera menos mecánica, ya que, a pesar de que siempre se intenten mitigar las dificultades y necesidades que este colectivo presentan, considero que en diversas ocasiones no se realiza de la manera más acertada, o al menos, de la manera más lúdica y personalizada para ellos.

Es cierto que en el Centro de Educación Especial en el que he desarrollado mis prácticas cuentan con una profesional admirable, que sí adecúa toda su práctica profesional a cada uno de sus alumnos y usuarios, pero es precisamente por este motivo por el que quería ser yo misma la que experimentase esa situación con un caso real.

Por ello, como futura maestra de Audición y Lenguaje, he centrado mi propuesta en realizar una programación individualizada para la posterior intervención, con el objetivo de conseguir en la usuaria un pleno desarrollo de sus habilidades comunicativas y una generalización de todos los aprendizajes que facilite su vida cotidiana.

Es importante recordar que el fin último es que alcance el máximo grado de autonomía personal y se la dote de ayudas, recursos y materiales suficientes para su plena integración.

Por todas las razones esclarecidas previamente, considero que el tema elegido para este Trabajo de Fin de Grado tiene una gran relevancia, ya que, teniendo en cuenta el gran colectivo que padece este síndrome, todas las personas deberíamos tener unas nociones básicas referentes a este tema, y en concreto, a los profesionales que nos concierne, concienciarnos de que cada alumno y/o usuario es único y por eso tenemos que hacer únicos también sus tratamientos, adaptándolos a sus gustos y necesidades y convirtiéndolos en algo lúdico para ellos.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL: SÍNDROME DE DOWN

3.1.1. ¿Qué es la discapacidad intelectual?

Díez-Itza (2014) detalla que hasta épocas recientes ha existido una creencia médica que aseguraba que la discapacidad intelectual era un “defecto o debilidad mental entre cuyos síntomas, descritos en someras historias clínicas, se hallaba la afectación global del lenguaje en función del nivel cognitivo determinado por el cociente intelectual (CI)” (p. 235)

Después de varios años de progreso, en estos momentos se procura cada vez más que exista una integración y normalización de los colectivos con discapacidad intelectual, para desarrollar así al máximo todo su potencial y tratarles como lo que son, personas normales como el resto. Junto a este progreso han evolucionado también nuevas definiciones.

Según la American Psychiatric Association (2014), en el DSM-5, última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, la discapacidad intelectual: “Es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico” (p. 33)

Este manual nos indica que para considerar que en una persona existe una discapacidad intelectual es necesario estudiar tres criterios:

a) Déficit de funcionamiento intelectual: Debe ser 2 DT (desviaciones típicas) por debajo de la media (CI<70). Es necesario realizar más de una sola prueba, ya que con saber este dato no es suficiente para determinar que una persona tiene DI. En ellas se tiene en cuenta las deficiencias en el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje desde la propia experiencia. Todas ellas deben aparecer en el informe, las cuales formarán el CI total, que, como ya se ha indicado, ha de estar por debajo de 70.

b) Déficit en el comportamiento adaptativo: Para evaluarlo habría que tener en cuenta tres ámbitos: dominio conceptual, dominio social y dominio práctico.

c) Edad: En ediciones anteriores de este manual, este criterio decía que la discapacidad tenía que presentarse antes de los 18 años, pero la nueva modificación no acota una edad, sino que declara que tiene que aparecer a lo largo del desarrollo.

3.1.2. Concepto de Síndrome de Down

Dentro del campo de discapacidad intelectual nos encontramos con el Síndrome de Down, que es el trastorno que voy a estudiar en este documento.

Flórez (2011) define el Síndrome de Down como “la manifestación de una trisomía: presencia de tres copias del cromosoma humano 21, total o parcial” (p. 2). Esta sobreexpresión de genes provoca un desequilibrio originando dificultades en la formación de los órganos y sistemas.

Martínez (2011) por otra parte nos ofrece una definición semejante y coincidente con la de Flórez (2011) acerca de este síndrome: “Alteración genética que se produce al existir tres copias de genes situados en el cromosoma 21. Las alteraciones del código genético suelen afectar al cerebro y, en la mayoría de los casos, conllevan la aparición de una discapacidad intelectual” (p. 21)

Otra definición de Síndrome de Down es la propuesta por Gómez & Criado (2012), que dice lo siguiente: “Un cromosoma extra del par 21 (o una parte esencial del mismo) es responsable, a lo largo de diferentes fases de la vida, de las alteraciones (morfológicas, bioquímicas y funcionales) que se producen en diversos órganos” (p. 100)

Históricamente el Síndrome de Down es la alteración cromosómica más habitual observada en el ser humano, pudiendo considerarse como uno de los síndromes más antiguos relacionados con la discapacidad intelectual. La causa de este síndrome es desconocida y no se ha conseguido establecer ninguna relación, a pesar de su prevalencia (García-Escamilla, 2015).

La mayoría de los casos, aproximadamente un 95%, tienen una predisposición materna. La edad de la madre es un factor muy importante ya que aumenta la incidencia de esta alteración genética a partir de los 45 años.

3.1.3. Clasificación

Existen varios tipos de trisomía que se pueden compendiar en los siguientes: trisomía 21, trisomía en mosaico (mosaicismo) y translocación cromosómica.

Atendiendo a Flórez & Ruiz (2010), podemos decir que la explicación de los distintos tipos de trisomía es la siguiente:

a) Trisomía 21: Todas las células del organismo poseen las tres copias completas del cromosoma 21. Suele deberse al proceso de no disyunción de los cromosomas homólogos en las células germinales en el momento de la meiosis. Es la trisomía más común del Síndrome de Down.

b) Trisomía en mosaico (mosaicismo): La persona presenta dos líneas diferentes dentro de su organismo, una con la trisomía 21 y otra sin ella, debido a una no disyunción durante las primeras divisiones celulares.

c) Translocación cromosómica: Esta trisomía es debida a una translocación no equilibrada entre los cromosomas 14 y 21. Esto conlleva que finalmente existan dos cromosomas 21 (uno del hombre y otro de la mujer) y una tercera parte de otro cromosoma 21 que puede corresponder al óvulo o al espermatozoide.

3.1.4. Características

Es imposible generalizar todas las características, ya que no todas las personas con Síndrome de Down constituyen un grupo homogéneo, a pesar de que sí que tengan algo en común en su desarrollo, y así lo afirma Aierbe (2005) “se produce de manera más lenta con relación al patrón evolutivo de los denominados normales, aunque con algunas particularidades” (p. 131).

Para comprender todos los aspectos que caracterizan el desarrollo de las personas con Síndrome de Down, a continuación se explicarán de manera más detallada cada uno de los ámbitos realizando breves reseñas e incidiendo más en el lenguaje, ya que es el tema que más concierne en este trabajo.

a) Desarrollo cognitivo

Se conocen desde hace tiempo las alteraciones morfológicas del cerebro en las personas con Síndrome de Down, así como las posibles relaciones de estas con la

alteración de la función cerebral que produce la discapacidad intelectual. Una de las características genéticas es consecuencia de la trisomía 21 en sus funciones cerebrales. Aunque, aún hoy, se desconoce qué genes de los triplicados son los implicados en estas alteraciones.

Las personas con SD muestran síntomas con diferente grado e intensidad, pasando desde grados de normalidad hasta grados de severidad. Tienen capacidad de aprendizaje pero presentan cierta inestabilidad más lenta, que en los niños que llevan desarrollo normalizado. Dentro de las características podemos destacar diversos aspectos relacionados con la atención, la memoria y la resolución de problemas, los cuales Gómez & Criado (2012) argumentan de la siguiente manera:

- **Atención**

Se distraen fácilmente, les cuesta prestar atención a centros de interés diferentes, no son constantes a la hora de realizar las tareas y también tienen falta de decisión para iniciar las actividades.

- **Memoria**

La organización de la información la realizan de una manera diferente y más pausada. Predominan más los estímulos visuales que los auditivos. Les cuesta retener información en la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo está caracterizada por dificultades ya que ésta está disminuida. A pesar de esto, las capacidades pueden variar mucho de unos individuos a otros.

- **Resolución de problemas**

Se desenvuelven mejor en problemas que tengan un carácter manipulativo y visual, como anteriormente se ha explicado, y del mismo modo, presentan muchas dificultades en lo referente a la comunicación verbal. Las personas con Síndrome de Down necesitan más tiempo para pasar de un estadio a otro de desarrollo.

b) Desarrollo socioemocional

Tal y como explican Fiuza & Fernández (2013), las personas con Síndrome de Down presentan un desarrollo diferente y enlentecido comparándolo con los patrones normales. En lo concerniente al desarrollo socioemocional, consideran que los individuos afectados por este síndrome presentan una serie de características propias.

Estas características son, entre otras, una carencia de motivación debido a los fracasos repetitivos, frustración, no buscan el éxito, presentan irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, falta de autocontrol, dificultades para tomar decisiones y un atraso en el desarrollo del juego.

Si bien, considero necesario aclarar que todos estos aspectos varían mucho dependiendo del caso individual de cada uno y su grado de discapacidad.

c) Desarrollo del lenguaje

El procesamiento del lenguaje en las personas con Síndrome de Down es menos secuencial y verbal aunque es más simultáneo (Díez-Itza, 2014).

Según Comblain & Théwis (1999) para comprender el desarrollo del lenguaje en un niño con Síndrome de Down es necesario estudiar cada uno de sus componentes: fonológico, léxico-semántico, morfosintáctico y pragmático.

En lo referente al *desarrollo fonológico*, conforme a lo citado por Lambert, Rondal & Sohier (1990) en Comblain & Théwis (1999), se aprecia un retraso aunque la estructura que siguen es la misma que en los niños con desarrollo típico. Algunos fonemas no son capaces de emitirlos ni durante el desarrollo ni posteriormente, debido en la mayoría de ocasiones a su disposición orgánica.

En el caso del *desarrollo léxico-semántico*, del mismo modo se observa que las producciones verbales tardan más en aparecer (Lambert & Rondal, 1980, en Comblain & Théwis, 1999). El vocabulario que poseen es escaso y está estrechamente vinculado con la edad mental que tiene el individuo. Tal y como afirman Chapman & cols. (1991) en Narbona & Fernández (1997): “Se puede hablar de un mayor desarrollo de la comprensión del vocabulario como consecuencia de factores externos y de un menor desarrollo de la comprensión sintáctica a causa de déficit en funciones cognitivas como la memoria a corto plazo” (p. 348). Sin embargo, se afirma que un niño con discapacidad intelectual y un niño con un desarrollo normal que tengan la misma edad mental, poseen el mismo desarrollo léxico-semántico.

Haciendo alusión al *desarrollo morfosintáctico* podemos contemplar que existe también un desarrollo más paulatino, sin embargo, hay una diferencia mucho más significativa si lo comparamos con los componentes del lenguaje explicados anteriormente. En este caso, las producciones y combinaciones realizadas en los enunciados son escasas.

