Associació Valenciana Musicologia

Musicoterapia en el ámbito educativo: Intervención en trastorno del lenguaje asociado a déficit intelectual

Jose Pastor Arnau

Resum

El llenguatge de la musicoteràpia és la música i es a través d'ella com percebem, operem i intervenim en els procesos dels nostres usuaris. La música està present en la vida del ser humà com un component primari i quotidià del seu entorn social integrant al bagatge de les seues sensacions i experiències un cúmul d'estimuls sonors. A través de la música es poden descriure situacions, expressar sensacions, emocions i sentimients que intervenen en la formació de la personalitat del ser humà.

Aquest treball està basat i fonamentat en la intervenció duta a terme amb una usuaria de 7 anys d'edat que cursa 2n curs d'Educació Primària, amb diagnòstic de retràs en el llenguatge associat a dèficit intel·lectual.

Resumen

El lenguaje de la musicoterapia es la música y es a través de ella como percibimos, operamos e intervenimos en los procesos de nuestros usuarios. La música está presente en la vida del ser humano como un componente primario y cotidiano de su entorno social integrando al bagaje de sussensaciones y experiencias un cúmulo de estímulos sonoros. A través de la música se pueden describir situaciones, expresar sensaciones, emociones y sentimientos que intervienen en la formación de la personalidad del ser humano.

Este trabajo está basado y fundamentado en la intervención llevada a cabo con una usuaria, de 7 años de edad que cursa 2º curso de Educación Primaria, con diagnóstico de retraso en el lenguaje asociado a déficit intelectual.

Abstract

The language of Music Therapy is music, and it is through music that Music Therapists perceive, interact with and intervene in the processes of their users. Music is present in human life as a basic, everyday component of one's social environment that integrates an accumulation of sound stimuli into our personal background of sensations and experiences. Through music we can describe situations and express the sensations, emotions, and feelings involved in the formation of an individual's personality. This paper is based on an intervention carried out with a 7-year-old user diagnosed with language delay associated with an intellectual deficit.

56. QuaDriVium

1. JUSTIFICACIÓN

«El lenguaje es el instrumento fundamental de comunicación, es el elemento estructurador del pensamiento y de la acción, un factor decisivo en el desarrollo afectivo y psicológico y el principal medio de información y cultura» (Monfort y Juárez, 1980).

Si entendemos el lenguaje como el conjunto de maneras de comunicar a través de la palabra, color o sonido podemos afirmar que la música es un lenguaje muy expresivo que tiene sus propios códigos de representación e interpretación y se construye con sonidos, no con palabras y por lo tanto es considerado un lenguaje no verbal.

La música puede proporcionar un espacio para la expresión de la propia personalidad. El aspecto no verbal de la música hace de ella un recurso muy eficaz para facilitar la expresión de la propia personalidad a través de otros canales de comunicación. La música es un vehículo para el desarrollo integral del niño que abarca las áreas cognitiva, social, emocional, afectiva, motora, del lenguaje, así como de la capacidad de lectura y escritura.

Este trabajo está basado y fundamentado en la intervención llevada a cabo desde el ámbito socioafectivo con la finalidad de obtener una mejora en la expresión oral de la usuaria, la cual dificulta la comunicación y el contacto con su entorno y por lo tanto le crea problemas en sus relaciones con los demás y condiciona su rendimiento escolar, trabajando las habilidades verbales y en la posibilidad de percibir, comprender y expresar emociones para la consecución de los objetivos trazados.

El interés y motivación del autor en el ámbito educativo nace de la necesidad de conocer procedimientos que permitan abordar las emociones desde la musicoterapia para adaptarlo a las necesidades de nuestra usuaria.

2. OBJETIVOS

«Los objetivos más importantes que se plantea la Musicoterapia con alumnos de necesidades educativas especiales son, sobre todo, mejorar la afectividad, la conducta, la perceptivo motricidad, la personalidad y la comunicación» (Lacárcel Moreno, 2006: 21-35).

Analizadas las circunstancias y después de haber estudiado los informes de valoración psicopedagógica de nuestra usuaria establecemos los siguientes objetivos para obtener mediante la musicoterapia una mejora en las habilidades verbales y en el rendimiento escolar a través de una intervención desde el ámbito socioafectivo.

2.1 Objetivos generales

1. Utilizar la música como medio para mejorar el rendimiento escolar.
2. Utilizar la música como medio para establecer comunicación.
3. Ayudar mediante nuestra intervención a la superación de dificultades de aprendizaje

2.2 Objetivos específicos

1. Obtener un mayor desarrollo de la expresión emocional a través del habla.
2. Mantener la capacidad de atención.
3. Estimular el lenguaje.
4. Potenciar la utilización de la propia voz, explorando sus posibilidades como medio de expresión.
5. Aumentar la confianza en sí mismo.
6. Trabajar el miedo al ridículo, estrategias para afrontarlo.
7. Reforzar positivamente el esfuerzo personal tanto a nivel de aprendizajes como de adquisición de hábitos de trabajo.

