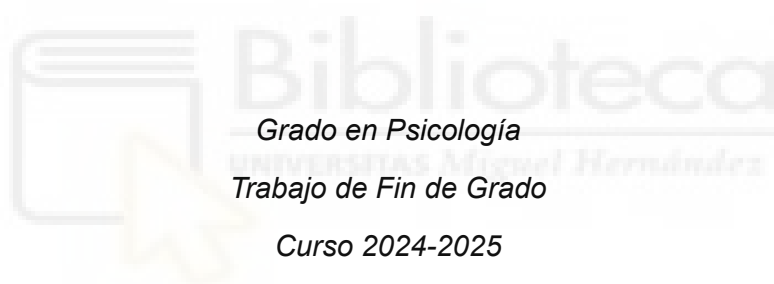




UNIVERSITAS
Miguel Hernández



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2024-2025
Convocatoria Julio

Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención.

Título: Programa de intervención para adultos con dislexia empleando musicoterapia.

Autor/a: Almudena Arenas Sánchez.

Tutora: Maria Virtudes Pérez Jover.

Elche, a 10 de julio de 2025.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MÉTODO.....	7
2.1 Evaluación de necesidades.....	7
2.2 Descripción de la intervención.....	8
2.3 Participantes.....	10
2.4 Temporalización.....	11
2.5 Descripción de las sesiones.....	12
2.6 Evaluación.....	21
3. DISCUSIÓN.....	21
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS.....	25
Anexo I.....	25
Anexo II.....	26
Anexo III.....	26
Anexo IV.....	27
Anexo V.....	28
Anexo VI.....	29
Anexo VII.....	29
Anexo VIII.....	31
Anexo IX.....	32
Anexo X.....	33
Anexo XI.....	33

Resumen:

La disfemia o tartamudez es un trastorno del habla que afecta aproximadamente al 1% de la población. Las personas adultas con disfemia suelen experimentar baja autoestima, ansiedad social, aislamiento y como consecuencia, se ve afectada la calidad de vida. A pesar del impacto que genera en los adultos, la mayoría de los estudios e intervenciones se centran en la etapa infantil. Ante la realidad presente, se desarrolla una propuesta de intervención basada en musicoterapia y terapia cognitivo-conductual (TCC) para adultos jóvenes entre 18 y 30 años con diagnóstico de disfemia. El programa consta de 8 sesiones, una semanalmente, de entre 60-75 minutos, centradas en la mejora de la fluidez verbal, la reducción de la ansiedad y el reforzamiento del bienestar emocional. Se trabajan técnicas de relajación, identificación de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva, exposición imaginada y actividades musicales expresivas. El enfoque grupal presente pretende fomentar el sentido de pertenencia y la integración de los miembros del programa, ajustado a las necesidades de este colectivo.

Palabras clave: disfemia, tartamudez, musicoterapia, adultos, Terapia Cognitivo-Conductual.

1. INTRODUCCIÓN

La disfemia, también conocida como tartamudez, es un trastorno del habla que se caracteriza por disfluencias anormales y persistentes del habla (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Las personas que presentan disfemia experimentan interrupciones involuntarias del habla, que afectan a su día a día en actividades simples como hablar por teléfono con una persona. La dificultad de poder comunicarse con otros individuos actúa como barrera y ante esto, la respuesta más común es la evitación a la exposición de esas situaciones (Craig et al., 2009; Iverach & Rapee, 2014). Todo esto puede afectar a diferentes aspectos psicológicos relacionados con el concepto que tienen de ellos mismos, inseguridad a la hora de comunicarse, aislamiento social, aumento de ansiedad... etc. (Hancock, Craig & Fielding, 2013).

Así mismo, se estima que alrededor de un 1% de la población mundial tiene tartamudez, lo que se traduce en alrededor de 70 millones de personas (Yairi & Ambrose, 2013). En España, según diferentes investigaciones, la prevalencia también ronda el 1%, aunque el porcentaje varía en base a la región. Alrededor de 500.000 personas se ven afectadas por este trastorno, aunque el dato puede aumentar ya que no se cuenta con aquellos no diagnosticados (Gómez & Pérez, 2020).

La prevalencia de la tartamudez varía en base a diferentes variables, siendo una de ellas el sexo. Los hombres tienen una mayor probabilidad de presentar disfemia que las mujeres (Craig et al., 2002). Así mismo, la genética también juega un papel importante, ya que los hijos de un hombre que tartamudea tienen una probabilidad del 22% de que padezca disfemia, mientras que las hijas, solo presentan una probabilidad del 9% (Dworzynski et al., 2007).

La alteración del habla permanente no solo afecta a nivel comunicativo, sino que afecta también a ciertas variables psicológicas de las personas que lo padecen. La ansiedad social y el estrés son dos elementos que están relacionados directamente con la variable tartamudez, ya que a medida que aumenta la disfemia aumentan los niveles de estrés y ansiedad social, especialmente en situaciones que tienen que comunicarse con personas desconocidas o en las que tienen que hablar en público (Craig, 2009; Iverach & Rapee, 2014). Además, el pensamiento catastrofista anticipado puede generar un malestar constante (Menzies et al., 2008). Por otro lado, la autoestima y confianza pueden verse alteradas negativamente por la tartamudez, ya que pueden sentirse inseguras de comunicarse con el resto. Así mismo, la calidad de

vida es una de las variables que está relacionada con este trastorno del habla, ya que esta disminuye principalmente por la limitación a la interacción social y profesional, lo que provoca una forma de vida más solitaria (Iverach & Rapee, 2014). Por último, la tartamudez es una variable que está asociada a la depresión, especialmente cuando no se recibe tratamiento o el que se está impartiendo no es el adecuado. Además de ello, hay numerosas situaciones que enfatizan este estado, como la internalización de las dificultades de comunicación en sí (Craig et al., 2009).

Como se ha mencionado anteriormente, es decisivo determinar un tratamiento adecuado para disminuir las dificultades presentantes tanto a nivel del habla como a nivel personal del individuo a tratar. La terapia logopédica es la intervención más común para tratar la tartamudez, la cual se centra en la mejora de la fluidez verbal y en la reducción de la ansiedad asociada al habla. Por otra parte, la Terapia cognitivo-conductual (TCC) es esencial, ya que se utiliza para abordar aspectos psicológicos y emocionales de la disfemia, poniendo el foco de atención en la reestructuración de pensamientos negativos (Menzies et al., 2008). Otro tipo de intervención es la Terapia de modificación del habla, que aporta herramientas para mejorar los patrones del habla problemáticos.

Así mismo, las terapias con grupos de apoyo son propuestas interesantes ya que a la vez que se aportan elementos de mejora comunicativos para paliar la dificultad presente, se trabaja al mismo tiempo la exposición a grupos de personas desconocidas, disminuyendo de este modo el aislamiento social (Iverach & Rapee, 2014). En algunos casos, se utiliza el tratamiento farmacológico para disminuir la ansiedad, pero principalmente como complemento a la terapia (Menzies et al., 2008).