Por último, en lo que concierne al *desarrollo pragmático*, decir que, las personas con Síndrome de Down presentan dificultades en las habilidades pragmáticas, aunque el fundamento no radica en la capacidad para establecer correctamente los turnos del habla ni para la gestión de los mismos, ni organización del tema de conversación (Abbeduto & Rosenberg, 1980, en Comblain & Théwis, 1999). No obstante, según Longhurst (1974) en Comblain & Théwis (1999), sí se puede apreciar una notable carencia en la comunicación referencial.

Se puede enunciar, por tanto, que el niño con Síndrome de Down posee la misma base del lenguaje que un niño con desarrollo típico, aunque en todos los componentes se observa una evolución más lenta y por ello es imprescindible utilizar todos los recursos posibles para estimularles y desarrollar su potencial lo máximo posible (Blanco, 1985).

d) Desarrollo psicomotor

Las personas con Síndrome de Down presentan una serie de características físicas que les diferencia del resto, entre las que destacan: una gran hipotonía generalizada, braquicefalia, ojos almendrados, nariz, orejas y boca pequeñas, macroglosia, pies y manos con un tamaño menor si lo comparamos con los parámetros normales y con surcos y hendiduras, el tamaño de los genitales también se encuentra disminuido y la piel es redundante en la región cervical sobre todo en los primeros meses de vida (Artigas, 2009).

A consecuencia de estos rasgos físicos asociados al síndrome, el desarrollo psicomotor se ve afectado, presentando, dependiendo del grado de afectación, una imprecisión y organización espacio-temporal por debajo de lo normal, dificultad en la motricidad fina, falta de equilibrio y coordinación, estereotipias y dificultad en el control de esfínteres (Fiuza & Fernández, 2013).

3.1.5. Prevalencia

No es posible conocer el número exacto de personas que en España tienen esta discapacidad, ya que no existe ningún censo oficial. Según el último estudio realizado por el INE (Instituto Nacional de Estadística) en el 2008, podemos observar que aproximadamente habría 2754 casos de personas con Síndrome de Down de 6 años o más a nivel nacional, siendo 1737 varones y 1017 mujeres (Federación Española de Síndrome de Down, 2009-2013). En estudios de años anteriores se ha demostrado que los nacimientos de personas con Síndrome de Down han descendido de manera notable.

Teniendo en cuenta también a los menores de 0 a 5 años y los datos generales de la población, la Federación Española de Síndrome de Down (2009-2013) afirma que “en España viven aproximadamente 34.000 personas con Síndrome de Down” (p. 26).

En el libro *Los Logopedas Hablan* (2012) nos podemos encontrar que la incidencia del Síndrome de Down puede oscilar entre 1/660 y el 1/1000, siendo ésta similar en las diversas etnias. Esta incidencia aumenta en función de la edad materna, siendo 1/800 cuando la madre tiene entre 30 y 34 años, 1/270 cuando la edad está entre 35 y 39 años, 1/100 cuando la edad está entre 40 y 44 años y 1/50 cuando la edad es superior a 45 años. Sin embargo sorprende ver que la mayoría de casos de Síndrome de Down nacen en madres menores de 30 años, ya que es la edad en la que más embarazos hay (Gómez & Criado, 2012).

3.1.6. Problemas asociados

La mayoría de las características observadas en las personas con este síndrome persisten durante toda la vida, y además existe una significativa probabilidad de que manifiesten diversos problemas asociados. Algunos, no obstante, no presentan ninguna otra enfermedad asociada a dicho síndrome. Según Cunningham (1995) considera que los problemas asociados (explicados por las partes del cuerpo humano a las que afecta), teniendo en cuenta la clasificación que ha elaborado, serían los siguientes:

- **Cráneo y cara:** Bloqueo de los senos, obstrucción de las vías respiratorias altas a causa de las vegetaciones, amígdalas y lengua hipotónica, respiración bucal, labios y lengua resecos y posibles infecciones, masticación dificultosa, canales auditivos externos y cámaras auditivas de pequeño tamaño causando sordera temporal.
- **Visión:** Estrabismo, falta de coordinación, miopía o hipermetropía, cataratas.
- **Esqueleto:** Ligeras o moderadas obesidades, pies planos, dislocación de cadera, dislocación atlantoaxoidea, piel menos elástica, más dura, seca, áspera y con una circulación de la sangre por ella deficiente y falta de sensibilidad.
- **Aparato digestivo:** Bloqueo del sistema digestivo y enfermedad del intestino grueso denominada “Hirschsprung”.

- **Aparato circulatorio:** Ligero estrechamiento y delgadez de las arterias y menos ramas capilares, defectos cardíacos (el más común es el defecto del canal atrioventricular), leucemia.
- **Envejecimiento:** Alzheimer, epilepsia

Artigas (2009), por su parte, considera de una manera más resumida y también más actual, que los problemas que pueden existir asociados a este síndrome son los referentes a hipersensibilidad a infecciones, defectos de visión, audición deficiente, malformaciones o problemas intestinales, trastornos de tiroides, cardiopatías congénitas, Alzheimer, leucemia y TEL.

3.1.7. Prevención y factores de riesgo

The Neumors Foundation (1995-2015) aclara que en la actualidad, no se sabe con seguridad por qué motivo ocurre el Síndrome de Down y no hay ninguna forma de prevenir el error cromosómico que lo provoca. Por lo tanto, podemos decir que su aparición corresponde al azar, coloquialmente hablando.

Existen una serie de pruebas prenatales que se realizan solamente si existen antecedentes genéticos en la madre, si la edad de esta supera los 35 años o si en algún otro tipo de pruebas se ha obtenido algún riesgo o presencia de Síndrome de Down. En relación con este último, los científicos afirman que las mujeres mayores de 35 años tienen un riesgo significativamente superior de tener un niño que presente este síndrome.

Si el riesgo es alto, se pasa al diagnóstico de certeza a través de una amniocentesis o biopsia de corion. Con esto se obtiene el cariotipo del feto, y ahí se ve si hay alguna alteración cromosómica, en cuyo caso la Legislación Española permite la interrupción voluntaria del embarazo en determinados supuestos. Recientemente se está hablando de unos test que permiten la obtención del cariotipo fetal mediante un análisis de sangre a la madre. No están financiados por la seguridad social, su precio es elevado, y por el momento tampoco podemos afirmar que suplan a los métodos que se han citado anteriormente (Borrel, 2012).

En lo referente a los factores de riesgo, la AAIDD (2010) en Fiuza & Fernández (2013) propone un listado de aquellos que interfieren en la manifestación de una discapacidad intelectual, dependiendo la categoría y el momento de aparición de ese factor de riesgo en la vida del individuo. Este listado lo podemos observar en la *Figura 1*.

Fase	Biomédicos	Sociales	Conductuales	Educativos
Prenatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos cromosómicos. 2. Trastornos asociados a un gen. 3. Síndromes. 4. Trastornos metabólicos. 5. Disgénesis cerebral. 6. Enfermedades maternas. 7. Edad parental. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pobreza. 2. Malnutrición maternal. 3. Violencia doméstica. 4. Falta de acceso a cuidados parentales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de drogas por parte de los padres. 2. Consumo de alcohol por parte de los padres. 3. Consumo de tabaco por parte de los padres. 4. Inmadurez parental. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discapacidad cognitiva de los padres (sin contar con apoyos). 2. Falta de preparación para la maternidad.
Perinatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prematuridad. 2. Lesiones en el momento del nacimiento. 3. Trastornos neonatales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de cuidados parentales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rechazo por parte de los padres a cuidar del hijo. 2. Abandono del hijo por parte de los padres. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de derivación hacia los servicios de intervención tras el alta médica.
Postnatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Traumatismo craneoencefálico. 2. Malnutrición. 3. Meningoencefalitis. 4. Trastornos epilépticos. 5. Trastornos degenerativos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pobre interacción niño-cuidador. 2. Falta de estimulación adecuada. 3. Pobreza familiar. 4. Enfermedad crónica en la familia. 5. Institucionalización. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maltrato y abandono infantil. 2. Violencia doméstica. 3. Medidas de seguridad inadecuadas. 4. Deprivación social. 5. Conductas problemáticas del niño. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deficiencias en la crianza. 2. Diagnóstico tardío. 3. Servicios de atención temprana inadecuados. 4. Servicios educativos especiales inadecuados. 5. Apoyo familiar inadecuado.

Figura 1. Factores de riesgo de la discapacidad intelectual según la AAIDD (2010)

3.2. TRASTORNOS DEL LENGUAJE

3.2.1. ¿Qué son los trastornos del lenguaje?

Antes de comenzar con las definiciones de trastornos del lenguaje, considero conveniente plasmar lo que es el lenguaje de una manera individual aunque generalizada. Como bien justifica Escobar (2003), el lenguaje “es una de las funciones cognitivas que presenta asimetría, es decir, que está lateralizada, lo que significa que el lenguaje se halla en uno de los dos hemisferios cerebrales” (p. 31).

Gracias a estudios realizados en cerebros lesionados localizamos las tres áreas más importantes del lenguaje, que podemos observar en la *Figura 2*: área de Broca (producción), área de Wernicke (comprensión) y área de Conducción (asociación).

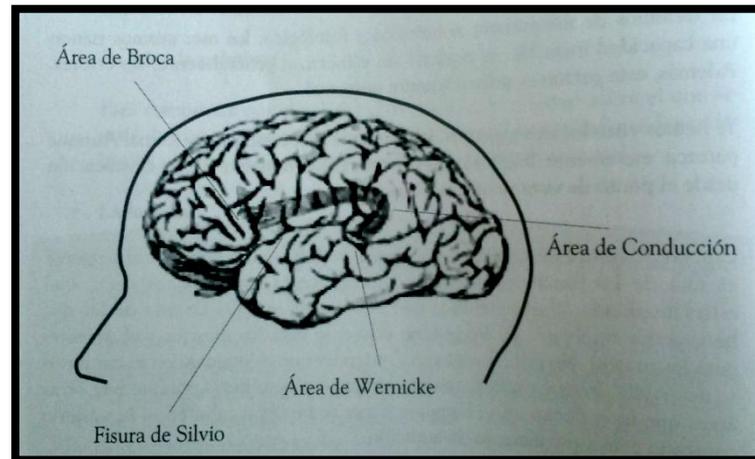


Figura 2. Áreas del lenguaje (Escobar , 2003)

Aclaradas estas nociones pasamos a centrarnos en los trastornos del lenguaje, a través de diferentes definiciones.