3. MARCO TEÓRICO.

Tal y como expresa Viviana Sánchez (2007: 178):

Ante la escucha de una experiencia musical, son diferentes los estímulos que ingresan e impactan en nuestro sistema nervioso central. La decodificación musical de ese estímulo se denomina “percepción musical”. Esta función implica la discriminación en simultáneo de señales rítmicas, melódicas y armónicas, transformando a la función musical en una de las que posee mayor grado de complejidad de nuestro SNC.

Tal como apunta Patricia Sabatella (2005: 123):

La actividad musical es a su vez una experiencia individual y colectiva que involucra en su hacer cuerpo, mente y espíritu. La conducta musical, en su doble vertiente expresiva y receptiva, involucra una serie de habilidades senso-perceptivas, visuales, auditivas, motoras, emocionales y cognitivas: habilidades y destrezas específicamente musicales (audición, interpretación instrumental y vocal, improvisación, creación y movimiento) que permiten el desarrollo de habilidades y destrezas no-musicales. La cualidad integradora de la experiencia musical y el carácter globalizador de las respuestas del individuo a la música favorecen que en una misma actividad musical se sucedan, en el mismo momento, diferentes procesos de percepción y ejecución que involucran experiencias

• Sensoriales: oír, escuchar, reconocer y discriminar sonidos y/o música.
• Motrices: ejecutar instrumentos, moverse con música.
• Emocionales: expresar estados de ánimo y/o sentimientos.
• Cognitivas: atención, concentración, memoria, análisis y síntesis.
• Sociales: participar en actividades musicales colectivas, respecto a la producción sonoro-musical de otros sujetos, etc.

La psicología musical demuestra que la música incide directamente en las facultades humanas: favorece el desarrollo mental y emocional, desarrolla la sensibilidad, la voluntad, la inteligencia y la imaginación, y por qué no, la apreciación de la belleza. La actividad musical potencia la expresividad, la creatividad y la memoria.

3.1 Definición de musicoterapia

En el año 1996 la Federación Mundial de Musicoterapia -World Federation of Music Therapy- (WFMT) la definió como: El uso de la música y/o elementos musicales (sonido, ritmo, armonía y melodía) por un musicoterapeuta especializado con un cliente o grupo de clientes en el proceso diseñado para facilitar y promover comunicación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La Musicoterapia tiene como objetivo desarrollar el potencial y/o reparar funciones del individuo para que así pueda alcanzar la integración inter e intrapersonal y consecuentemente alcanzar una mejora de la vida a través de la prevención, rehabilitación y el tratamiento.

Cinco son los modelos de intervención reconocidos internacionalmente en el noveno Congreso Mundial de musicoterapia celebrado en Washington en 1999, que desde distintas perspectivas, histórica, teórica, práctica clínica, formación e investigación, constituyen la base metodológica de intervención en esta profesión (Wigram, 2002).

• Guided Imagery and Music, (GIM Imágenes Guiadas con Música)
• desarrollado por Helen Bony.
• Musicoterapia Analítica, desarrollado por Mary Priestley.
• Musicoterapia Creativa, desarrollado por Paul Nordoff y Clive Robbins.
• Método Benenzon, desarrollado por el Dr. Benenzon.
• Método Conductista, desarrollado entre otros por Clifford K. Madsen.

El proceso de intervención con nuestra usuaria se ha llevado a cabo de un modo ecléctico siguiendo las directrices científicas de los diferentes modelos y utilizando las estrategias y recursos más adecuados que nos han permitido realizar la terapia con el fin de conseguir los objetivos planteados.

3.2 Definición de dificultades de aprendizaje

Según la National Joint Comittee on Learning Disabilities, en adelante NJCLD, las dificultades de aprendizaje, desde un enfoque educativo es un término referido a un grupo heterogéneo de desórdenes manifestados como dificultades en la adquisición y uso de información en las siguientes áreas: escuchar, hablar, leer, escribir, razonar y capacidades matemáticas. Estos desórdenes son intrínsecos al individuo y se presume que son debidos a disfunciones del sistema nervioso central. Incluso, aunque una dificultad de aprendizaje puede producirse concomitantemente con otras condiciones desventajosas (problemas sensoriales, retraso mental. Desórdenes (sociales y emocionales) o influencias ambientales (diferencias culturales, instrucción insuficiente/inapropiada, factores psicogénicos), no es el resultado directo de estas condiciones o influencias.

Si atendemos a las aportaciones de Núñez y otros (1998), estas afirmaciones no se encuentran plenamente justificadas puesto que existen investigaciones importantes que afirman que no todas las DA son debidas a una disfunción del sistema nervioso y que, además, si en algunos casos las causas de las dificultades son intrínsecas para otros son extrínsecas al propio sujeto, e incluso, para algunos investigadores lo importante es la interacción entre las variables intrínsecas y extrínsecas.

El término Necesidades Educativas Especiales aparece por primera vez en el Informe Warnock -1978- que inspira la Ley de Educación de Gran Bretaña de 1981 y la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo -LOGSE- de 1990 la cual reafirma los principios de normalización educativa e integración social recogidos en dicho informe.