La musicoterapia es una disciplina terapéutica que a través de la música provoca cambios beneficiosos a nivel físico, emocional, cognitivo y social. Esta corriente se centra en el uso de sonidos, ritmos, melodías y armonías para producir un aumento del bienestar personal (Bruscia, 2014).

La musicoterapia cuenta con cinco modelos teóricos oficialmente:

- Modelo Nordoff Robbins (1959) o Musicoterapia creativa e improvisacional, que consiste en la improvisación musical paciente-terapeuta con varios instrumentos, según las condiciones neurológicas, funciones vitales y posibilidades del paciente (Nordoff & Robbins, 1977).

- El Modelo de Imagen guiada con música (GIM) de Helen Bonny (1975) es un método que utiliza la música clásica y las imágenes que ésta genera para promover cambios internos y transformaciones en la psique del paciente. Utiliza programas de música grabada para generar imágenes en el interior de la persona y producir cambios internos (Bruscia, 2014).
- El Modelo de Musicoterapia Analítica (1970) se usa como herramienta creativa con la cual el paciente explora su propia vida, improvisando con los instrumentos e incrementando su autoconocimiento. La música en esta terapia es usada en sus 4 aspectos: vocal, instrumental, movimiento con el cuerpo y el silencio selectivo (Benenzon, 2004).
- El Modelo Behaviorista o Conductual (1975) sostiene que la música por sí sola es un operador condicionante que refuerza la conducta, por lo que se puede observar y establecer una relación causa-efecto entre la música y la conducta. Proponen programas de intervención individual para encontrar las necesidades de la persona. Su objetivo es conseguir cambios en el comportamiento general de los pacientes (Bruscia, 2014).
- Y por último el Modelo Benenzon (1969), que se fundamenta en la improvisación sonora corporal libre, ya que como el mismo creador dice Benenzon (2004) “la Musicoterapia tiene la posibilidad de crear una apertura real de los canales de comunicación entre los hombres”.

La tartamudez ha obtenido ciertos beneficios de la musicoterapia, principalmente en relación con la mejora de la fluidez verbal como en el manejo de la ansiedad. Algunos de los beneficios son los siguientes:

- Ritmo y fluidez: La música puede ayudar a regular el ritmo del habla. Al cantar, se activan patrones rítmicos que mejoran la fluidez al hablar, ya que las disfluencias y los patrones anormales de la voz no aparecen mientras que se realiza esta acción (Gómez & Pérez, 2020).
- Relajación y manejo de la ansiedad: La música tiene un poder relajante y calmante, lo cual puede ser útil para reducir la ansiedad asociada al hablar. La musicoterapia, por tanto, colabora para que la persona se sienta más relajada y menos tensa al comunicarse (Bruscia, 2014).
- Fomento de la comunicación no verbal: La musicoterapia permite trabajar con la expresión vocal de manera más libre, sin la presión de la perfección verbal. Esto puede fortalecer la confianza del paciente en su

capacidad para comunicarse de manera creativa y auténtica (Benenzon, 2004).

- o Estimulación multisensorial: La combinación de la música con otros elementos sensoriales, como la repetición y la visualización, puede ayudar a las personas a desarrollar nuevas conexiones neuronales, facilitando la fluidez en el habla (Gómez & Pérez, 2020).

Sin embargo, aunque se han observado beneficios de la musicoterapia en otros trastornos, los estudios científicos sobre esta técnica en tartamudez son limitantes. Algunas investigaciones científicas han mostrado que las intervenciones basadas en elementos musicales pueden tener claros beneficios, como por ejemplo en la fluidez del habla, pero hay escasa información (Bruscia, 2014; Gómez & Pérez, 2020); por lo que se inicia esta propuesta con el objetivo de comprobar los efectos de la musicoterapia en adultos con disfemia y de este modo, ampliar su investigación.

2. MÉTODO

2.1 Evaluación de necesidades

La intervención con adultos con disfemia es un tema poco estudiado, ya que principalmente, los estudios publicados se centran en niños y adolescentes (Craig, Blumgart, & Tran, 2009). Esta situación no es solo a nivel nacional, sino que a nivel mundial no se cuenta prácticamente con estudios que traten el tema a tratar. Esto limita las herramientas desarrolladas, y al mismo tiempo, la posibilidad de cambio de las personas con tartamudez.

El círculo social se suele ver afectado en las personas que tienen esta condición, ya que hay cierta limitación a la hora de relacionarse con otras personas, a la vez que se ve afectada la capacidad de establecer una relación sentimental en algunos casos (Plexico, Manning, & Levitt, 2009).

La musicoterapia sigue siendo objeto de estudio como técnica innovadora. Actúa mejorando la fluidez y los elementos sociales como la ansiedad y las habilidades sociales de personas con disfemia. Las principales mejoras observadas son: autoestima, confianza y reducción de la ansiedad social (Brunk & Coleman, 2000).

Debido a lo mencionado anteriormente, es determinante trabajar estas variables mencionadas para adquirir un bienestar psicológico, físico y emocional.

Finalmente, para la elaboración de este programa no hemos podido fijarnos en uno en concreto, ya que no se encuentran propuestas que cuenten con todas las cualidades que se introducen en el presente programa. Sin embargo, han servido de guía diversas propuestas de intervención que tratan factores como la calidad de vida y la autoestima, así como programas basados en musicoterapia relacionados con la disfemia (Fuster & Gutiérrez, 2019).

2.2 Descripción de la intervención

El objetivo de esta intervención es desarrollar una propuesta para adultos con disfemia inspirada en la musicoterapia para obtener una mejora en la fluidez del habla y en la calidad de vida. Para ello, se ha elaborado un programa de 8 sesiones de una duración aproximada de 60 minutos, excepto la primera sesión de 75 minutos.

El programa se llevará a cabo de forma grupal con un máximo de 12 adultos con tartamudez. Las edades de los participantes varían entre los 18 y 30 años, ya que este rango corresponde con la adultez emergente (Arnett, 2000), etapa del desarrollo en la que las habilidades comunicativas presentan un papel determinante tanto en el ámbito personal como profesional. Por este motivo, la disfemia puede provocar un impacto negativo en la autoestima y el desarrollo social del individuo (Plexico et al., 2009), por lo que es necesario trabajar en ello.

El periodo de captación de participantes se realiza a través de la Fundación Española de la Tartamudez: Fundación TTM. Las personas que pertenezcan a esta asociación y estén interesadas en participar deberán completar un documento donde aporten datos personales (Nombre, teléfono y correo electrónico) y se les especificará el lugar y la fecha de comienzo del taller. La selección de los participantes se realizará mediante el orden de inscripción, es decir, las primeras 12 personas que se apunten serán las seleccionadas.