Para Bishop (1992) en Santolalla (1999) el trastorno del lenguaje es un “fracaso en el desarrollo normal del lenguaje que no puede explicarse en términos de deficiencia mental o física, de deficiencia auditiva, de trastorno emocional ni de privación ambiental” (p. 153)

Gómez, Royo & Serrano (2009) definen los TEL como “cualquier dificultad, anomalía, perturbación o desviación de la norma que impida o dificulte la comunicación oral y/o escrita del niño, tanto en lo que se refiere a la producción del lenguaje como a la comprensión del mismo”. (p. 391)

3.2.2. Concepto de Disglosia

Enmarcado dentro de los TEL nos encontramos los problemas articulatorios, en los que además de la Disglosia, motivo de estudio en el presente trabajo, también estarían otros como la dislalia o la disartria. Centrándome en el tratamiento de mi caso, se puede definir la Disglosia de diferentes maneras:

Bruno & Sánchez (1993) definen este trastorno como “una dificultad de la producción oral debida a alteraciones anatómicas y/o fisiológicas de los órganos articulatorios y cuya causa es de origen periférico” (p. 173).

Escobar (2003) expone que las Disglosias se consideran “en oposición a las dislalias, ya que su diferencia fundamental radica en el origen del problema; es decir, su manifestación lingüística y su estrategia de evitación puede ser similar, pero lo que las hace distintas es su etiología” (p. 45). Este trastorno siempre tiene su causa en una alteración orgánica y a veces van asociados a otros síndromes o desórdenes generales.

En la revista Innovación y Experiencias Educativas, Díaz (2011) define el término Disglosia como “un trastorno de la articulación de origen no neurológico y provocado por lesiones físicas o malformaciones en los órganos articulatorios periféricos” (p. 2)

Las causas más frecuentes de este trastorno, tal y como lo citan Moreno, Suárez, & Martínez (2003) son “malformaciones congénitas craneofaciales, trastornos del crecimiento y anomalías adquiridas bien por lesiones o bien por intervenciones quirúrgicas” (p. 23).

3.2.3. Clasificación

Atendiendo a la clasificación propuesta por Fiuza & Fernández (2013), existen diversos tipos de Disglosia dependiendo del órgano bucofonatorio que esté afectado. Para poder verlo más claramente lo plasmo en forma de tabla.

Labiales	Labio leporino, frenillo labial, parálisis facial
Palatinas	Fisura palatina, paladar ojival
Linguales	Microglosia o macroglosia, parálisis lingual, frenillo lingual o anquiloglosia
Mandibulares	Atresia mandibular, progenie
Nasales	Rinolalias abiertas o cerradas
Dentales	Forma, disposición, exceso o ausencia

3.2.4. Características

Las personas que presentan un TEL van a encontrarse con dificultades en diferentes ámbitos de su desarrollo, que a continuación se explicarán atendiendo a Wittgenstein (2011):

En el *ámbito cognitivo* se ve afectada la memoria de trabajo, la velocidad en el procesamiento de la información y la falta de desarrollo en las funciones simbólicas abstractas o cálculos aritméticos (Wittgenstein, 2011).

En el *ámbito motor* su desarrollo es correcto (teniendo en cuenta sus limitaciones), exceptuando la de aquellos órganos y articulaciones que están relacionadas con la producción del lenguaje (Wittgenstein, 2011).

En el *ámbito lingüístico* presentan dificultades en todos los ámbitos del lenguaje. Su intención comunicativa es buena, sus dificultades se presentan en cuanto a la lentitud, distorsión, adición, omisión, articulación o mal uso contextual del lenguaje. Esta serie de problemas hacen que sus discursos sean pobres y poco fluidos. Con ello se alteran los componentes fonológicos, morfosintácticos y semánticos (Wittgenstein, 2011).

En el *ámbito social y afectivo-emocional* sus problemas en cuanto a la producción y la comprensión del lenguaje les provoca un retraimiento social. En ocasiones, su manejo de la frustración es bastante deficiente, llevándoles a ciertas conductas disruptivas (Wittgenstein, 2011). Se presentan dificultades a nivel de autocontrol y autorregulación emocional. Debido a sus afectaciones, el autoconcepto y autoestima podrían ser notablemente inferiores, siendo baja también su motivación y su iniciativa a la hora de tomar decisiones.

En el caso específico del trastorno de la articulación que se está trabajando en este documento, muchas de las dificultades anteriores citadas no se dan.

3.2.5. Prevalencia

En este punto cabe destacar que no existen muchos estudios que nos puedan indicar el número de personas que presentan TEL. Estos trastornos son relativamente frecuentes sobre todo en la infancia, y su prevalencia es de 3:1, siendo más frecuente en niños que en niñas. Refiriéndonos a porcentajes, encontramos un 5 y 8% en preescolares y un 4% en escolares (Ártica, 2013).

Más concretamente en Disglosia, trastorno que sufre el caso que he escogido, no he encontrado ningún estudio que cite su prevalencia.

3.2.6. Problemas asociados

Los problemas que pueden asociarse a una Disglosia son por una parte a nivel físico, debido a las cicatrices ocasionadas por intervenciones quirúrgicas. También pueden

aparecer problemas deglutorios, problemas respiratorios y problemas auditivos. Por otra parte pueden aparecer problemas psicológicos dado que el niño en la infancia, puede verse afectado por el aislamiento social produciéndose situaciones de exclusión o marginación por parte de su grupo de iguales. No obstante, puede manifestarse algún tipo de complejo o sentimiento de culpabilidad por ese fallo de fluidez verbal (Mallen, 2009).

3.2.7. Prevención

Si nos referimos a los TEL de manera global sin hacer diferenciaciones, sí podemos encontrar algunos métodos de prevención para mejorar e incluso evitar el desarrollo de estos trastornos en el individuo. Esta prevención se lleva a cabo a través de programas de estimulación oral, en el que se ponen en práctica una serie de pasos a seguir basados en la respiración, la percepción auditiva, el desarrollo de la movilidad y el tono de los órganos articulatorios, entre otros (Sánchez, Sáez, Arteaga, Ruiz de Garibay, Palomar, & Villar, 1996).

Sin embargo, en lo referente a los trastornos articulatorios del habla, en este caso la Disglosia, no encontramos un método de prevención puesto que la causa es una malformación orgánica, en unos casos asociados a síndromes y en otros casos no. Por lo tanto no existen prácticas para prevenirla, pero sí para intervenir y mitigar las dificultades que ocasiona en el individuo.

4. INTERVENCIÓN EN EL AULA

4.1. ESTUDIO DE CASO

4.1.1. Descripción de la usuaria

La intervención se dirige a una usuaria de 18 años de edad, a la que a lo largo del documento denominaremos M.N. Acude a un taller ocupacional dentro del centro. Presenta Síndrome de Down, y en consecuencia, una discapacidad psíquica psíquico moderado, con un trastorno de la comunicación y del lenguaje. Asiste dos días a la semana al aula de Logopedia, con una duración de 30 minutos cada sesión.

4.1.2. Evaluación

El objetivo principal de la intervención gira en torno a facilitar a la usuaria una mejora en sus habilidades comunicativas y en los componentes del lenguaje, aspectos que intervienen en su vida diaria.

Para establecer los propósitos concretos a conseguir con dicha usuaria, es necesario en primer lugar realizar una evaluación. Para ello, he pasado todas las pruebas de pertinentes, y en consonancia, he puesto de manifiesto el informe de evaluación completo que se plasma a continuación:

a) Instrumentos de evaluación utilizados

Para la evaluación de los distintos componentes del lenguaje se han utilizado diversos instrumentos, entre los cuales cito:

- Prueba de Articulación de Fonema con el REGISTRO FONOLÓGICO INDUCIDO de Monfort y Juárez.
- Prueba de Articulación de Fonemas y Estructuración Gramatical con el Test de LAURA BOSCH.
- Test de Vocabulario por Imágenes PEABODY.
- Test de Análisis de la Lectura y la Escritura TALE.
- Exploración de los Órganos Bucofonatorios.
- Prueba de Discriminación Auditiva de Sonidos Ambientales.
- Prueba de Capacidad Respiratoria.

- Prueba de Expresión Espontánea mediante secuencias gráficas.

Debemos tener en cuenta que alguna de estas pruebas de evaluación no son específicas para personas con Discapacidad Intelectual, pero son instrumentos válidos para obtener una información rica, sobre los diferentes componentes del lenguaje y aunque no se haya usado la baremación estricta de las pruebas, sí podemos garantizar datos relevantes en cada uno de los casos.

b) Resultados obtenidos en los diferentes componentes

- **Valoración de los Componentes No Verbales**

A este respecto hay que decir que M.N. tiene una actitud expresiva voluntaria muy adecuada. Su semblante se acomoda perfectamente a las diferentes circunstancias comunicativas, siendo un buen complemento a su discurso oral y facilitando los intercambios verbales con los demás.

Su postura es abierta y se muestra interesada en las tareas que se la proponen, además de ilusionada. Acepta completamente el contacto físico sin sentirse invadida, de hecho la alegría y ese es el premio y el refuerzo que se utiliza cuando realiza las tareas correctamente. En muchas ocasiones es ella misma quien da muestras de cariño, aspecto que se tendrá en cuenta para establecer unos límites. La encanta el contacto social y es muy halagadora.

En la mayoría de ocasiones establece contacto ocular con el interlocutor y permanece con la mirada atenta sin distraerse de la actividad, aunque en varios momentos se muestra ausente sin escuchar lo que la dices, así como distraída en la tarea por estar atenta a lo que ocurre en el entorno, y también con la mirada perdida. Se muestra tremendamente alegre y sonriente cuando se le refuerza después de efectuar de manera correcta una acción.

A lo largo de toda la sesión es muy participativa aunque se cansa con facilidad, reflejando dicho cansancio en comportamientos como los que anteriormente se han explicado y también tocándose el pelo, bostezando y preguntando continuamente “¿eh?” para que la repitas la consigna. A pesar de esto, se pueden realizar muchas tareas seguidas con ella porque disfruta estando en compañía y haciendo ese tipo de cosas.

M.N. es una persona muy impulsiva y esto lo refleja también en su forma de expresarse a través del lenguaje. Muchas veces imita los gestos que el interlocutor realiza. Respeta en

todo momento la distancia interpersonal con el otro y hace que su presencia siempre sea agradable.

- **Valoración de los Componentes Paralingüísticos**

Su volumen y tono de voz son normales en la mayoría de las ocasiones, aunque esporádicamente emite la voz con un volumen ligeramente elevado. El timbre es adecuado a los rasgos típicos de su edad y sexo aunque es nasal y gutural debido a la fisonomía de sus órganos Fonoarticulatorios.

La fluidez de su expresión oral es adecuada. Posee una excelente intencionalidad comunicativa, suele iniciar conversaciones y se comunica mediante oraciones elaboradas.

Se muestra extremadamente cómoda ante cualquier tipo de pregunta, tanto abiertas, como cerradas, ya que para ella resulta muy atrayente establecer conversaciones con las personas, como se ha expuesto en el anterior apartado.