3.3 Musicoterapia en el ámbito educativo

La Musicoterapia es una disciplina científica y una profesión -Bruscia, 1995; 1998-. Como profesión reconoce dentro de sus áreas de intervención o práctica profesional el Área Educativa -Bruscia, 1989, 1997, 1998; Hanser, 1987, 1999; Maranto, 1993-, ámbito desde el que abordamos la intervención con nuestra usuaria.

Según Patricia Sabatella (2005: 21):

La Musicoterapia Educativa es la aplicación de la musicoterapia en el Área de Educación. Encuentra sus orígenes en la educación musical dirigida a personas con N.E.E. y en los trabajos pioneros de aplicación de la Musicoterapia en la Educación Especial, donde destacan los trabajos de Juliette Alvin -1965; 1978-, Rolando Benenzon -1971-, Gertrud Orff -1980- y Paul Nordoff y Clive Robbins -1977; 1982-, entre otros. Cuando la musicoterapia se aplica en contextos educativos los musicoterapeutas se centran en las necesidades no-musicales de los sujetos con N.E.E. (necesidades físicas, sensoriales, emocionales, cognitivas, sociales) y el aprendizaje musical no es el primer objetivo de la intervención musicoterapéutica. A través de diferentes experiencias musicales terapéuticas -EMT- se pretende incidir en la problemática específica que el sujeto presenta con la consecución de una serie de objetivos psico-educativos centrados en las necesidades específicas del caso.

Las corrientes Pedagógico Musicales del siglo XX contribuyeron al desarrollo de la Musicoterapia y de la Educación Musical Especial. Los trabajos pioneros de enseñanza de la música a niños/as con deficiencias físicas, sensoriales, emocionales e intelectuales sentaron las bases de las aplicaciones de la Musicoterapia en ámbito de la Educación Especial y de la Educación Musical. A lo largo de todos estos años los diferentes enfoques y usos de la música en el ámbito educativo contribuyeron a definir un área de especialización de la Educación Musical que se conoce como *Educación Musical Especial (EME)* y un área de práctica profesional de la Musicoterapia que se conoce como *Musicoterapia Educativa (MTE)*.

La Musicoterapia está relacionada de alguna manera con la educación musical, ya que utiliza algunos de los métodos de la educación musical activa, desde la perspectiva de provocar cambios en la conducta. Ello no obstante, la Musicoterapia está más cerca de la psicología que de la educación musical, a pesar de que pedagogos como Edgar Willems -1984- ya propugnaba en su libro Bases psicológicas de la educación musical los beneficios terapéuticos que ofrece la música asociada a la educación: fisiológicos, psicofisiológicos, sensomotrices, perceptuales, cognitivos, conductuales, musicales, emocionales, comunicativos, interpersonales y creativos. Otros pedagogos, además de Willems, han encarado la educación musical con este sentido terapéutico y de formación integral de la persona, por lo que han influido indirectamente en la difusión de la Musicoterapia.
Podríamos decir, de una manera esquemática, que los puntos de unión entre Musicoterapia y educación musical están en la metodología utilizada -activa, vivencial, participativa- y en la utilización de los mismos elementos musicales -sonido, ritmo, melodía- y medios sonoros -cuerpo, objetos, instrumentos-. Las diferencias se encuentran en las metas a conseguir; mientras para la educación musical el objetivo final es la música en sí misma, su conocimiento y disfrute, en la Musicoterapia la música no es un fin sino un instrumento, un medio. Lo que cuenta en Musicoterapia es el proceso que sigue la usuaria, lo que pone en juego mientras canta o toca; el resultado no importa tanto: lo que se pretende no es que llegue a afinar de forma precisa la canción -aunque es deseable que lo haga-, sino que valoramos aquello que siente y expresa cuando intenta cantar, el esfuerzo de atención, dicción y control -en función de la discapacidad- que realiza al usar su voz y la satisfacción que le produce compartir una actividad musical con el grupo.
En los centros y aulas de Ed. Especial, la musicoterapia tiene como finalidad atender a los niños/as que presenten problemas en el desarrollo en las áreas psicomotora, afectiva, sensorial, comunicativa, psicosocial o cognitiva. En cuanto a las aulas -dentro del CEIP, su objetivo es ayudar al niño/a a alcanzar determinadas metas y objetivos educativos. Para conseguirlo, el musicoterapeuta debe trabajar en estrecha colaboración con el profesor del alumno/a y otros servicios de soporte, como Pedagogía Terapéutica y los Servicios Psicopedagógicos -SPE-.
Actualmente, en nuestro sistema educativo, no encontramos oficialmente reconocida la figura del musicoterapeuta, ni en los centros ordinarios ni en los centros de ed. Especial. El desarrollo del trabajo musicoterapéutico se debe en gran medida a la voluntad de los profesionales implicados en los distintos centros y al nivel de conocimientos que posean y que puedan posibilitar la misma.
Creemos que debe ser al amparo de la Pedagogía terapéutica donde la musicoterapia debe de actuar (Del Campo, 2001) y que si ha existido la confusión referida al principio del punto, ha sido por un problema de implementación de los programas de musicoterapia en la escuela y por una falta de comprensión por parte de las instituciones educativas de los objetivos y finalidades de la musicoterapia