El desarrollo de la intervención tendrá lugar en un establecimiento insonorizado o en un lugar aislado para no molestar al utilizar los instrumentos sonoros. Además, es necesario contar con un proyector para poder plasmar los materiales explicativos de las sesiones, contar con mesas y sillas para que los participantes se sientan cómodos a la hora de realizar las actividades, así como los instrumentos musicales necesarios explicados en cada sesión.

En la primera sesión, se realizará una pequeña introducción y una explicación del desarrollo de la intervención, y se pasará dos instrumentos de evaluación inicial

para conocer la calidad de vida y la ansiedad rasgo. Además, deberán completar un documento para conocer el estado de la fluidez del habla. Al finalizar el programa, deberán completar estos mismos documentos para evaluar si se ha producido una mejora.

Para medir la eficacia del programa se pasarán tres cuestionarios de evaluación en la primera sesión y en la última (la 8ª): El primer test pretende evaluar el estado previo del paciente y los conocimientos sobre disfemia y musicoterapia. El instrumento es elaborado específicamente para este programa y cuenta con cinco preguntas abiertas relacionadas con habilidades cognitivas, sociales y emocionales (Anexo II).

Para medir la calidad de vida se utilizará el Cuestionario de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF; World Health Organization 1996). Este instrumento está compuesto por 26 preguntas, 24 agrupadas en las áreas de salud física, psicológica, relaciones sociales y entorno; y 2 preguntas generales. Está compuesto por ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert: “Nunca”, “Raramente”, “Moderadamente”, “Frecuentemente” y “Siempre”. Las dimensiones se puntúan de forma independiente, y a medida que la puntuación individual es más alta, el perfil de calidad de vida es más positivo (Servicio Andaluz de Salud, 2020). Así mismo, presenta una fiabilidad y una validez de discriminación y contenido correctas, ya que la correlación de sus áreas es aproximadamente de 0,9.

Por último, para medir los niveles de ansiedad se emplea el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; adaptación española de Seisdedos, 1988). Este instrumento está compuesto por 40 ítems divididos en dos subescalas de 20 preguntas cada una. Una subescala mide la ansiedad-estado, es decir, ansiedad como estado transitorio; mientras que la otra mide la ansiedad-rasgo o lo que es lo mismo, evalúa la ansiedad como rasgo relativamente estable de la personalidad. Aunque ambas subescalas utilizan 4 opciones de respuesta tipo Likert, la correspondiente ansiedad-estado las opciones van de 0 (“Nada”) a 3 (“Mucho”); mientras que la subescala de ansiedad-rasgo, de 0 (“Casi nunca”) a 3 (“Casi siempre”). El resultado de puntuaciones altas indica que la persona presenta mayores niveles de ansiedad. El STAI presenta índices de fiabilidad y validez adecuados, con una consistencia interna que oscila entre $\alpha = .86$ y $\alpha =$; lo que demuestra una buena capacidad discriminativa entre poblaciones clínicas y no clínicas (Seisdedos, 1988).

En el programa se trabajan conceptos centrados principalmente en psicoeducación, ejercicios fono respiratorios para la mejora de la fluidez y elementos prácticos con la intención de mejorar las habilidades comunicativas y la calidad de vida, realizando en su mayoría las actividades acompañadas de instrumentos musicales.

Finalmente, las sesiones del programa se realizarán de forma presencial, y tras el comienzo de cada sesión se llevará a cabo un pequeño repaso general de la sesión anterior, para de este modo, asegurar que los conocimientos están adquiridos y reforzar aquellos desvanecidos.

2.3 Participantes

El programa está dirigido a adultos con disfemia, y se ha optado por esta población diana, ya que se encuentra en una misma etapa de desarrollo y debido a sus características, en términos generales, tienen una mayor intención de mejorar la fluidez del habla y la calidad de vida. La etapa de adultez temprana o emergente (a la que corresponde este rango de edad) se caracteriza por la exploración de la identidad, la búsqueda de estabilidad social y laboral, y el establecimiento de una vida autónoma (Arnett,200).

Se descarta la idea de trabajar con menores de 18 años ya que el número de programas para mejorar la disfemia destinados a adolescentes es mayor que el de adultos, por lo que es necesario trabajar con este grupo de edad. Así mismo, para que haya una buena cohesión grupal y la edad no sea muy distante entre los participantes, se ha delimitado el rango de edad en 30 años, lo que permite mantener cierta homogeneidad, dinámicas sociales y contexto vital.

Así mismo, los adultos jóvenes suelen presentar una mayor capacidad de experimentación en cuanto a enfoques terapéuticos innovadores, como es el caso de la musicoterapia, mostrando de este modo una actitud positiva hacia propuestas grupales, creativas y cooperativas (Gold et al., 2011). Esta disposición mejora la adherencia al tratamiento y aumenta la eficacia de las intervenciones, concretamente aquellas focalizadas en el bienestar emocional y la mejora de calidad de vida. Por todo ello, atender a este colectivo es una necesidad terapéutica.

Para la selección de los pacientes será necesario que cumplan con el criterio de inclusión: Es necesario que presenten un diagnóstico clínico de disfemia.

Por otra parte, los criterios de exclusión son: Presentar alteraciones del lenguaje que no corresponden con la tartamudez, como por ejemplo afasia, que puede dificultar el desarrollo terapéutico y la comprensión de las sesiones. Además, poseer comorbilidad con trastornos psicológicos diagnosticados (como trastornos psicóticos, depresión o agorafobia) que puedan intervenir significativamente en la intervención. No pueden participar aquellas personas que mantengan un consumo activo de sustancias que afecten al correcto funcionamiento cognitivo, conductual y emocional. Por último, no formarán parte de la intervención aquellos que presenten dificultad de comprensión del lenguaje oral o auditiva, que rechazan explícitamente como recurso terapéutico el uso de la música, por razones personales o culturales.

2.4 Temporalización

A continuación, se muestra una tabla resumen con el título de cada sesión, la fecha, los objetivos y los contenidos

Tabla 1. Cronograma del programa

Sesión	Fecha	Título de la sesión	Objetivos	Contenidos
1	13/09/2025	Conociendo la disfemia	Presentar el programa; Generar confianza, evaluar e introducir relajación.	Presentación grupal; dinámica de expectativas; cuestionarios iniciales (WHOQOL-BREF, STAI); definición de disfemia y musicoterapia.
2	20/09/2025	¿Qué nos dice nuestro cuerpo?	Tomar conciencia del cuerpo y la voz; aplicar técnicas de control de activación.	Ejercicios respiratorios y vocales; percusión corporal; respiración diafragmática; entrega de instrucciones para respiración cuadrada.
3	27/09/2025	Autoestima y autoconcepto	Identificar creencias negativas; fomentar un autoconcepto más realista y compasivo.	Audición de "Color Esperanza"; reflexión escrita; visualización guiada; debate sobre autoestima y autoconcepto.