A rasgos generales tiene un nivel atencional regular. Constantemente, excepto en las ocasiones ya explicadas, está centrada en las dinámicas propuestas y no tiene dificultad para participar activamente en el desarrollo de las sesiones, ni siquiera en aquellos momentos previos a la finalización de la sesión.

El tiempo de habla es correcto, sin ser este demasiado breve ni demasiado extenso, si lo comparamos con los parámetros normales. Generalmente no invade a los demás en sus turnos de palabra, ni tampoco interfiere en los mensajes que emiten los otros, a excepción de momentos puntuales.

- **Valoración del Nivel Fonoarticulatorio**

A este respecto decir que M.N., como se ha mencionado en el anterior apartado, presenta un habla gutural y nasal debido a la fisonomía de sus órganos Fonoarticulatorios, lo que provoca que muchos de los fonemas estén distorsionados. Además, presenta múltiples errores articulatorios, en concreto solamente sustituciones y adiciones, el resumen de los cuales es el siguiente:

SUSTITUCIONES	ADICIONES
<p>/EI x E/ = (Pene x Peine)</p> <p>/B x F/ = (Fufanda x Bufanda)</p> <p>/BR x B/ = (Libio x Libro)</p> <p>(Biuja x Bruja)</p> <p>(Cabara x Cabra)</p> <p>/CL x K/ = (Calase x Clase)</p> <p>/CR x K/ = (Kistal x Cristal)</p> <p>/DR x D/ = (Pierda x Piedra)</p> <p>/FL x F/ = (Fecha x Flecha)</p> <p>/FR x F/ = (Fiesa x Fresa)</p> <p>/FR x FL/ = (Fluta x Fruta)</p> <p>/GR x G/ = (Gifo x Grifo)</p> <p>/Ñ x N/ = (Pina x Piña)</p> <p>(Ninio x Niño)</p> <p>/PL x P/ = (Pacha x Plancha)</p> <p>/PR x P/ = (Pieso x Preso)</p> <p>/R x G/ = (Bagco x Barco)</p> <p>(Ágbol x Árbol)</p> <p>(Gratón x Ratón)</p> <p>(Jagra x Jarra)</p> <p>(Mag x Mar)</p>	<p>A (Media) = (Balanco x Blanco)</p> <p>(Cabara x Cabra)</p> <p>(Calase x Clase)</p> <p>(Calavo x Clavo)</p> <p>(Falan x Flan)</p> <p>(Palátano x Plátano)</p> <p>G (Principio) = (Grojo x Rojo)</p> <p>I (Media) = (Libio x Libro)</p> <p>(Biuja x Bruja)</p> <p>(Fiesa x Fresa)</p> <p>(Negrio x Negro)</p> <p>(Pieso x Preso)</p> <p>(Ties x Tres)</p> <p>O (Media) = (Golobo x Globo)</p> <p>R (Media) = (Pierda x Piedra)</p>

<p>(Puegta x Puerta)</p> <p>(Tambog x Tambor)</p> <p>(Togtuga x Tortuga)</p> <p>/R x GU/ = (Maguiposa x Mariposa)</p> <p>/R x L/ = (Tolo x Toro)</p> <p>/RR x GR/ = (Gogro x Gorro)</p> <p>/S x SH/ = (Shiya x Silla)</p> <p>(Shol x Sol)</p> <p>(Casha x Casa)</p> <p>(Eshcoba x Escoba)</p> <p>(Golobosh x Globos)</p> <p>(Maguiposha x Mariposa)</p> <p>(Moshca x Mosca)</p> <p>(Pishtola x Pistola)</p> <p>/S x Z/ = (Zilla x Silla)</p> <p>/TR x T/ = (Estella x Estrella)</p> <p>/TR x T/ = (Ties x Tres)</p> <p>(Ten x Tren)</p>	
--	--

Todos los datos aportados anteriormente, no mejoran sustancialmente en repetición, al contrario, si comete un error y le mandas repetir la palabra, su dicción en ocasiones empeora.

- **Valoración de los Órganos Fonoarticulatorios**

M.N. es una usuaria que realiza una respiración bucal constante. La anatomía labial es irregular, con una macroquelia ligera sobre todo en el labio inferior. La posición inicial en reposo es simétrica y entreabierta, con dificultad en efectuar un correcto sellado. Presenta llagas bastante profundas e infectadas debido a la respiración y a la sialorrea. Su funcionalidad es buena pudiendo realizar prácticamente todos los movimientos propuestos y solo teniendo dificultad a la hora de llevar a cabo lateralizaciones o vibraciones. Atendiendo al tono muscular observamos que puede fruncir los labios pero no empuja con la fuerza suficiente y presenta una ligera hipotonía.

La lengua presenta un tamaño más grande de lo normal o Macroglosia, permaneciendo en situación de reposo posicionada hacia atrás, interpuesta entre las arcadas dentarias, presionándolas lateralmente y sobre la arcada inferior. Al solicitar que la usuaria saque la lengua, vemos que presenta marcas laterales, longitudinales y transversales, aunque no demasiado profundas. En lo que se refiere a movilidad del órgano, el cual presenta una ligera hipotonía, decir que no presenta dificultades para llevar a cabo movimientos. Únicamente es incapaz de realizar la vibración y succión contra el paladar. Todo ello la resta posibilidades a la hora de ejecutar una dicción adecuada, ya que no logra colocar el miembro en el punto correcto de articulación. En conclusión, nos encontramos que M.N. presenta falta de funcionalidad porque la prueba de resistencia tonal, no es superada ante la imposibilidad manifiesta de mantener una fuerza de oposición constante en situación tanto frontal, como lateral.

La evaluación de los músculos buccinadores refleja una hipotonía, y en consonancia, la imposibilidad de inflar ambas mejillas, ni de forma conjunta ni de forma aislada. En la cara interna no posee presencia de marcas. La sensibilidad extrabucal e intrabucal en todas las partes es correcta. En lo referente a músculos maseteros y temporales, mantiene una correcta simetría derecha-izquierda y, aunque del mismo modo presenta hipotonía, sí puede realizar la masticación con ambos lados.

El paladar duro muestra una apariencia ojival, además de ser alto y estrecho. No existe hipertrofia de pliegues palatinos en ninguna posición. El velo del paladar, así mismo, tiene

una caída adecuada, aunque un tamaño ligeramente pequeño. No obstante, deja una visualización directa de la úvula, la cual es muy reducida y corta, si bien se encuentra en una posición dentro de los cánones de la normalidad, al igual que las amígdalas. Por otro lado, dispone de unas encías adecuadas aunque levemente estrechas.

En lo que se refiere a los dientes, decir que no presenta una correcta implantación de ambas arcadas ni adecuadas líneas medias. Posee Diastemas en la mayoría de piezas dentales. A rasgos generales hay ausencia de aproximadamente un diente y varios del maxilar superior están apilados.

En cuanto a la Sialorrea decir que, no es capaz de llevar a cabo un control absoluto de la saliva. Por esta razón y por la respiración bucal que lleva a cabo, se conforman llagas labiales profundas acompañadas de infección.

El Biotipo Facio-Craneal se corresponde con un Retrognático, teniendo el maxilar inferior en ligera retrusión con respecto a los tercios faciales medio y superior.

El Biotipo Facial se corresponde con un Dolicofacial, teniendo un crecimiento vertical de la cara que es larga y estrecha, y presenta debilidad en la musculatura de cierre.

Así mismo al analizar los maxilares, decir que el tipo de mordida es abierta, ya que los dientes de la arcada superior no contactan con los de la inferior. Asimismo el maxilar superior no está por delante del inferior, que sería el modo correcto, sino que es totalmente vertical, coincidiendo unos dientes con los otros.

Por último señalar que en cuanto a la dinámica de la articulación temporomandibular, no existen asimetrías, crepitaciones, hiperexcursiones, hipoexcursiones, y resaltes a nivel condileo de especial relevancia.

- **Valoración de las Funciones Neurovegetativas**

La capacidad respiratoria es regular, pudiendo realizar ejercicios de inspiración nasal y espiración bucal de forma totalmente autónoma y correcta cuando se la da la consigna. Su dinámica habitual se centra en tomar aire en cantidades muy pequeñas únicamente por la cavidad bucal y soltarlo con gran rapidez, costándole bastante acomodarse a una respiración más completa. Debido a esto, el tiempo de apnea es significativamente corto.

La coordinación Fonorespiratoria es bastante correcta y el tipo respiratorio es Costal Superior y Abdominal en algunas ocasiones. La postura que mantiene es erecta, a pesar de observar una pequeña curvatura de la parte superior de la espalda.

El control de la fuerza del soplo es incorrecto, ya que no se adecúa a las diferentes consignas que se le mandan, siendo incapaz de realizar un soplo controlado y suave. Esto es debido a la poca cantidad de aire con la que cuenta en cada inspiración cuando lo realiza de forma autónoma.

La capacidad de succión no se ve alterada, generando una fuerza productiva y presentando un ritmo adecuado.

Como colofón a este apartado, hacemos un inciso para el análisis de las características y funcionalidad de las vías respiratorias altas. A este respecto, podemos señalar que la permeabilidad de ambas narinas en estos momentos es inadecuada, ya que el aire no circula libremente ni por la narina derecha ni por la izquierda, aparentemente a causa de una obstrucción por un exceso de mucosidad.

- **Valoración de la Capacidad Auditiva**

La valoración de la capacidad auditiva, teniendo en cuenta la prueba de Discriminación Auditiva de Sonidos Ambientales, es buena, sin presencia aparente de falta de audición y obteniendo una respuesta dentro de la normalidad, en los diferentes ítems de la prueba.

- **Valoración del Nivel Léxico-Semántico**

Como ya comentaba en las primeras páginas de este informe, hemos de tener en cuenta que la prueba pasada a la usuaria para el análisis de su nivel de vocabulario, no está especialmente diseñada para personas que tengan discapacidad intelectual. De este modo, quiero aclarar que el Test de Vocabulario en Imágenes PEABODY, puede aportar información sobre las categorías de palabras más utilizadas por la persona evaluada, y que el dato de la edad de vocabulario, hay que tomarlo siempre con suma cautela y no como un dato cerrado.

De este modo, y hecho el inciso aclaratorio anterior, diré que la usuaria presenta un vocabulario levemente inferior aunque proporcionado al normal para una persona de su edad. A tenor de las palabras reconocidas en la prueba, podríamos aventurar que el

vocabulario de la usuaria se asemeja al repertorio de una persona vinculada a los 13-14 años de edad.

Los fallos que comete en las diferentes categorías de palabras están prácticamente igualados, sin destacar ninguna de ellas ni tampoco una temática en concreto. No hay demasiada diferencia entre las palabras de uso más o menos frecuente. Estos datos se tendrán en cuenta de cara a la planificación reeducativa.