3.4 Trastornos del lenguaje

Los datos obtenidos en el último informe psicopedagógico y logopédico realizado a nuestra usuaria revela un diagnóstico de retraso en el lenguaje asociado a déficit intelectual. Nuestra usuaria hace múltiples dislalias de omisión, sustitución, distorsión, etc. que hacen su lenguaje ininteligible. Es por ello que profundizamos en la definición, clasificación e intervención en dislalias.
Las dislalias son alteraciones en la articulación de algún o algunos fonemas bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos del habla o por la sustitución de estos por otros, de forma improcedente, en personas que no muestran patologías del sistema nervioso central, ni en los órganos fonoarticulatorios a nivel anatómico. Estas alteraciones perduran más allá de los cuatro años, hasta entonces aparecen muy frecuentemente. Son las más frecuentes y conocidas de todas las alteraciones del lenguaje.

3.5 Musicoterapia y logopedia

La colaboración entre el musicoterapeuta y el logopeda encuentra su fundamento en las relaciones estrechas entre el lenguaje verbal y la música, la cual se hace evidente en el texto de las canciones. Entre algunos de los objetivos que se plantea se encuentran:

- Favorecer el desarrollo del lenguaje mediante ejercicios rítmico-vocales, juegos con la voz e interpretación de canciones.
- Control, desarrollo y fortalecimiento de los músculos oro-faríngeos mediante la práctica de prosodias y canciones.
- Adquisición de una pronunciación rítmica de la palabra ágil y clara

El desarrollo del lenguaje verbal pasa por una fase musical que contribuye a su consolidación. Varios estudios sobre psicología del desarrollo indican como desde la temprana infancia el ser humano asimila con facilidad los ritmos y cadencias del lenguaje.
El trabajo con el lenguaje desde la música activa la diferenciación fonética, auditiva y articulatoria, además de explorar las posibilidades sonoras y musicales de la voz. A través de las canciones se mejoran los aspectos técnicos del lenguaje: articulación, dicción, respiración, y se adquiere vocabulario, y se trabaja el aspecto expresivo del mismo: la musicalidad del lenguaje, o sea los elementos o componentes sonoro-musicales del lenguaje verbal. En ella se incluyen las inflexiones y variaciones del contorno rítmicomelódico del habla, la velocidad y expresividad verbal, las expresiones onomatopéyicas.

4. INTERVENCIÓN PRÁCTICA MUSICOTERAPÉUTICA

A continuación se describe el contexto en el que se ha realizado la intervención en el ámbito educativo.

59. QuaDriVium

4.1 El centro educativo

El C.E.I.P. Nº 103 es de titularidad pública y depende directamente de la Conselleria d'Educació de la Generalitat Valenciana. Situado en la ciudad de Valencia, dentro de la comarca de L´Horta y concretamente en el distrito marítimo, pertenece al distrito 12 del Ayuntamiento de Valencia, teniendo la entrada principal por la calle Alfredo Torán y Olmos Nº2.

En este Centro se imparte en este curso 2011/12: Educación Infantil: 3, 4 y 5 años en P.I.L. y P.I.P. Educación Primaria: 1º y 2º. Los resultados de la encuesta realizada para conocer el nivel sociocultural y económico de las familias del Centro revelan un nivel medio-alto.

4.2 El setting

Las sesiones de musicoterapia se han llevado a cabo en el "setting", aula de música del CEIP 103 de Valencia, especialmente acondicionada para poder aplicar la musicoterapia sin dificultades dentro de un contexto no-verbal. Es un lugar donde se intentado conseguir el mayor grado de asepsia, la no –contaminación y la mayor profesionalidad, porque es en ese lugar donde el usuario/a se va a "desnudar". Para ello, R. BENENZON establece una serie de condiciones ideales para el setting y que hacen referencia al aislamiento, la construcción del mismo, la confección del espacio…

4.2.1 Los instrumentos en musicoterapia

Durante el proceso de intervención, el musicoterapeuta ha utilizado el piano como elemento mediador con la usuaria. El piano es un instrumento que conduce a lo armónico-musical y por lo tanto estimula el nivel intelectual. Además, a la hora de realizar las sesiones nos planteamos la necesidad de contar con una serie de instrumentos que, como describe Benenzon, nos permitan abrir, mejorar y dar fluidez a los canales de comunicación. Estos instrumentos córporo-sonoro-musicales son denominados por Benenzon como *objetos intermediarios*, porque intermedian para la comunicación.

En las sesiones de musicoterapia hemos probado todas las posibilidades sonoras de los instrumentos y no únicamente las socialmente establecidas. Por lo que dentro de la sesión podemos hablar de la utilización de: la voz, el cuerpo y los instrumentos musicales propiamente dichos. Todos los instrumentos membranófonos (tambores, panderetas, panderos) tienen la ventaja que además de ser percutidos se puede obtener sonoridad también si son acariciados, rozados, rasgados, raspados, abriéndose una gama de sonoridades de movimiento y de sensaciones táctiles. A su vez, hemos intentado concienciar a la usuaria de la necesidad de tener los instrumentos siempre bien cuidados, es decir, ni deteriorados ni rotos.