Sesión	Fecha	Título de la sesión	Objetivos	Contenidos
4	04/10/2025	<i>¿Qué sensaciones nos genera el habla?</i>	Reconocer emociones asociadas al habla; aumentar la confianza comunicativa.	Escritura de experiencias; role-play; reflexión grupal sobre situaciones de ansiedad relacionadas con el habla.
5	11/10/2025	<i>¿Lo que pienso define lo que soy?</i>	Identificar pensamientos disfuncionales; aprender la técnica de parada de pensamiento.	Análisis funcional de situaciones personales; práctica de técnicas cognitivas; ejercicios grupales de reestructuración.
6	18/10/2025	<i>¿Lo que pienso define lo que soy? (parte 2)</i>	Reforzar la reestructuración cognitiva; jerarquizar situaciones ansiógenas.	Revisión de técnicas anteriores; identificación de pensamientos alternativos; elaboración de jerarquía de exposición personal.
7	25/10/2025	<i>Clasificando mis miedos</i>	Detectar evitaciones; aplicar el modelo ABC; exposición imaginada.	Aplicación del modelo ABC a situaciones propias; análisis cognitivo; exposición imaginada guiada; reflexión final.
8	01/11/2025	<i>La despedida</i>	Consolidar aprendizajes; evaluación final del proceso.	Revisión grupal; devolución de autorregistros; aplicación de post-tests, WHOQOL-BREFy STAI; cierre.

2.5 Descripción de las sesiones

SESIÓN 1. “CONOCIENDO LA DISFEMIA”

Fecha: 13/9/2025

Objetivos:

- Presentación breve del programa
- Establecer un ambiente cómodo y confidencial entre los participantes.
- Evaluar la situación y la calidad de vida que presentan los miembros del programa.
- Primer contacto con las técnicas de relajación.

Duración: 75 minutos

Materiales: Presentación del programa mediante powerpoint (Anexo I), pre-test (Anexo II), WHOQOL-BREF(World Health Organization, 1996), STAI (Seisdedos, 1988), autorregistro (Anexo III) un ordenador y un proyector.

Descripción:

El programa tendrá comienzo mediante una presentación en la que se expondrá el título del programa de intervención, la fecha en la que se realizará cada sesión, la duración, el objetivo de cada una de ellas y breve información sobre el contenido que se va a tratar (Anexo 1). La presentación se realizará en una duración de alrededor de 7 minutos.

Seguidamente, comienza la presentación de los participantes, quienes deberán mencionar su nombre e indicar lo que esperan aprender en este programa. El tiempo sería de unos 8 minutos.

A continuación, se hace la siguiente pregunta al aire “¿Quién de vosotros/as podría definirme qué es la disfemia?” Después, se expondrá la diapositiva relativa a esta pregunta. Seguidamente, se hace la pregunta “¿Cuáles creéis que son los ámbitos que se ven más afectados por la tartamudez? Siguiendo el orden de diapositivas, se define la musicoterapia y se mencionan algunas técnicas que se van a realizar durante el progreso de la intervención. Esta actividad se realiza en un tiempo de 15 minutos.

Posteriormente, se llevará a cabo el pase de cuestionarios. El tiempo estimado para la realización de todos los instrumentos es de 35 minutos.

Por último, se reparten los autorregistros (Anexo 3) que deben completar diariamente en casa, para evaluar el proceso de la intervención y se realiza el cierre de sesión. El tiempo estimado es de 10 minutos.

SESIÓN 2. “¿QUÉ NOS DICE NUESTRO CUERPO?”

Fecha: 20/09/2025

Objetivos:

- Desarrollar la conciencia y el control de la emisión vocal en sincronía con la respiración.
- Practicar las técnicas de control de activación.

Duración: 60 minutos

Materiales: presentación Powerpoint (Anexo IV), globos, metrónomo, frases power (Anexo V), vídeo (Anexo V), folleto (Anexo VI) proyector, pantalla.

Descripción:

Comienza con la explicación de la relación entre la emisión vocal y la respiración (Anexo IV) en el que también se mencionan algunas técnicas del control de la activación. El tiempo estimado para esta actividad es de 7 minutos.

Seguidamente, se ponen en práctica ejercicios de fono-respiración. En primer lugar, se reparte a cada participante un globo, que deben hinchar tres veces con descansos de 30 segundos cada vez que cumplan con el objetivo. Se especifica al finalizar la actividad que este ejercicio se realiza para generar consciencia del flujo aéreo. Tiempo estimado de 8 minutos.

Luego, los participantes practicarán la pronunciación de sílabas rítmicas. En primer lugar, van a dictar las sílabas “*ma-me-mi-mo-mu*” coordinadas con percusión corporal, específicamente palmadas en este caso. En segundo lugar, dictarán las sílabas “*ta-te-ti-to-tu*”, acompañado de golpecitos suaves en los muslos. Por último, dictarán las sílabas “*ka-ke-ki-ko-ku*”, dando suaves golpecitos en el pecho. Para que haya una dinámica adecuada, el/la profesional debe realizarlo en primer lugar y los participantes deben repetir las acciones de este. Se repetirá el conjunto de la actividad 3 veces, la primera guiada por el profesional, las otras dos los pacientes. El tiempo dedicado a esta actividad es de 5 minutos.

Siguiendo la línea de trabajo, se proyectará en la pantalla las siguientes frases (Anexo V) y se llevará a cabo de forma grupal la lectura de las siguientes frases: “Mi voz fluye como las olas del mar”, “Respiro, pienso, hablo despacio”, “Confío en lo que tengo que decir”, “Las palabras salen libres y solas” y “Hablo con calma, hablo con fuerza”. Cada sílaba de estas frases irá marcada con un pulso, guiada por un metrónomo. Esta actividad se realizará en diferentes tiempos con el objetivo de automatizar el ritmo respiratorio y verbal. Para ello, en primer lugar, se pondrá el metrónomo a 70 bpm y se dictarán las frases anteriores. Después, se realizará el mismo proceso a 85 bpm y a 100 bpm. Este ejercicio se realiza en un tiempo de 15 minutos.

Por último, se proyecta un vídeo en el que se pone en práctica la respiración diafragmática mediante una respiración guiada (Anexo V) <https://www.youtube.com/watch?v=eP3VHigmelc> . Después, se hace una ronda de preguntas al alza en las que se plantean ideas como “¿Cómo os sentís tras haber realizado el ejercicio?”, “¿Qué te ha aportado la sesión de hoy?”. Para finalizar, se reparten folletos (Anexo VI) en los que se especifican los pasos de la respiración cuadrada para que los participantes puedan practicar en casa. El tiempo para realizar esta actividad es de alrededor de 20 minutos.