- **Valoración del Nivel Morfosintático**

M.N. se comunica con frases bastante bien estructuradas, tanto cuando la rutina está muy marcada como en su lenguaje oral espontáneo. La estructura habitual de sus construcciones (dirigidas y espontáneas) suele corresponder a Sujeto + Verbo + Complementos, con lo cual el nivel de transmisión de significado está bastante bien conservado. No obstante, en señaladas ocasiones omite alguno de estos componentes.

Realiza oraciones orales dirigidas del tipo:

/Eshtá shabiendo un café/, siendo la frase estimada /A la señora la sirven un café/.

/Eshtá dibujando en pizagra una shilla /, siendo la frase estimada /La profesora está dibujando una silla en la pizarra/.

Como podemos observar todas estas frases, se encuentran lógicamente colmadas de errores articulatorios, pero sobre lo que se debe incidir es sobre la base estructural de su gramática.

A nivel escrito diremos que no es capaz de expresarse con claridad y concreción, teniendo una estructuración gramatical irregular, tanto en su vertiente espontánea como dirigida.

- **Valoración del Nivel Lectoescritor**

Con respecto a la COMPETENCIA LECTORA decir que no comete errores a la hora de identificar de forma autónoma grafemas en mayúsculas y minúsculas, ya que el único error que comete es decir H en lugar de CH. Tiene un ritmo normal tirando a lento y se para cada vez que completa una línea o una columna.

A la hora de leer sílabas trata de regularizarlas prácticamente por completo y podrían vincularse a fallos disléxicos. Los fallos que comete leyendo son fallos de inversión de letras, como por ejemplo /PAL/ donde en realidad pone /PLA/, /DE/ en lugar de /ED/ y así sucesivamente. Además, como es obvio, en la lectura plasma todos los errores articulatorios que posee.

En lo que se refiere a la prueba de palabras conocidas y pseudopalabras, vemos que su ritmo de lectura no cambia aunque se cansa con más facilidad.

Ante la lectura de textos, la lleva a cabo de un modo silabeado y más lento de lo habitual. Es incapaz de realizar una lectura interior, ya que se pierde constantemente, tarda en exceso a pesar de que el texto se corto, y susurra de modo continuado a pesar de darla la consigna para que realice una lectura silenciosa. Asimismo, al concluir la lectura se puede observar que la comprensión del texto es nula, puesto que no coincide ninguna de las respuestas que proporciona con las pertinentes.

Con respecto a la COMPETENCIA ESCRITORA diremos que M.N. es capaz de realizar la copia de sílabas y palabras, con mucha lentitud, con unos mínimos de regularidad y en ocasiones con fallos en la distinción entre mayúsculas y minúsculas. En lo que se refiere a la transcripción de frases, la copia que realiza no coincide con el texto original ni tampoco la completa. Tiende a realizar una sucesión de letras una al lado de la otra, sin tener en cuenta la correcta separación de los vocablos y dando como resultado un conjunto de grafías ilegibles.

Debido a estos motivos no se la realizó el dictado correspondiente, pero sí se la propuso elaborar una redacción libre. En este caso, todos los fallos y aspectos analizados antes empeoran exageradamente, haciendo del texto algo totalmente indescifrable, ya que escribe en columna y une todas las palabras agrupándolas en un bloque.

El lápiz lo sostiene correctamente aunque aprieta demasiado al escribir. No tiene que borrar prácticamente nunca, y en la lectura espontánea escribe del mismo modo que pronuncia.

Un aspecto muy relevante es la mala postura que mantiene tanto en lectura como en escritura, ya que está completamente pegada al papel.

c) Conclusiones para elaborar la intervención

A tenor de lo expuesto anteriormente concluyo que M.N. presenta una Dislalia funcional o Disglosia Lingual. Tiene déficits reseñables a nivel respiratorio y orgánico, así como a nivel morfosintáctico. Por todo ello, considero que requiere un apoyo logopédico, puesto que las alteraciones que refiere en los componentes descritos del lenguaje oral, son relevantes y pueden influir en sus relaciones sociales. Para ello, en la Programación Individualizada se establecen los objetivos a conseguir con esta usuaria.

4.1.3. Programación individualizada

a) Objetivos planteados para la reeducación logopédica

- **Objetivos generales**

- Potenciar, mediante dinámicas de conversación espontánea, la creación de oraciones elaboradas y correctamente estructuradas gramaticalmente, trabajando de una forma paralela, en los diferentes entornos en los que se desarrolla la vida de la usuaria y tendiendo así a emisiones adecuadas y socialmente correctas.
- Desarrollar mediante diferentes actividades la adquisición de una correcta y eficaz lectoescritura. Todo sin olvidar la higiene postural.
- Enseñar a la usuaria la correcta posición de los órganos en todos aquellos fonemas que tiene alterados /B – Ñ – R – RR - S/ y los grupos consonánticos vinculados a sílabas trabadas /BR – CL – CR – DR – FL – FR – GR – PR - TR/. Todo sin olvidar las construcciones en que está implicado el Diptongo /EI/, que M.N. pronuncia de un modo disgregado. De todos modos, se tendrá en cuenta que muchos de estos fonemas no podrá adquirirlos debido a su estructuración orgánica.
- Fomentar el uso de praxias bucofonatorias más correctas y efectivas, como medida de dinamización de todas las estructuras implicadas en el lenguaje oral. Sería interesante incidir sobre todo a nivel Lingual, Masetero y Buccinador (para fomentar un tono más equilibrado).

- Enseñar a la usuaria técnicas de respiración adecuadas, acomodando progresivamente su tipo respiratorio Costal-superior y Abdominal, a una respiración profunda y Diafragmática. De este modo trataremos de que su coordinación neumofonoarticulatoria vaya mejorando con el tiempo y el trabajo, tanto a nivel de respiración en general, como en respiraciones vinculadas a la fonación. Se incidirá sobre todo en un mayor uso de la vía nasal dentro del proceso inspiratorio debido las llagas labiales que presenta.
- Promover una higiene bucal diaria para concluir con las llagas y la infección, así como una higiene nasal adecuada y rutinaria para desobstruir las vías aéreas altas y obtener así una respiración efectiva.
- Tratar de generalizar estos aprendizajes a su expresión espontánea, como medio para la mejora de su integración social.

- **Objetivos específicos o procedimentales**

- Incidir en el trabajo de la creación de oraciones elaboradas y correctamente estructuradas gramaticalmente, como medio para que M.N. adquiriera las herramientas adecuadas para hacer un uso más correcto de su lenguaje oral y escrito.
- Potenciar mediante diferentes actividades una correcta lectoescritura y una adecuada higiene postural.
- Promover un mayor conocimiento y una progresiva interiorización de los puntos de articulación, de los fonemas /B – Ñ – R – RR - S/, de las sílabas trabadas /BR – CL – CR – DR – FL – FR – GR – PR - TR /y de los diptongos /EI/.
- Desarrollar rutinas prácticas que ayuden a M.N. a una movilidad efectiva de sus órganos de fonación.
- Desarrollar rutinas respiratorias que ayuden a M.N. a una movilidad efectiva de su caja torácica, incidiendo sobre todo en un mayor uso de la vía nasal, para así obtener una mayor relajación, una respiración correcta y efectiva, la desaparición de las llagas labiales y un aumento de la autonomía a la hora de hablar.

- Desarrollar rutinas de higiene bucal y nasal que ayuden a la usuaria, por un lado, a conseguir una correcta permeabilidad de las vías aéreas altas, para de esta forma realizar una respiración efectiva, y por otro lado, a concluir con las llagas labiales.
- Animar a que M.N. utilice las estrategias aprendidas, en todos los entornos de su vida cotidiana, tanto dentro como fuera del Servicio de Logopedia.

- **Objetivos actitudinales**

- Facilitar a M.N. el reconocimiento y valoración del lenguaje oral, como instrumento para comunicar los sentimientos, ideas e intereses propios y conocer los de los otros.
- Establecer un hábito de Corrección Morfosintáctica en M.N., que la dote de mayores parámetros de funcionalidad e independencia.
- Motivar a M.N. para que generalice las movilizaciones y puntos de articulación, llevadas a cabo en el Servicio de Logopedia, al resto de entornos en los que se desarrolla su rutina diaria.
- Concienciar a la usuaria de la importancia de llevar a cabo una higiene nasal y bucal diaria para que de esta forma lo ponga en práctica en su vida diaria.
- Suscitar a M.N. a que se habitúe a desarrollar técnicas de respiración adecuadas de manera rutinaria.

b) Plan de actividades: Actividades para trabajar los objetivos

- Potenciar, mediante dinámicas de conversación espontánea, la creación de oraciones elaboradas y correctamente estructuradas gramaticalmente, trabajando de una forma paralela, en los diferentes entornos en los que se desarrolla la vida de la usuaria y tendiendo así a emisiones adecuadas y socialmente correctas.
 - Dinámicas de aprendizaje tendentes a la realización de estructuras gramaticales más acertadas en el lenguaje oral, dirigido y espontáneo.
 - EJEMPLOS DE ACTIVIDADES: Dinámicas de Rol Playing, Teatrillos y conversaciones espontáneas para trabajar la estructuración de las oraciones,

- imágenes en las que realice frases sobre lo que está pasando, fichas en las que ordene los elementos...
- MATERIALES NECESARIOS: Las personas presentes en la sesión, fichas diseñadas a tal efecto por la profesional responsable del servicio y la conversación espontánea entre todos.
- Enseñar a la usuaria la correcta posición de los órganos en todos aquellos fonemas que tiene alterados /B – Ñ – R – RR - S/ y los grupos consonánticos vinculados a sílabas trabadas /BR – CL – CR – DR – FL – FR – GR – PR - TR/. Todo sin olvidar las construcciones en que está implicado el Diptongo /EI/, que M.N. pronuncia de un modo disgregado. De todos modos, se tendrá en cuenta que muchos de estos fonemas no podrá adquirirlos debido a su estructuración orgánica.
 - Dinámicas de aprendizaje imitativo tendentes a la colocación adecuada de todos los órganos bucofonatorios implicados en la articulación de los fonemas alterados /B – Ñ – R – RR - S/ y los grupos consonánticos vinculados a sílabas trabadas /BR – CL – CR – DR – FL – FR – GR – PR – TR/. Todo sin olvidar las construcciones en que está implicado el Diptongo /EI/.
 - EJEMPLOS DE ACTIVIDADES: Bingo, Dados, Ocas, Puzzles de praxias, Textos orales sencillos para fomentar cada uno de los movimientos, fichas diseñadas, imágenes,....
 - MATERIALES NECESARIOS: Bingo, Oca, Puzzle y demás materiales elaborados por la titular del Servicio de Logopedia para el trabajo pormenorizado de todas las praxias bucofonatorias, además del espejo.
 - Fomentar el uso de praxias bucofonatorias más correctas y efectivas, como medida de dinamización de todas las estructuras implicadas en el lenguaje oral. Sería interesante incidir sobre todo a nivel Lingual, Masetero y Buccinador (para fomentar un tono más equilibrado).
 - Dinámicas de aprendizaje imitativo tendentes a la movilización adecuada de todos los órganos bucofonatorios implicados en el habla.