El cuerpo es el instrumento intermediario de la comunicación más importante y encierra toda la gama de los demás instrumentos. Es uno de los instrumentos sonoros más importantes, tanto en su faceta de reproductor como de creador de estímulos.

Dentro de los instrumentos musicales propiamente dichos hemos contado con aquellos instrumentos llamados de tipo Orff, como: claves, caja china, maracas, güiro, panderos, panderetas, timbales, sonajas, crótalos, cascabeles, etc.

Entendemos que mucha cantidad de instrumentos podía dispersar la atención de la niña, por lo que consideramos conveniente determinar el número de instrumentos a utilizar desde las primeras sesiones.

Respecto a la presentación de nuevos instrumentos, se ha dosificado a lo largo de todo la intervención de acuerdo a las necesidades y, en general, yendo de los puramente rítmicos a los melódicos.

Uso por parte de la usuaria de los diferentes instrumentos en las sesiones:

4.3 El musicoterapeuta

El musicoterapeuta es un profesional especializado con una formación muy interdisciplinar, y que es el responsable de diseñar y planificar los programas de intervención, establecer unos objetivos terapéuticos, implementar las diferentes técnicas y evaluar los resultados. Los programas de intervención son específicamente diseñados para cubrir las necesidades individuales de las personas y ayudarlas en la consecución de diferentes objetivos terapéuticos, que pueden ir dirigidos a las siguientes dimensiones del ser humano: física, cognitiva, socioemocional y/o espiritual. La persona es abordada de manera holística e integral, potenciando sus capacidades y proporcionándole recursos para mejorar sus limitaciones.

Actitudes que debe reunir un Mt. en el contexto de la relación musicoterapéutica:

DIRECTO: el terapeuta debe sentarse directamente frente a la usuaria, sin girarse de perfil, ni recostarse excesivamente en su sillón. En mta.puede resultar difícil, por ej. al tocar el piano. Lo importante es ser capaz de establecer el contacto visual apropiado con el usuario, y ello implica ser "directo" con el usuario.

ABIERTO: ha de mantener una actitud "abierta" hacia el usuario, la cual se demuestra manifestando interés en lo que el usuario dice, centrándose en él sin rehuirle la mirada. En mta. también se aplica la actitud "abierta" al modo en cómo respondemos a la expresión musical de un paciente. También la aplicamos al improvisar, o al crear una canción, o al escuchar atentamente la experiencia de audición receptiva que nos transmita una persona.

CONTACTO VISUAL: al conversar con los usuarios, el contacto visual es básico. Con él mostramos interés, y permanecemos concentrados en lo que se nos dice. Sin embargo, un contacto visual demasiado sostenido o intenso pueden resultar incómodo para algunas personas, por lo tanto debemos guiarnos por la intuición para supervisar el grado de contacto visual con el usuario. Básicamente, el usuario establece menos contacto visual con el terapeuta, que el terapeuta con el usuario.

INCLINACION: el terapeuta debe "inclinarse hacia" al usuario, no distanciarse de él. Mucho mejor utilizar una guitarra o instrumentos Orff, que facilitan esta "inclinación", que puede ser más difícil tocando un piano. Lo importante aquí es que el inclinarse hacia adelante demuestra un interés hacia el cliente y cierto grado de comodidad en relación con éste.

RELAJACION: una postura rígida puede transmitir la sensación de que el terapeuta está ansioso o no totalmente presente en la experiencia que se revela. Si por ej. cruza los brazos, ello podría sugerir que se interpone una barrera.

5. ASSESMENT. DESCRIPCIÓN DE LA USUARIA CON LA QUE SE HA TRABAJADO.

Valoración psicopedagógica**:**

Los datos obtenidos en las pruebas de competencias cognitivas, estilos de aprendizaje, y otros aspectos psicopedagógicos y socioafectivos concluyen que al final de la etapa infantil, S., no sabía leer ni escribir y tenía dificultades en el cálculo. A nivel oral presentaba dificultades tanto de expresión como de comprensión.

La puntuación global cognitiva se situaba dentro de la media pero presentaba diferencias significativas ya que en el área verbal y numérica se situaba por debajo de la media mientras que en el área perceptivo-manipulativa y el área de motricidad se situaba por encima de la media.

Se le aconseja una atención individualizada con unos criterios unificados por parte de los especialistas, tutores y maestros de PT y AL, un cambio de metodología en lo que se refiere a la ejecución de actividades, muchas deberían realizarse a través de dibujos y a nivel oral. Además debe mejorar en centrar la atención y evitar el exceso de movilidad.