SESIÓN 3. “AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO”

Fecha: 27/09/2025

Objetivos:

- Identificar creencias negativas que tienen los pacientes sobre ellos mismos.
- Fomentar una autoconcepto más realista y compasivo.

Duración: 60 minutos

Materiales: ordenador, pantalla, altavoces, folios, PowerPoint (Anexo VII).

Descripción:

La tercera sesión comienza con la realización en grupo de la respiración cuadrada dada en la sesión anterior. De este modo se repasan conceptos ya aprendidos. A continuación, se escucha de una canción titulada “Color Esperanza” <https://www.youtube.com/watch?v=abPk8SFK374&list=RDabPk8SFK374&>

[start_radio=1](#) (Anexo VII). Tras ello, se reflexiona en grupo las siguientes preguntas: “¿Qué mensaje transmite para vosotros esta canción?” “¿Cuáles son las frases con las que más se identificáis de la canción?”. El tiempo estimado para esta actividad es de 20 minutos.

Los participantes deben responder en un papel de forma individual la siguiente frase “¿Cómo me veo y cómo me gustaría ser?”(Anexo VII), mientras suena música clásica de fondo. Seguidamente, cada integrante pone en común lo escrito y no se opina ante ello, ya que queremos que sea un espacio libre y de confianza en el que cada uno pueda expresarse sin tener que esperar una respuesta a cambio. El tiempo invertido en la actividad es de 10 minutos.

Para finalizar, se proyecta una tabla (Anexo VII) con el objetivo de realizar reestructuración cognitiva. Para ello, se pedirá a los participantes que reflexionen sobre un ejemplo personal y se pondrá en común. La tabla presenta un ejemplo ficticio para que comprendan mejor la forma adecuada de realizar la actividad. El tiempo que se dispone para realizar la actividad es de 15 minutos.

Por último, los miembros del programa deben imaginar una versión futura de sí mismos, más segura y libre al hablar acompañado con música clásica suave. Concluye la sesión y se deja unos minutos para resolver dudas. Esta actividad tiene una duración de alrededor de 10 minutos.

SESIÓN 4. “¿QUÉ SENSACIONES NOS GENERA EL HABLA?”

Fecha: 04/10/2025

Objetivo:

- Reducir los niveles de estrés asociados al miedo al habla
- Aumentar la confianza de la comunicación oral

Duración: 60 minutos

Materiales: hojas en blanco, bolígrafos, fichas ficticias (Anexo VIII).

Descripción:

La sesión 4 tiene comienzo con la siguiente introducción: “Esta sesión se centra en la relajación y la ansiedad ante el habla. La disfemia se intensifica con la ansiedad anticipatoria, por lo que es determinante trabajar estrategias psicológicas y fisiológicas para reducir el impacto y regular de este modo la respuesta”. La primera actividad consiste en escribir en un papel alguna experiencia en la que se hayan sentido nerviosos al hablar, y posteriormente, se hace una puesta en común, comunicando de este modo experiencias personales y promoviendo la calidad emocional y el sentimiento de pertenencia al grupo. El tiempo necesario para realizar esta actividad es de 15 minutos.

Posteriormente, se lleva a cabo un rol-player en grupos de 4 personas. Cada cuarteto dispondrá de una ficha (Anexo VIII) con una situación ficticia y cada uno de ellos debe interpretar un papel, mediante interpretación libre de personajes (cuentan con 10 minutos para planear de forma individual las características del personaje). Cada grupo tendrá un tiempo de 5 minutos en los que mediante creatividad deberán hacer entender a sus iguales las situaciones presentadas y los papeles que adquieren cada uno de ellos. A continuación, se reflexiona sobre estas situaciones con el resto de los participantes del programa en un tiempo de 5 minutos (por grupo). Finalmente, se produce el cierre de sesión. Esta actividad se realiza en un tiempo de 40 minutos.

SESIÓN 5. “¿LO QUE PIENSO DEFINE LO QUE SOY?”

Fecha: 11/10/2025

Objetivos:

- Aprender a identificar pensamientos automáticos disfuncionales
- Interrumpir la automaticidad de estos pensamientos mediante la técnica de parada de pensamiento

Duración: 60 minutos

Materiales: tarjetas blancas, bolígrafos, altavoces, esquema (Anexo IX), ordenador, pantalla.

Descripción:

En la quinta sesión se realizará un análisis funcional del pensamiento automático y se pondrá en práctica la parada de pensamiento. Para ello, en la pantalla

se proyecta el esquema (Anexo VIII), junto con un ejemplo que deberá explicar el profesional al grupo. 5 minutos dedicados para este ejercicio.

A continuación, se reparten unas tarjetas blancas a cada miembro, donde tienen que realizar el análisis funcional con 3 situaciones personales estresantes relacionadas con el habla. Seguidamente, cada miembro nombrará un esquema realizado. Mientras que este ejercicio se realiza, en la sala hay música lenta en tono bajo para contener emocionalmente la actividad. Para este ejercicio se necesita alrededor de 25 minutos.

El/la profesional explica la “técnica de parada de pensamiento”, es decir: detectar el pensamiento que provoca malestar, decir “¡Alto!” mentalmente o en voz baja y transformar ese pensamiento en algo positivo. Para ponerlo en práctica, se realiza un ejercicio guiado: el terapeuta pone un ejemplo de situación y los integrantes de la intervención deben de indicar posibles frases alternativas. Después, voluntariamente los participantes ponen en común ejemplos y entre todos se determinan las frases alternativas más adecuadas (como, por ejemplo, “Puedo comunicarme a mi ritmo”, “Tengo derecho a hablar”). 20 minutos como máxima para la realización del ejercicio.

Por último, una pequeña reflexión grupal sobre qué pensamiento alternativo les ayuda y les funciona más, alrededor de 10 minutos.

SESIÓN 6. “¿LO QUE PIENSO DEFINE LO QUE SOY? PARTE 2”

Fecha: 18/10/2025

Objetivos:

- Aprender a identificar, cuestionar y reemplazar pensamientos automáticos
- Poner en práctica la técnica de reestructuración cognitiva
- Afianzar conocimientos previos

Duración: 60 minutos

Materiales: Esquema (Anexo X), hojas en blanco, bolígrafos, ordenador, proyector.

Descripción:

La sexta sesión comienza con un repaso de conocimientos y técnicas previas realizando la técnica de respiración cuadrada, junto con una música instrumental suave de fondo. Después, se repasan los conceptos claves de la sesión anterior. 5 minutos de tiempo.