- Dinámicas de desarrollo de la musculatura facial.
 - EJEMPLOS DE ACTIVIDADES: Terapia Miofuncional, Bingo, Dados, Ocas, Puzzles de praxias, cuentos, parchís....
 - MATERIALES NECESARIOS: Guantes, crema, masajeador, Bingo, Oca, Puzzle, cuentos, parchís y demás materiales elaborados por la titular del Servicio de Logopedia para el trabajo pormenorizado de todas las praxias bucofonatorias, además del espejo.
- Enseñar a la usuaria técnicas de respiración adecuadas, acomodando progresivamente su tipo respiratorio Costal-superior y Abdominal, a una respiración profunda y Diafragmática. De este modo trataremos de que su coordinación neumofonoarticulatoria vaya mejorando con el tiempo y el trabajo, tanto a nivel de respiración en general, como en respiraciones vinculadas a la fonación. Se incidirá sobre todo en un mayor uso de la vía nasal dentro del proceso inspiratorio debido las llagas labiales que presenta.
 - Dinámicas de aprendizaje imitativo tendentes a una correcta rutina respiratoria, manteniendo la efectividad y promoviendo un tipo respiratorio completo donde se implique la movilización del diafragma como órganos de fonación.
 - Dinámicas de aprendizaje imitativo, donde se tratará de hacer consciente a M.N. cuál es el ritmo más adecuado para un habla regular y ordenada, sin olvidar el trabajo sobre la estructuración de la oración.
 - EJEMPLOS DE ACTIVIDADES: Tirar los bolos empujando bolitas de papel con una pajita, echar colonia en las manos y olerla, apagar la vela con y sin pajita, hacer burbujas en un vaso con líquido y pajita, hacer dibujos abstractos echando pintura líquida en un folio y soplando para esparcirla, cazar moscas con un matasuegras, ruleta de acciones, Fichas de Respiración y Soplo...
 - MATERIALES NECESARIOS: Diferentes materiales de soplo (bolos y bolitas de papel, colonia, velas, pajitas y vaso con líquido, pompero, silbato, globos, folios y pintura líquida, vaso-guante, matasuegras, velcro, cartulina...) y fichas diseñadas a tal efecto por la responsable del Servicio de Logopedia.

- Promover una higiene bucal diaria para concluir con las llagas y la infección, así como una higiene nasal adecuada y rutinaria para desobstruir las vías aéreas altas y obtener así una respiración efectiva.
 - Dinámicas de aprendizaje tendentes a una correcta rutina higiénica de las vías respiratorias y la boca.
 - Dinámicas de aprendizaje donde se tratará de hacer consciente a M.N. de la necesidad de mantener las narinas totalmente limpias para realizar una correcta respiración.
 - EJEMPLOS DE ACTIVIDADES: Al comienzo de cada sesión, se la introducirá una pequeña cantidad de agua de mar en ambas narinas para que posteriormente se suene con los pañuelos. Se la limpiará también el plano labial con la ayuda de agua y gasas.
 - MATERIALES NECESARIOS: Agua de mar, agua, gasas, pañuelos y líquido desinfectante.

- Tratar de generalizar estos aprendizajes a su expresión espontánea, como medio para la mejora de su integración social.
 - Dinámicas de puesta en práctica de todos los contenidos trabajados en el Aula de Logopedia, utilizando como medio dinamizante la coordinación entre todos los profesionales que trabajamos con M.N. a diario.
 - EJEMPLOS DE ACTIVIDADES: Supervisión del comportamiento lingüístico de M.N. en los diferentes entornos escolares.
 - MATERIALES NECESARIOS: Las personas presentes en la sesión y en el entorno en el que se desarrolla la vida de la usuaria, y la conversación espontánea entre todos.

4.1.4. Descripción de la intervención

La intervención tiene una duración de 3 semanas y un total de 6 sesiones. Para llevarla a cabo, he recogido diferentes ideas didácticas de páginas web y de elaboración propia, que aparecerán citadas en cada una de las actividades. He elaborado el desarrollo de las sesiones, a modo de guión, que incluye el objetivo u objetivos que se van a trabajar en

esa sesión, los materiales necesarios, el desarrollo de la actividad y por último un apartado de observaciones y conclusiones (si las hubiese).

* *NOTA:* Antes de dar comienzo cada sesión, se realizará la higiene nasal y bucal (mediante agua de mar, pañuelos, gasas, vaselina...), ya que es uno de los contenidos a trabajar con la usuaria y debe volverse rutinario.

- **Sesión 1**

- **Objetivo:** Potenciar, mediante dinámicas de conversación espontánea, la creación de oraciones elaboradas y correctamente estructuradas gramaticalmente, trabajando de una forma paralela, en los diferentes entornos en los que se desarrolla la vida de la usuaria y tendiendo así a emisiones adecuadas y socialmente correctas.
- **Materiales:** “Las frases locas”. Tablero de dibujos con diferentes símbolos y cartas de símbolos (Suárez, 2014).
- **Desarrollo:** Se irán sacando diferentes cartas y se verá a qué dibujo del tablero corresponden. Cuando encuentre la imagen a la que corresponde ese símbolo, nombrará el objeto y realizará una frase de forma oral que contenga esa palabra. Será guiada en todo momento, si fuese necesario. Jugarán la profesora y la usuaria juntas, estableciendo un turno para cada una.
- **Observaciones y conclusiones:**

- **Sesión 2**

- **Objetivos:** Desarrollar mediante diferentes actividades la adquisición de una correcta y eficaz lectoescritura. Todo sin olvidar la higiene postural.
- **Materiales:** “Ruletas para escritura creativa”. Tres ruletas unidas con un broche latonado. Los elementos se colocan en las ruletas pegados con velcro para poder modificarlos (Suárez, 2014).
- **Desarrollo:** Se giran las ruletas, cada una de ellas indica una cosa. La verde indica el personaje, la rosa el lugar y la amarilla la acción. Lo girará hasta elegir la combinación deseada y realizará una frase por escrito que después leerá. Después seguirá creando más combinaciones.
- **Observaciones y conclusiones**

- **Sesión 3**

- **Objetivos:** Enseñar a la usuaria la correcta posición de los órganos en el fonema /B/ que tiene alterado.
- **Materiales:** Tarjeta para trabajar las dislalias y fichas de cómo trabajar el fonema /B/ y de imágenes de animales que contengan ese fonema. Careta de oveja (Aragón, 2015).
- **Desarrollo:** Se la enseñará a la usuaria frente al espejo o simplemente delante de ella la correcta posición de los órganos para pronunciar el fonema /B/. Para motivar, tanto la profesora como la usuaria se pondrán una careta de oveja (sin que tape la boca). Después se realizará un memory de animales que contengan ese fonema para pronunciarlo y reforzarlo.
- **Observaciones y conclusiones:**

- **Sesión 4**

- **Objetivos:** Fomentar el uso de praxias bucofonatorias más correctas y efectivas, como medida de dinamización de todas las estructuras implicadas en el lenguaje oral. Sería interesante incidir sobre todo a nivel Lingual, Masetero y Buccinador (para fomentar un tono más equilibrado).
- **Materiales:** Guantes, crema, masajeador y cepillo de dientes para la terapia miofuncional. Cuento “Un sueño muy extraño” para las praxias bucofonatorias (Suárez, 2014).
- **Desarrollo:** Se realizará terapia miofuncional. Posteriormente se realizarán praxias bucofonatorias con el cuento y también se leerá entre las dos.
- **Observaciones y conclusiones:**

- **Sesión 5**

- **Objetivos:** Enseñar a la usuaria técnicas de respiración adecuadas, acomodando progresivamente su tipo respiratorio Costal-superior y Abdominal, a una respiración profunda y Diafragmática. De este modo trataremos de que su coordinación neumofonoarticulatoria vaya mejorando con el tiempo y el trabajo, tanto a nivel de respiración en general, como en respiraciones vinculadas a la fonación. Se incidirá sobre todo en un mayor uso de la vía nasal dentro del proceso inspiratorio debido las llagas labiales que presenta.

- **Materiales:** Matasuegras, velcro, cartulina. Folios (María, 2012).
 - **Desarrollo:** En la primera parte de la sesión se la explicará cómo se realiza correctamente la respiración. Después jugaremos a matar moscas con el matasuegras. Posteriormente cambiaremos de juego y jugaremos a tirar los bolos con unas bolitas de papel y a través de nuestro aire inspirado.
 - **Observaciones y conclusiones:**
- **Sesión 6**
 - **Objetivos:** Repasar los contenidos trabajados hasta el momento
 - **Materiales:** Oca, fichas y dado (Aragón, 2015).
 - **Desarrollo:** Se realizará una oca cuyas casillas incluyan las diferentes actividades que se han realizado hasta el momento. La alumna tirará el dado y se llevará a cabo lo que marque la casilla en la que haya caído.
 - **Observaciones y conclusiones:**

Por otra parte, todos los materiales han sido elaborados físicamente (*Anexo I*) y todas las actividades se han puesto en práctica.

Me gustaría realizar un inciso, y es que, debido a que la intervención tiene una duración de 3 semanas, no se han seleccionado todos los objetivos mencionados en el apartado previo, puesto que la Programación Individualizada está estimada para un curso completo, como mínimo.

4.1.5. Agentes implicados y funciones

El planteamiento de la intervención con esta usuaria adquiere un carácter notablemente colaborativo, ya que se trata de intervenir en todas las áreas de desarrollo de la usuaria, no únicamente en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje. Por lo tanto, están implicados los diferentes profesionales del centro: maestra de Audición y Lenguaje, responsable/s del taller ocupacional al que acude, Psicóloga, Fisioterapeuta, etc.

4.1.6. Resultados

Al finalizar las sesiones de intervención, se contrastaron los avances con los objetivos previos que se habían propuesto y seleccionado. Tras la comparación, pude concluir con que no se había logrado una íntegra recuperación de los aspectos alterados. Si bien, se percibía una notable mejoría en varios propósitos.

Algunos de ellos se adquirieron, en la medida de lo posible, a pesar del poco tiempo del que disponía. Otros, como la adquisición de fonemas, resultaron casi imposibles debido a su estructuración orgánica, como ya se había premeditado en el informe de evaluación.

Quizá, una de los objetivos que pueden resultar más difíciles de abordar, es extrapolar todos los contenidos trabajados en el aula de Logopedia a su vida diaria. En múltiples ocasiones realizaba las actividades correctamente mientras la guiabas, y sin embargo su práctica habitual no cambiaba.