Se aconseja potenciar la expresión oral a pesar de que no se la entienda. Trabajar el miedo al ridículo, estrategias para afrontarlo. Se le debe reforzar positivamente el esfuerzo personal tanto a nivel de aprendizajes como de adquisición de hábitos de trabajo. S. requiere de un seguimiento continuo con la familia para dar apoyo y orientaciones que los ayuden a mejorar sus pautas educativas.

El último informe de revisión de exploración logopédica revela un diagnóstico de retraso en el lenguaje asociado a déficit intelectual.

A nivel fonético-fonológico es capaz de repetir y articular correctamente todos los fonemas y sinfones pero espontáneamente hace múltiples dislalias de omisión, sustitución, distorsión, etc. que hacen su lenguaje ininteligible. S. avanza muy lentamente, tiene dificultad en la comprensión lectora y procesos de razonamiento. No va a lograr superar los objetivos de su grupo-clase de 2º de E.P. por lo que se le están haciendo adaptaciones curriculares no significativas adaptándose a su proceso de aprendizaje.

6. FASES DEL PROCESO TERAPÉUTICO.

6.1. Valoración inicial musicoterapéutica (VIM)

En esta etapa conocemos más detalles y determinamos que se llevará a cabo un tratamiento individual para obtener un mejor conocimiento de la usuaria y una relación terapéutica personalizada.

6.2 Planificación del tratamiento.

El proceso de intervención en musicoterapia se ha llevado a cabo a través de una acción combinada de recursos tanto activos como pasivos en dos niveles:

Nivel cognitivo: Abarca la estimulación de las funciones cognitivas cerebrales, de acuerdo al cuadro específico del usuario, partiendo de las capacidades conservadas y teniendo en cuenta la importancia de la función musical y de las relaciones con otras capacidades cognitivas.

Nivel socioafectivo: La intervención musicoterapéutica se orienta a abordar y encauzar las necesidades emocionales del usuario, generadas por la aparición de una determinada alteración cerebral, colaborando en la adaptación a la nueva situación, posibilitando cambios, con el objetivo de alcanzar una mejor calidad de vida.

Nuestra usuaria presenta un diagnóstico de trastorno del lenguaje asociado a déficit intelectual. Es por ello que debemos conocer el modo de intervenir en este tipo de trastorno. Pero antes de desarrollar las actividades específicas dentro del trabajo en musicoterapia, es importante conocer los diferentes alcances de los trastornos en la esfera de la comunicación y el lenguaje:

- De tipo psicológico: sobreprotección, traumas, etc, que hacen persistir modelos articulatorios infantiles.
- Deficiencia intelectual. Las dislalias son un problema añadido a los del lenguaje del niño o la niña deficiente. Su corrección hay que plantearla a más largo plazo, es más lenta y estará condicionada por su capacidad de discriminación auditiva y su habilidad motora.

Cuando nos referimos a la dislalia habitualmente se refiere a la dislalia funcional y los tipos de errores más habituales son: sustitución, distorsión, omisión o adición.

6.3 Encuadre

Conjunto de elementos que permanecen estables y permiten visualizar el proceso terapéutico.

El rol del musicoterapeuta en un encuadre educativo se podría definir como un especialista que ayuda a resolver problemas individuales que merman la posibilidad del alumno de beneficiarse de sus oportunidades educativas.

61. QuaDriVium
Estructura interna**:**
El tipo de sesión será estructurada con un inicio, parte central y una final con una clara sensación de dirección teniendo en cuenta las circunstancias y necesidades de la usuaria.
Estructura externa**:**
1. Canción de Bienvenida
2. Presentación musical
3. Actividad musical central (improvisación/diálogo sonoro)
4. Expresión corporal
5. Audición musical
6. Canción de despedida/valoración, comentar cómo se siente.
Temporalización**:**
Horario: Lunes de 16 a 17 horas y Martes de 9 a 10 horas.
Temporalidad: Febrero-Junio de 2012
Espacio**:** Aula de música del CEIP 103

7. RECURSOS O TÉCNICAS:

La musicoterapia, al igual que otras disciplinas, se sirve de una serie de procedimientos y recursos que le permiten desarrollar la práctica. Estos recursos o técnicas pueden ser tanto activos como receptivos.
Llevamos a cabo la intervención en retraso del lenguaje asociado a déficit intelectual a través de la recuperación mediante ejercicios de ritmo y prosodia, discriminación auditiva, interpretación de canciones e improvisaciones teniendo como elementos mediadores la voz, el cuerpo, los instrumentos y el movimiento.
Grabar las producciones de las sesiones ha facilitado el trabajo de diferentes objetivos: la autoestima, el miedo al ridículo, reforzar positivamente el esfuerzo personal tanto a nivel de aprendizajes como de adquisición de hábitos de trabajo.