A continuación, se realiza el análisis de la siguiente frase: “Tengo que exponer una propuesta de innovación en el trabajo a mis compañeros”. Para realizar esta actividad se necesita proyectar el esquema (Anexo X) en pantalla. Después, se harán grupos de 6 con diferentes objetivos: uno de los grupos intentará justificar que el pensamiento automático es adecuado, mientras que el otro equipo debe buscar evidencia en contra del pensamiento automático. Para finalizar esta actividad, conjuntamente se construirá un pensamiento alternativo más realista. Este ejercicio se realiza en 25 minutos.

La segunda actividad consiste en que los participantes anoten de forma individual un listado de 10 situaciones relacionadas con la comunicación que le generan ansiedad. Para ello, se reparte una hoja en blanco a cada uno donde realizarán esta clasificación. Después se ordenan de menor a mayor nivel de malestar (siendo 1 poco molesto y 10 muy molesto). Esta herramienta se devuelve al terapeuta y será utilizada en la siguiente sesión. Para este ejercicio se dará un margen de tiempo de 25 minutos.

SESIÓN 7. “CLASIFICANDO MIS MIEDOS”

Fecha: 25/10/2025

Objetivos:

- Identificar las conductas evitativas relacionadas con la disfemia.
- Aumentar la conciencia de las consecuencias que pueden generar los pensamientos.
- Aprender a clasificar jerárquicamente situaciones estresantes personales.

Duración: 60 minutos

Materiales: PowerPoint (Anexo XI) , altavoces, ordenador.

Descripción:

La sesión número 7 está formada por varias actividades. En primer lugar, el profesional reparte a cada miembro su hoja correspondiente recogida en la sesión anterior. A continuación, el profesional explica en qué consiste el modelo ABC del análisis funcional mediante PowerPoint (Anexo XI). 5 minutos

Cada miembro escoge la variable correspondiente al puesto 1 (menos ansiógena), 3 y 10 (más ansiógena) de su propio documento y realiza el esquema (Anexo X) con cada una de ellas. Para que se lleve a cabo de forma correcta la actividad, el terapeuta supervisa la forma de trabajo de cada miembro de forma alternada. Disponen de 28 minutos para realizar la actividad.

En la segunda actividad, se realiza la técnica de exposición imaginada a la situación que cada miembro le ha dado una puntuación de 1 (la menos ansiógena) acompañado de música relajante. Para ello, la profesional sirve de guía y determina el primer acercamiento para la superación. Por último, se reflexiona conjuntamente sobre las sensaciones del ejercicio y los posibles beneficios de su realización. Tiempo estimado de 15 minutos.

Breve tiempo para resolución de dudas y cierre de sesión. 7 minutos

SESIÓN 8. “LA DESPEDIDA”

Fecha: 1/11/2025

Objetivos:

- Consolidar los aprendizajes aprendidos a lo largo de la intervención.
- Ofrecer un cierre emocional significativo

Duración: 60 minutos

Materiales: Post-test, STAI (Seisdedos, 1988), WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1996), ordenador, altavoces (Anexo II).

Descripción:

La última sesión se centra en hacer un recorrido de todo lo aprendido. Para ello, se realiza un resumen en el que se especifican las principales técnicas aprendidas y se pregunta a los miembros del programa “¿Cuál ha sido la sesión que más os ha gustado y por qué? Seguidamente, los participantes entregan los

autorregistros y se hará una reflexión individual del avance personal que ha adquirido cada uno de ellos. Todo esto se llevará a cabo mientras suena una música suave en tono. 20 minutos para realizar las actividades.

A continuación, los participantes completarán las mismas pruebas pasadas en la primera sesión, para evaluar de este modo el progreso alcanzado. Tiempo empleado alrededor de 30 minutos.

Para finalizar el programa, se utilizan los últimos 5 minutos para preguntas y despedidas.

2.6 Evaluación

Para medir la eficacia del programa se pasarán tres cuestionarios de evaluación en la primera sesión y en la última (la 8ª): El documento para evaluar la fluidez del habla será un instrumento de elaboración propia que consta de 5 preguntas. Para evaluar la calidad de vida utilizamos el WHOQOL-BREF y para evaluar la ansiedad rasgo- estado el instrumento STAI. Además, se entregará un registro donde los participantes diariamente deberán completar las casillas relacionadas con las disfluencias del día.

3. DISCUSIÓN

El programa desarrollado tiene como objetivo principal mejorar la fluidez verbal y la calidad de vida de adultos con disfemia mediante técnicas musicoterapéuticas y terapia cognitivo conductual (TCC). Se ha cumplido a través del desarrollo de un programa de 8 sesiones, en los que se abordan tanto aspectos del habla (respiración, fluidez y coordinación vocal) como variables psicológicas (autoestima, pensamientos disfuncionales y ansiedad). Así mismo, se han incorporado herramientas de evaluación validadas (STAI, WHOQOL-BREF), junto con instrumentos desarrollados específicamente para el programa.

A diferencia de los enfoques tradicionales, centrados prácticamente en el entrenamiento logopédico o en la modificación de la conducta del habla, esta propuesta incorpora un enfoque integrador que atiende tanto a los síntomas lingüísticos como al malestar emocional. Como afirman Menzies et al. (2008), la TCC ha demostrado ser eficaz para disminuir la ansiedad y modificar pensamientos

disfuncionales en adultos con disfemia, pero esporádicamente se combina con componentes artísticos o expresivos como la musicoterapia.

Respecto a otras propuestas, este programa se inspira en estudios como el de Brunk y Coleman (2000), quienes observaron que mediante actividades musicales se obtuvieron mejoras en fluidez y ansiedad en niños con tartamudez. A pesar de ello, su aplicación en adultos sigue siendo escasa.

Este programa marca la diferencia de aquellos centrados en exposición o control vocal, ya que incluye sesiones en las que se tratan temas como el autoconcepto, la regulación emocional y la reestructuración cognitiva, abordando la tartamudez desde otra perspectiva.

Por todo ello, el enfoque utilizado demuestra que la intervención musical no solo es válida como complemento, sino que puede funcionar como herramienta principal, promoviendo el bienestar emocional y la confianza comunicativa

Como consecuencia de este vacío teórico, el programa presenta una propuesta estructurada y realista, que puede ser aplicada en contextos clínicos, asociaciones o talleres terapéuticos. El carácter grupal y creativo favorece el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento, el sentido de pertenencia y la validación emocional entre personas que se enfrentan a similares vivencias.

No obstante, este trabajo presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, se trata de un diseño teórico no aplicado, por lo que no se pueden obtener datos sobre la eficacia del programa. Así mismo, es necesario la presencia de un profesional con formación en musicoterapia y psicología clínica, aplicando ambos enfoques. Por último, el componente musical puede ser rechazado por algunos perfiles culturales, lo que puede influir en la motivación y la adherencia al tratamiento.