4.1.7. Propuestas de intervención

Teniendo en cuenta, como he aclarado anteriormente, que la intervención puesta en práctica tiene una duración de 3 semanas, elaboré otros materiales a modo de propuesta de continuación de la intervención para otras 3 semanas y, por consiguiente, para otras 6 sesiones, en el caso de que se hubiese podido seguir con el tratamiento de la usuaria. Para ello, al igual que en lo explicado con anterioridad, plasmo el desarrollo de las sesiones.

- **Sesión 1**

- **Objetivos:** Enseñar a la usuaria técnicas de respiración adecuadas, acomodando progresivamente su tipo respiratorio Costal-superior y Abdominal, a una respiración profunda y Diafragmática. De este modo trataremos de que su coordinación neumofonoarticulatoria vaya mejorando con el tiempo y el trabajo, tanto a nivel de respiración en general, como en respiraciones vinculadas a la fonación. Se incidirá sobretodo en un mayor uso de la vía nasal dentro del proceso inspiratorio debido las llagas labiales que presenta.
- **Materiales:** Colonia, folios, pintura líquida de colores (María, 2012).
- **Desarrollo:** Al comienzo de la sesión se le enseñara a la usuaria cuál es la forma correcta de realizar la respiración. Después, para que sea más fácil que lo entienda, nos echaremos colonia en las manos y la oleremos, ya que para ello es necesario coger el aire por la nariz, que es lo que se pretende. Posteriormente, en un folio se verterá pintura líquida de diferentes colores y deberá soplar para conseguir la combinación o las formas abstractas que desee.
- **Observaciones y conclusiones:**

- **Sesión 2**

- **Objetivos:** Fomentar el uso de praxias bucofonatorias más correctas y efectivas, como medida de dinamización de todas las estructuras implicadas en el lenguaje oral. Sería interesante incidir sobre todo a nivel Lingual, Masetero y Buccinador (para fomentar un tono más equilibrado).
- **Materiales:** Guantes, crema, masajeador y cepillo de dientes para la terapia miofuncional. Cuento “Los animales de la granja” para trabajar las praxias (Santos, 2014).
- **Desarrollo:** Al comienzo de la sesión se llevará a cabo la terapia miofuncional. Después, la profesora leerá el cuento y juntos realizarán las praxias que vayan apareciendo.
- **Observaciones y conclusiones:**

- **Sesión 3**

- **Objetivos:** Potenciar, mediante dinámicas de conversación espontánea, la creación de oraciones elaboradas y correctamente estructuradas gramaticalmente, trabajando de una forma paralela, en los diferentes entornos en los que se desarrolla la vida de la usuaria y tendiendo así a emisiones adecuadas y socialmente correctas.
- **Materiales:** PowerPoint de frases elaboradas mediante pictogramas (Aragón, 2015).
- **Desarrollo:** Se le pondrá el PowerPoint y se irán elaborando las frases a partir de los pictogramas que vayan apareciendo (de menor a mayor dificultad) de manera conjunta, a modo de acercamiento a este contenido, para que en posteriores sesiones sea él quien coloque los pictogramas.
- **Observaciones y conclusiones:**

- **Sesión 4**

- **Objetivos:** Desarrollar mediante diferentes actividades la adquisición de una correcta y eficaz lectoescritura. Todo sin olvidar la higiene postural.
- **Materiales:** Juego “Lectron. Enciclopedia 2” de relacionar la palabra con el dibujo correspondiente para que se encienda la luz.
- **Desarrollo:** Debido a que el usuario no tiene lectoescritura, la profesora le leerá la palabra y él deberá buscar la imagen a la que corresponde para

conseguir que se encienda la luz. Las palabras que no sepa se le dirán para que de esta forma lo vaya aprendiendo. Este juego contiene diferentes temáticas para ir ampliando vocabulario poco a poco.

- **Observaciones y conclusiones:**

- **Sesión 5**

- **Objetivos:** Enseñar a la usuaria la correcta posición de los órganos en el fonema /L/, ya que tiene dificultad en las trabadas y este refuerzo es necesario.

- **Materiales:** Tarjeta para trabajar las dislalias y fichas de cómo trabajar el fonema /L/ y de imágenes que contengan ese fonema. Careta de león (Aragón, 2015).

- **Desarrollo:** Se le enseñará a la usuaria frente al espejo o simplemente delante de ella la correcta posición de los órganos para pronunciar el fonema /L/. Para motivar, tanto la profesora como la usuaria se pondrán una careta de león (sin que tape la boca). Después se realizará un memory de objetos que contengan ese fonema para pronunciarlo y reforzarlo.

- **Observaciones y conclusiones:**

- **Sesión 6**

- **Objetivos:** Enseñar a la usuaria la correcta posición de los órganos en el grupo consonántico que tiene alterado vinculado a las sílabas trabadas que contienen /L/.

- **Materiales:** Bingo de sinfonos y gusanitos (o similar) (Aragón, 2015).

- **Desarrollo:** Al comienzo de la sesión se la mostrará la correcta dicción de los sinfonos que contienen /L/. Una vez hecho esto, la profesora y ella jugarán juntas al bingo y cada vez que salga una imagen deberá pronunciarla.

- **Observaciones y conclusiones:**

Los materiales del mismo modo han sido elaborados físicamente aunque en este caso no han sido puestos en práctica. Se pueden visualizar en el *Anexo II*.

5. CONCLUSIÓN Y REFLEXIÓN FINAL

La puesta en práctica de esta intervención me conduce a elaborar cuatro conclusiones fundamentales:

- ❖ A pesar de que al realizar todos los informes necesarios para llevar a cabo la puesta en práctica de la intervención programes los objetivos y actividades, cuando emprendes todos ellos percibes que es inverosímil que todo sea tan rígido como lo habías planificado y, que el tiempo es dispar si lo confrontas con el concebido. Te percatas de que tiene que ser un proceso mucho más paulatino y que la rehabilitación de un usuario o alumno requiere de un esfuerzo colosal.
- ❖ La usuaria tiene una predisposición extraordinaria y trabajar con ella se convierte en una tarea muy sencilla. Por ello, en mi caso no ha rechazado ningún material propuesta ni ninguna actividad. No obstante, en determinadas ocasiones aparecieron indicios ínfimos de apatía hacia la tarea sugerida, lo que me hizo reflexionar personalmente acerca de la importancia de la improvisación, no para este caso, porque afortunadamente no ha ocurrido, pero sí como futura maestra de Audición y Lenguaje.
- ❖ Otra de las conclusiones obtenidas es la importancia de realizar actividades dinámicas y no tan mecánicas, así como la utilización de las TIC. La razón es, que de este modo, puedes crear y adaptar los materiales a las singularidades personales de cada uno de los alumnos y usuarios, y por ende, tendrías su motivación ganada. En mi caso, no he utilizado materiales TIC y he preferido materiales más manipulables, ya que se adecúan más a las características de la usuaria.
- ❖ Como colofón, me parece descomunalmente primordial conocer a fondo a nuestros alumnos/usuarios, y mostrarse cercano en todo momento. Estos dos fundamentos te permitirán establecer un vínculo de confianza profesor-alumno determinante para el correcto funcionamiento del tratamiento. Además, será mucho más sencillo confeccionar actividades y elegir los obsequios más adecuados cuando realicen una tarea correctamente.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aierbe, A. (2005). *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Málaga: Aljibe.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Médica Panamericana.
- Aragón, G. d. (2015). *ARASAAC*. Recuperado el 8 de Junio de 2015, de <http://catedu.es/arasaac/>
- Ártica, E. (2013). *Cómo detectar un trastorno específico del lenguaje en el aula*. Recuperado el 6 de Junio de 2015, de <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8268/ELISABET%20ARTICA%20VERGARA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Artigas, M. (2009). *Síndrome de Down (Trisomía 21)*. Recuperado el 4 de Junio de 2015, de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6-down.pdf>
- Blanco, E. (1985). Reeducción precoz del lenguaje en niños con Síndrome de Down. En M. Monfort, *Los trastornos de la comunicación en el niño. I Simposio de logopedia* (págs. 161-171). Madrid: CEPE.
- Borrel, J. M. (2012). *DownEspaña*. Recuperado el 5 de Junio de 2015, de <http://www.sindromedown.net/foros/>
- Bruno, C., & Sánchez, M. (1993). Disglosias. En J. Peña-Casanova, *Manual de logopedia* (págs. 173-179). Barcelona: Masson.
- Comblain, A., & Théwis, B. (1999). Desarrollo del lenguaje en casos de retraso mental debidos a trisomía 21. En M. Puyuelo, *Casos clínicos en logopedia 2* (págs. 1-52). Barcelona: Masson.
- Cunningham, C. (1995). *El Síndrome de Down. Una introducción para padres*. Barcelona: Paidós.
- Díaz, A. (2011). Dificultades en la adquisición del lenguaje. *Investigación y experiencias educativas*, 39, 2.

Díez-Itza, E. (2014). Lingüística clínica de las discapacidades intelectuales. Síndrome de Williams, síndrome de Down y síndrome X-Frágil. En M. F. Pérez, *Lingüística y déficit comunicativos* (págs. 231-264). Madrid: Síntesis.

Escobar, R. (2003). *Logopedia. Diagnóstico y tratamiento de las dificultades del lenguaje*. Vigo: IdeasPropias.

Federación Española de Síndrome de Down. (2009-2013). *II Plan de acción para personas con Síndrome de Down en España*. Recuperado el 5 de Junio de 2015, de <http://www.edsa.eu/files/presentations/II%20Plan%20de%20Accion.pdf>

Fiuza, M. J., & Fernández, M. P. (2013). *Dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo. Manual didáctico*. Madrid: Pirámide.

Flórez, J. (2011). *Portal downcantabria*. Recuperado el 3 de Junio de 2015, de <http://www.downcantabria.com/cursobasico/materialcurso/010100.pdf>

Flórez, J., & Ruiz, E. (2010). *Capítulo II. Síndrome de Down*. Recuperado el 4 de Junio de 2015, de http://www.feaps.org/biblioteca/sindromes_y_apoyos/capitulo02.pdf

García-Escamilla, S. (2015). *Fundación John Langdon Down A.C.* Recuperado el 3 de Junio de 2015, de http://www.fjldown.org.mx/quienes_somos/presidente_fundadora/

Gómez, J., Royo, P., & Serrano, C. (2009). *Fundamentos psicopedagógicos de la atención a la diversidad*. Alcalá de Henares: E.U. Cardenal Cisneros.

Gómez, M. d., & Criado, F. J. (2012). Aspectos prácticos de la intervención logopédica en personas con síndrome de Down. En R. B. Santiago, N. Jimeno, & N. García, *Los logopedas hablan* (págs. 99-123). Valencia: NauLlires.

Mallen, D. (2009). *Trastornos del habla secundarios a un déficit instrumental*. Recuperado el 6 de Junio de 2015, de <http://www.aficaval.com/documentos/disglosiapalatina.pdf>

María. (2012). *Apoyo online al lenguaje*. Recuperado el 8 de Junio de 2015, de <http://apoyoonlineallenguaje.blogspot.com.es/>

Martínez, S. (2011). *El Síndrome de Down*. Madrid: CSIC.