7.1 Técnicas expresivas

– Canción de bienvenida: Dar la bienvenida a la usuaria, empatizar y captar la atención. Escucha y observación de qué es lo que tráela usuaria. Utilizar la estrategia de la canción con el nombre de la usuaria es importante como instancia de encuentro con el musicoterapeuta, y de inicio de una relación en el marco de la sesión de musicoterapia intentando conseguir que la usuaria se sienta identificada y protagonista del proceso y contribuir a la mejora en la adquisición del autoconcepto y la autoestima.
– El canto como terapia**:** Facilita procesos atencionales y de escucha. Trabaja la memoria a corto plazo. La voz conecta cuerpo y mente, pensamiento y sentimientos transformándose entonces la experiencia de cantar en la vía hacia el contacto y expresión de sentimiento. Técnicas vocales de sostén. Jugar con los sonidos hasta que conformen una forma elegida por el paciente, o hasta que signifique lo que el paciente quiere significar. Proyectarse a través de los sonidos -improvisación-. Cantar canciones para experimentar, explorar y expresar los sentimientos o ideas que evocan. Improvisar canciones en referencia a un tema o dinámica de la sesión. ¿Qué canción se te ocurre en este momento? Comunicar mediante una canción para luego explorar los contenidos en referencia al paciente y el proceso. Componer canciones en relación al trabajo terapéutico: vamos a crear juntos una canción. De esta manera se pone de manifiesto todos los recursos y necesidades que el paciente tiene.
– Presentación: mediante la palabra y la percusión conseguimos el reconocimiento de aquellos que están presentes en la sesión. En el proceso de intervención con la usuaria, hemos utilizado la canción «S. toca el tambor» como canto conjunto con el musicoterapeuta y trabajando la discriminación auditiva por medio de las cualidades del sonido. Trabajamos la prosodia y los cambios de intensidad, duración, altura con la palabra tambor. Hacemos música juntos para relacionarnos, interactuar. No nos proponemos trabajar las cualidades del sonido desde la perspectiva de la ed. musical sino intervenir a través de la música intentando conseguir una mejora en la expresión oral. En cuanto a la discriminación de la duración de los sonidos hemos trabajado: Discriminación entre sonido largo y corto, discriminación entre sonido continuo y discontinuo, discriminación entre uno y dos golpes de tambor, entre 2-3, 3,-4, etc. y discriminación de secuencias: largas y cortas, continuas y discontinuas. Discriminación de tonos: discriminación entre un sonido grave, medio y agudo y combinarlos.
– La Improvisación es la principal técnica utilizada. Según A. Hernández (1997: 190):

[…] debido a su carácter espontáneo facilita la expresión directa de emociones. Nos permite crear para cada situación particular que se nos presenta, combinando elementos de la Identidad Sonora del sujeto con el cual trabajamos, recogiendo información emergente (estado emocional, movimientos corporales, estereotipos, ritmo del andar, respiratorio, cardíaco), sus propias producciones sonoro – musicales se transformarán en nuestra partitura, cuya finalidad será acercarnos a los objetivos que nos proponemos, de una manera dinámica e interactuando con el otro
La improvisación a través del canto, movimiento einstrumentación, contribuyen en el individuo a fomentar su libertadinterior y su creatividad, el conocimiento de sí mismo y el de los demás,su autoestima y valoración, su relación con el otro y el respeto a laspreferencias del otro, el conocimiento de su entorno.

62. QuaDriVium

– Intervención musical: Se realiza con música en directo utilizando un teclado como instrumento principal. Se trabaja el tempo, modo, armonía, las cualidades del sonido.

– Expresión corporal y movimiento**.** A la usuaria le encanta bailar**.** Proponemos una actividad con movimiento libre con una base rítmica y armónica. Además propusimos crear una melodía y una letra que más tarde analizamos.

– Trabajar con el significado**:** Comentar lo que hemos hecho.

– Expresión instrumental (percusión corporal y pequeña percusión)**.** Hemos utilizado canciones de asociación que trabajan las partes del cuerpo. Primero se interpretan acompañando con percusión corporal y más tarde se asocia la parte del cuerpo al sonido de un instrumento de percusión.

– Diálogo sonoro**:** la utilización del lenguaje sonoro – musical sustituyendo al lenguaje verbal, en una estructura análoga a la situación de diálogo convencional, permite trabajar el nivel no – conceptual de la comunicación, su nivel emocional -no importa de qué hablamos, importa que compartimos-. Esto permite ahondar en las relaciones en una situación lúdica, no agresiva. Dentro del diálogo sonoro podemos trabajar diferentes formas, como son: la imitación, el eco sonoro, la pregunta – respuesta, la composición…

En las sesiones también hemos llevado a cabo el diálogo musical con el xilófono y el teclado. La usuaria tiene muy buena memoria auditiva y destreza perceptivo-manipulativa, reproduce e imita escalas ascendentes y arpegios. Por ello hemos querido insistir con esta técnica. Se le ve disfrutar y creemos que es importante mantenerlo porque en la medida en que puede poner en juego sus habilidades, va a poder sentirse más segura, asumir nuevos retos, etc.

7.2 Técnicas receptivas

• Audición para la evocación de imágenes, incluyendo imaginería musical dirigida, no dirigida, y música e imágenes.

• Debate sobre las canciones -letras-, donde la canción sirve como trampolín para pasar a tratar las cuestiones de la vida de la usuaria.

• Reminiscencias de una canción, o método de usar canciones para promover el debate y la reflexión.