Finalmente, se propone llevar a cabo una implementación piloto del programa en un contexto real con una muestra controlada de participantes, para evaluar de este modo el impacto que tiene. Además, se espera que los aprendizajes adquiridos en las sesiones sean aplicados en la vida cotidiana de los pacientes y trasciendan del espacio terapéutico. Es necesario que las habilidades comunicativas y los recursos trabajados puedan formar parte del repertorio personal del paciente, favoreciendo de este modo una mejor fluidez verbal, un mayor bienestar y una mejor adaptación social.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>

Benenzon, R. (2004). *Teoría y práctica de la musicoterapia*. Paidós.

Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2008). *A handbook on stuttering* (6th ed.). Delmar Cengage Learning.

Brunk, B. G., & Coleman, J. M. (2000). Music therapy for children with stuttering. *Journal of Music Therapy*, 37(1), 17–40. <https://doi.org/10.1093/jmt/37.1.17>

Brunk, B. K., & Coleman, J. (2000). Stuttering and music: A literature review. *Journal of Music Therapy*, 37(1), 23–39. <https://doi.org/10.1093/jmt/37.1.23>

Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed.). Barcelona Publishers.

Craig, A. (2009). Anxiety levels in people who stutter: A randomized population study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(3), 816–825.

Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34(2), 61–71. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.05.002>

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572–577.

Dworzynski, K., Remington, A., Rijdsdijk, F., Howell, P., & Plomin, R. (2007). Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected, longitudinal sample of young twins. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16(2), 169–178.

Fuster, E., & Gutiérrez, L. (2019). Musicoterapia y tartamudez: Una revisión de literatura. *Revista Española de Musicoterapia y Musicología*, 46, 23–33.

Gold, C., Saarikallio, S., & McFerran, K. (2011). Music therapy in adolescence: An emerging discipline. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(2), 103–105. <https://doi.org/10.1080/08098131.2011.582929>

Gómez, L., & Pérez, A. (2020). Intervención logopédica en adultos con disfemia: Retos y propuestas. *Revista Española de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 40(2), 89–97.

Hancock, K., Craig, A., & Fielding, K. (2013). Anxiety and depression in people who stutter: The impact of stuttering on psychological functioning. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 184–195. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.06.001>

Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.02.001>

Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2008). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 33(3), 102–121. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2008.05.002>

Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy: Individualized treatment for the handicapped child*. John Day Company.

Plexico, L. W., Manning, W. H., & Levitt, H. (2009). Coping responses by adults who stutter: Part I. *Journal of Fluency Disorders*, 34(2), 87–107. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.05.001>

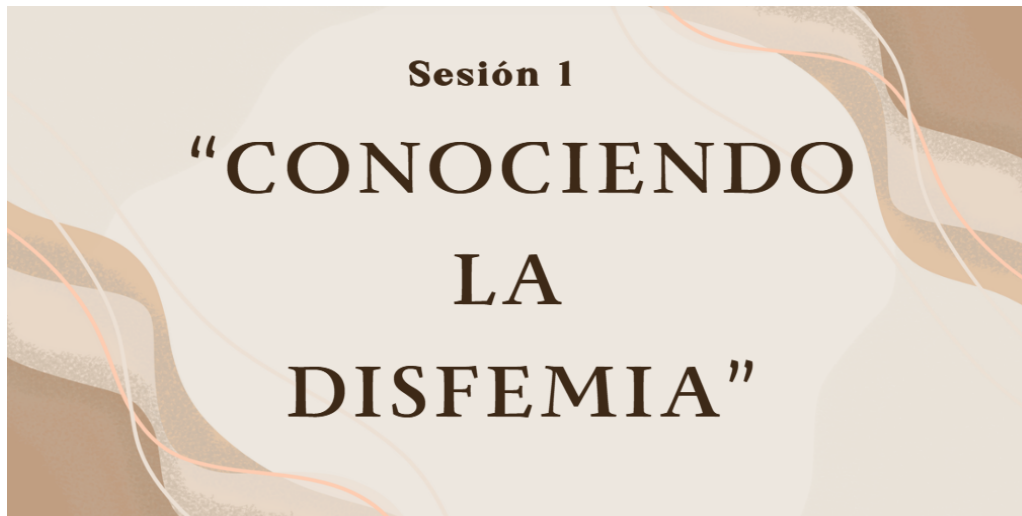
Plexico, L. W., Manning, W. H., & Levitt, H. (2009). Coping responses by adults who stutter: Part II. Approaching the problem and achieving agency. *Journal of Fluency Disorders*, 34(2), 108–126. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.06.002>

Seisdedos, N. (1988). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Adaptación española)*. TEA Ediciones.

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment (Field Trial Version)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>

ANEXOS

Anexo I



SESIONES	
 Sesión 5. "¿Lo que pienso define no lo que soy?" • FECHA: 11/10/2025 • DURACIÓN DE LA SESIÓN: 60 minutos • OBJETIVOS: ◦ Identificar pensamientos disfuncionales ◦ Aprender la técnica de parada de pensamiento y ponerla en práctica.	Sesión 6. "¿Lo que pienso define lo que soy? (parte 2)" • FECHA: 18/10/2025 • DURACIÓN DE LA SESIÓN: 55 minutos • OBJETIVOS: ◦ Reforzar la reestructuración cognitiva. ◦ Jerarquizar situaciones ansiógenas.
Sesión 7. "Clasificando mis miedos" • FECHA: 25/10/2025 • DURACIÓN DE LA SESIÓN: 55 minutos • OBJETIVOS: ◦ Detectar evitaciones. ◦ Aplicar el modelo ABC. ◦ Exposición imaginada.	Sesión 8. "La despedida" • FECHA: 04/10/2025 • DURACIÓN DE LA SESIÓN: 55 minutos • OBJETIVOS: ◦ Consolidar aprendizajes. ◦ Evaluación final del proceso

Anexo II

Cuestionario de Evaluación para "Propuesta De Intervención para adultos con disfemia empleando Musicoterapia"

1. ¿Qué es para ti la disfemia y cómo crees que afecta tu vida diaria (a nivel personal, social y emocional)?
2. ¿Has utilizado antes alguna técnica o terapia para mejorar tu habla o tu bienestar emocional? Si es así, especifica cuales fueron y cómo fue tu experiencia.
3. ¿Qué emociones sueles experimentar cuando hablas en público o en situaciones sociales? ¿Cómo sueles manejarlas?
4. Indica tu nivel de confianza (del 1-5) y autoestima en situaciones que implican hablar con otras personas.
5. ¿Qué crees que puede aportar la música o la expresión musical en un proceso de mejora del habla y el bienestar emocional?