Moreno, J. M., Suárez, Á., & Martínez, J. d. (2003). *Trastornos del habla. Estudio de casos*. Madrid: EOS.

Narbona, J., & Fernández, S. (1997). Bases neurobiológicas del desarrollo del lenguaje. En J. Narbona, & C. Chevré-Muller, *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos* (págs. 3-28). Barcelona: Masson.

Sánchez, E., Sáez, M. T., Arteaga, G., Ruiz de Garibay, B., Palomar, A., & Villar, M. P. (1996). *Estimulación del lenguaje oral en Educación Infantil*. Recuperado el 6 de Junio de 2015, de http://www.habe.euskadi.eus/s23-4728/es/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_neespeci/adjuntos/18_nee_110/110002c_Doc_EJ_estimulacion_leng_oral_inf_c.pdf

Santolalla, M. (1999). Trastornos del desarrollo del lenguaje. En M. Puyuelo, *Casos clínicos en logopedia 2* (págs. 153-208). Barcelona: Masson.

Santos, R. G. (2014). *CEIP Profesor Rafael Gómez Santos*. Recuperado el 8 de Junio de 2015, de <http://www.profesorrafaelgomez santos.es/inicio/oferta-educativa/logopedia/147-praxias-narraciones-breves-para-hablar-leer-y-hacer.html>

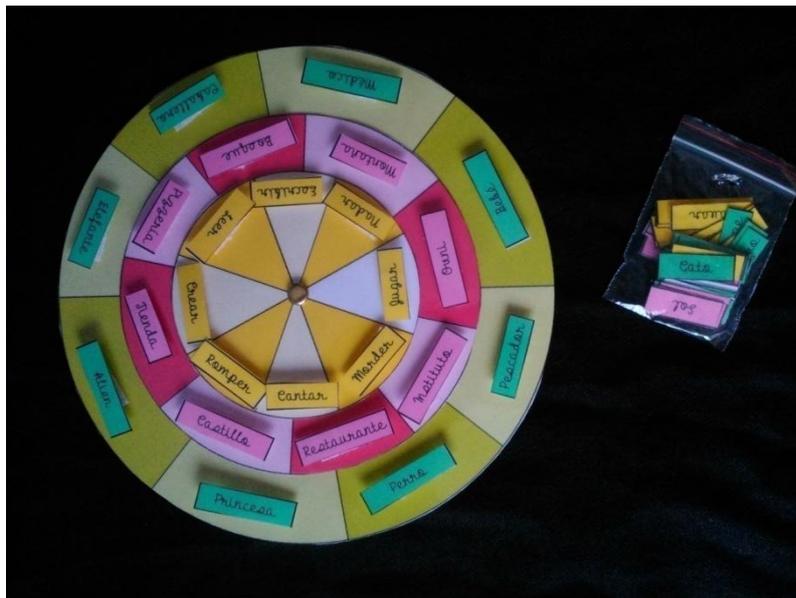
Suárez, A. (2014). *Logopedia Dinámica y Divertida*. Recuperado el 8 de Junio de 2015, de <http://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com.es/>

The Neumors Foundation . (1995-2015). *KidsHealth from Nemours*. Recuperado el 5 de Junio de 2015, de http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/down_syndrome_esp.html

Wittgenstein. (2011). *Autismo Diario. Los trastornos específicos del lenguaje (TEL) y los TEA las diferencias implícitas*. Recuperado el 6 de Junio de 2014, de <http://autismodiario.org/2012/09/21/los-trastornos-especificos-del-lenguaje-tel-y-los-tea-las-diferencias-implicitas/>



Sesión 2



Sesión 3



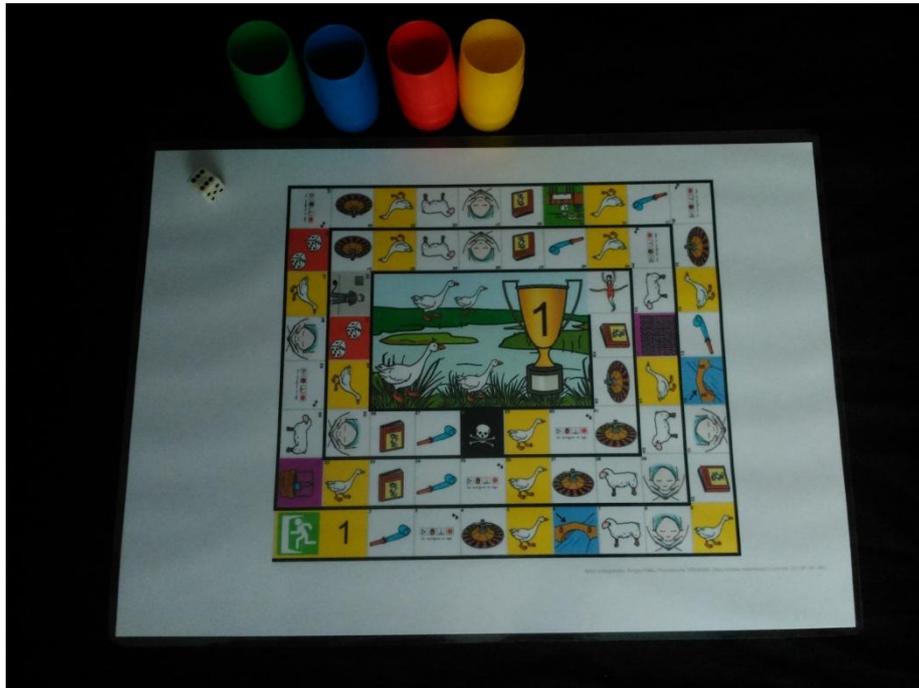
Sesión 4



Sesión 5



Sesión 6



ANEXO II

Sesión 1



Sesión 2

LOS ANIMALES DE LA GRANJA

Había una vez un hombre que vivía en una granja. Todos los días se levantaba muy temprano (Bostezar como si nos estuviéramos levantando). Siempre lo hacía cuando cantaba su gallo Kiriko (kikiriki, kikirikiiii, ...). Luego se lavaba y después desayunaba leche y unas tostadas de pan muy ricas (Abrir y cerrar la boca primero despacio y después rápido, aumm, aumm,..... imitando comer).

Seguidamente, se iba a cuidar a los animales. Primero limpiaba las cuerdas donde estaban, y lo hacía cantando (lalalala, lalala lalalala lale, lalalala lá lalalali,.... se pueden seguir inventando diferentes ritmos). Todos los animales estaban muy contentos porque veían que el granjero estaba contento y lo dejaba todo muy limpio para que ellos estuvieran a gusto.

Después de haberlo limpiado todo, empezaba a dar palmadas (distintos ritmos de palmadas), diciendo:

- Todos a comer.

Y todos los animales se relamen, porque ya tenían hambre (mover la lengua de un lado para otro pasándola por los labios de arriba y luego por los de abajo, despacio y rápido. Luego apretar los labios unummmm, uum, uumm, ...) y se preparaban para recibir la comida.

El granjero empezó a darle de comer a las gallinas:

- Hola gallinitas, (pita, pita, pita, pita, püita,....

Las gallinas lo recibían muy contentas (coooco, cococoooooco, ...) y los pollitos también (pío pío pío...) y empezaban a picar el trigo que les echaba.

Después siguió con los patos:

- Hola patitos, y silbaba para llamarlos (intentar silbar varias veces, aunque solo salga el soplo).

Los patitos acudían rápidos (cuaca, cuaca, cuaaa...) y comenzaban a comer.

Luego se iba a donde estaban otros animales, la vaca, el cerdo, las ovejas y las cabras, a los que también saludaba.

-Hola, hola, (Hacemos participar a los niños para que digan varias veces el saludo, para que les puedan contestar los animales).

Y todos los animales contestaban alegres (la vaca: muuu, muuu, muuu,.... el cerdo: oimn oiiimn oiiimn,.... las cabras y las ovejas: beeee, beeee, beeee, ...) y se pusieron a comer.

Por último acudió corriendo su caballo (tocotoc, tocotoc, tocotoc...) y también los conejos, porque ellos también querían comer. Y cuando les dio la comida, empezaron a mover su boca (movimiento de labios cerrados, abiertos, lento, y algo más rápidos), y allí se quedaron todos.

El granjero, cuando acabó la tarea, se fue a su casa a comer y a descansar un poco.

Cuando llegó la tarde fue al campo con su perro, los dos iban muy alegres; el granjero cantando (lalala lá, lalala lala lala la,...) y el perro lo acompañaba (guauu, guauu, guau guauu,guauu,...).

Iban alegres porque tenían que cortar hierba para que los animales de la granja, tuvieran comida al día siguiente.

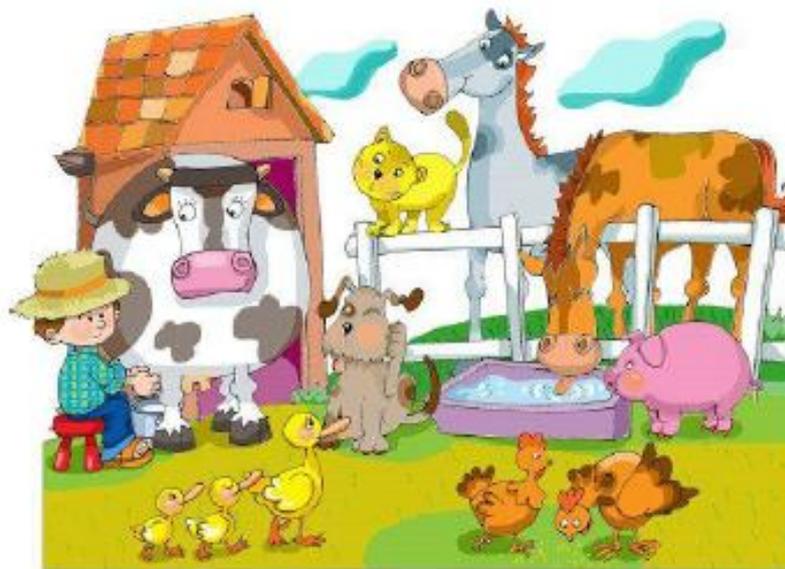
Cuando acabaron volvieron a la granja igual de contentos (repetir lo anterior, si se quiere con otros ritmos).

Al final del día se fueron a cenar, y después a dormir (inspirar por la nariz y echar el aire por la boca, como haciendo el dormido).

Todos los animales de la granja, también dormían felices, porque tenían un granjero que los cuidaba muy bien, y por eso lo querían mucho.

Por eso, siempre que se cuida bien a los animales, nos querrán mucho.

Colorin, colorado,.....



Sesión 3

(PowerPoint)

Sesión 4



Sesión 5



Sesión 6