Sesión 2

**“¿QUÉ NOS
DICE NUESTRO
CUERPO”**

INDICE

✦ **CORRDINACIÓN ENTRE RESPIRACIÓN Y
EMISIÓN VOCAL**

✦ **TÉCNICAS DE CONTROL DE LA ACTIVACIÓN**

**RESPIRACIÓN Y EMISIÓN
VOCAL**

“Esta relación es fundamental, ya que la voz
es un fenómeno aerodinámico que se
sustenta en la respiración“(Colton, Casper &
✦ Leonard, 2006)

RESPIRACIÓN Y EMISIÓN VOCAL

- La respiración adecuada (diafragmática) es clave para sostener la voz sin tensiones.
- Las personas con disfemia suelen presentar patrones respiratorios irregulares o descoordinados al hablar.
- El control consciente de la respiración puede reducir bloqueos y mejorar la fluidez.

TÉCNICAS DEL CONTROL DE LA ACTIVACIÓN

Respiración diafragmática o abdominal

Respiración cuadrada (box breathing)

Atención focalizada en la respiración

Respiración profunda

Respiración mediante suspiro

Técnica de relajación de Jacobson

Anexo V

FRASES

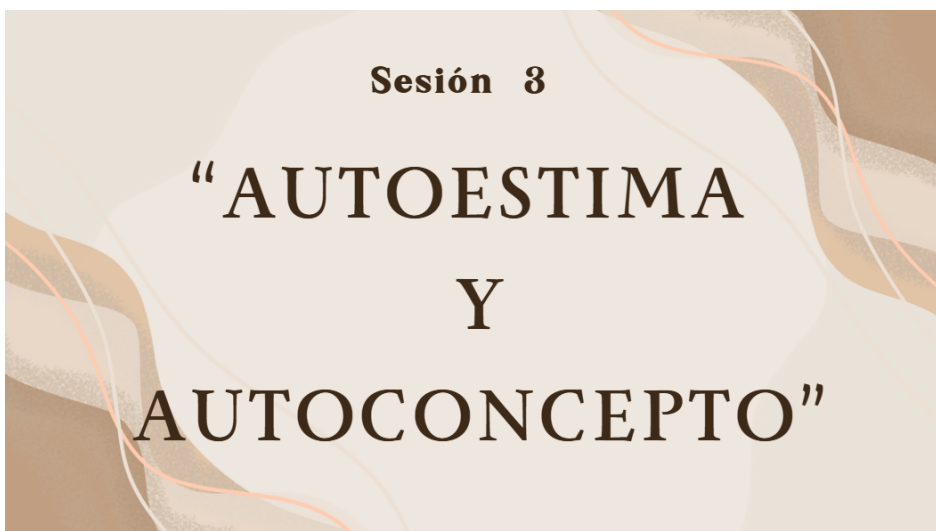
- “Mi voz fluye como las olas del mar”.
- “Respiro, pienso, hablo despacio”.
- “Confío en lo que tengo que decir”.
- “Las palabras salen libres y solas”.
- “Hablo con calma, hablo con fuerza”.



Anexo VI



Anexo VII



MÚSICA

https://www.youtube.com/watch?v=abPk8SFK374&list=RDabPk8SFK374&start_radio=1

“¿CÓMO ME VEO
Y
CÓMO ME GUSTARÍA
SER?”

TABLA SESIÓN 3

SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	EMOCIÓN ASOCIADA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO	NUEVA EMOCIÓN O SENSACIÓN
Ejemplo: “Tuve que hablar en una reunión de trabajo y me bloquee”	“Soy incapaz de hablar con normalidad, seguro que piensan que no valgo”	“Ansiedad, tristeza”	“Tuve un bloqueo, pero eso no define mi capacidad. Estoy trabajando en ello y eso es valioso.”	Comprensión, alivio, esperanza.

Anexo VIII

Ficha 1 – David: Reunión de equipo en el trabajo

Personaje:

David tiene 34 años, trabaja en una oficina y tartamudea desde niño. Le cuesta especialmente hablar cuando tiene que expresar sus opiniones frente a varios compañeros.

Situación:

Estás en una reunión con tu equipo y el jefe te pide que expliques en voz alta tu propuesta para mejorar la productividad del departamento. Sientes que todos te miran.

Objetivo del role-playing:

- Afrontar el miedo a hablar en público.
- Buscar estrategias para mantener la calma y seguir comunicando pese al bloqueo.
- Valorar la importancia del contenido del mensaje, más allá de la forma.

Ficha 2 – Carla: Llamada telefónica para concertar una cita médica

Personaje:

Carla tiene 27 años y evita hacer llamadas telefónicas por miedo a tartamudear. A menudo pide a otros que lo hagan por ella.

Situación:

Necesitas pedir una cita médica por teléfono. La persona que atiende parece tener prisa y te interrumpe varias veces. Te bloqueas al decir tu nombre y motivo de la llamada.

Objetivo del role-playing:

- Trabajar el uso de estrategias de autorregulación ante bloqueos.
- Experimentar la frustración de no ser escuchado y cómo gestionarla.
- Fomentar la autoafirmación a pesar de la tartamudez.

Ficha 3 – Lucas y María: Fiesta con personas nuevas

Personajes:

Lucas (32) y María (30) son amigos y asisten a una fiesta. Uno de ellos tiene disfemia. En la fiesta conocen a un grupo nuevo de personas con los que deben interactuar.

Situación:

El grupo propone un juego de presentación donde cada uno debe decir su nombre, a qué se dedica y una curiosidad sobre sí mismo. El tartamudeo se presenta al decir el nombre.

Objetivo del role-playing:

- Practicar situaciones sociales informales que generan ansiedad.
- Abordar el miedo al juicio y a la exposición.
- Reforzar el derecho a comunicar, sin importar la fluidez.

Anexo IX

TABLA SESIÓN 5			
SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	EMOCIÓN	INTENSIDAD (0-10)
Ejemplo: "LEER EN VOZ ALTA"	"Me voy a trabar"	"Vergüenza"	8

Anexo X

TABLA SESIÓN 6			
SITUACIÓN	ANTECEDENTE	CONDUCTA	CONSECUENTE
Ejemplo: “Tengo que exponer una propuesta de innovación en el trabajo a mis compañeros”	¿Qué ocurre antes?	¿Qué hago?	¿Qué ocurre después? ¿Cómo me siento?

Anexo XI





ANÁLISIS FUNCIONAL *MODELO ABC*

Representa las reacciones emocionales y conductuales de los individuos, partiendo de que las cosas que ocurren no son las que producen las perturbaciones, si no que se generan por las interpretación que las personas hacen.



ANÁLISIS FUNCIONAL *MODELO ABC*

- **A: acontecimientos disparados** (situación interna o externa) no causan los problemas emocionales y de conducta C, son causados por las creencias B, que surgen de las interpretaciones sobre A.
- **B: una creencia**, Pueden producir abatimiento y aislamiento
- **C: problemas emocionales o de conducta.**