• Experiencias auditivas basadas en la música preferida de la usuaria.

• Actividades de apreciación de la música, donde el terapeuta ayuda al cliente a entender y apreciar el valor estético de este arte.

• Audiciones activas de música descriptiva. -Carnaval de los animales, Cuadros de una exposición, Preludio a la siesta de un fauno, Las cuatro estaciones de Antonio Vivaldi-.

• Relajación.

8. EVALUACIÓN

La evaluación es uno de los aspectos más importantes de toda terapia, porque es el medio por el cual se constata la evolución de la usuaria y la efectividad del tratamiento musicoterapéutico.

Se puede considerar como un proceso permanente de reflexión y análisis que permite la recogida sistemática de información de lo que ocurre en el tratamiento de musicoterapia.

8.1 Evaluación inicial

La evaluación inicial nos puede conducir a conocer y comprender las potencialidades de la usuaria. Toda esta información ayuda al terapeuta a organizar una dirección de la terapia y también a determinar cuáles serán las necesidades de la usuaria.

Las fuentes de información para llevar a cabo la evaluación inicial de nuestra usuaria han sido:

• Del profesorado de pedagogía terapéutica, audición y lenguaje y tutores de la usuaria.

• De la propia familia a través de una entrevista.

• De la lectura del historial psicopedagógico.

• De la entrevista con la usuaria centrada en aspectos prácticos como hacer cantar, tocar libremente un instrumento, bailar…

De la entrevista o test realizado a la usuaria obtenemos los siguientes resultados:

1. Su instrumento preferido es el teclado electrónico aunque en este test se utilizó el xilófono y el tambor.
2. Su ejecución musical en cuanto a manipulación es adecuada a dos manos, con una forma creativa, golpeado normal y riqueza melódica utilizando arpegios, escalas ascendentes y descendentes.
3. Es capaz de imitar hasta 3 golpes con diferentes ritmos.
4. Reconoce sonidos altos, medios y bajos.
5. Tararea las canciones con un registro de voz agudo.
6. Sus preferencias musicales son canciones de música comercial pertenecientes a series infantiles de televisión

8.2 Evaluación continua

Surge de la necesidad del musicoterapeuta para mejorar y optimizar el proceso después de una situación inicial donde se pretende el establecimiento de un proceso terapéutico de cambio permanente y eficaz en la conducta de la usuaria.

63. QuaDriVium

8.3 Finalización del tratamiento. Evaluación final y resultados.

Para determinar y constatar la evolución de la usuaria desde el comienzo de la terapia hasta el final de la misma se ha evaluado de forma global y continua el cambio efectuado por la usuaria en base a los objetivos trazados. Al mismo tiempo evaluaré la efectividad del tratamiento musicoterapéutico, considerándolo como un proceso permanente de reflexión y análisis, a través de las siguientes estrategias:

• Observación directa.

• Participación activa del paciente.

• Muestra de interés.

• Registro diario de las sesiones -el proceso nos posibilita revisar nuestras prácticas para así poder determinar y analizar los alcances-.

Los cambios observados aparecieron como fines del proceso terapéutico. Pero para el acceso a estos mismos fue necesario establecer los objetivos generales y específicos los cuales han permitido conocer los logros de las actividades y establecer correcciones o ajustes en cada una de las sesiones del proceso de musicoterapia.

En el momento de hacer la valoración del proceso constato, entre otras cosas, que:

Ha habido una implicación verbal y musical con la usuaria. La usuaria ha participado, en líneas generales, con entusiasmo en la experiencia musical debido, en parte, a la creación de un ambiente musical-emocional que ha ayudado a la experimentación musical de la usuaria.

La usuaria demuestra facilidad para poder responder al musicoterapeuta adecuadamente en cuanto al tempo, elementos dinámicos (fuerte, suave), patrones rítmicos y melódicos, con el xilófono.

• Se ha producido un diálogo sobre las canciones (letras), donde la canción ha servido como trampolín para pasar a tratar las cuestiones de la vida de la usuaria.

• El canto conjunto ha facilitado el promover procesos atencionales y de escucha y el trabajo de la memoria a corto plazo.

• Se ha aprovechado la capacidad evocadora de la música para facilitar la vivencia de sentimientos pasados de la usuaria.

• Se ha conseguido una comunicación usuaria-musicoterapeuta y a través de ella se ha logrado mayor capacidad expresar sus sentimientos.

• Considero que para poder desarrollar un buen trabajo en todas las áreas es prioritario que la usuaria posea una cierta estabilidad emocional que está estrechamente relacionada con la evolución de las capacidades comunicativas de la usuaria.

• Ha sido importante compartir las observaciones realizadas por los maestros de la usuaria ya que lo consideramos de vital importancia en un contexto educativo.

9. CONCLUSIONES

El interés y motivación del autor en el ámbito educativo nace de la necesidad de conocer procedimientos que permitan abordar las emociones desde otro enfoque para adaptarlo a las necesidades de nuestra usuaria.

A la hora de llevar a cabo esta intervención en musicoterapia se ha tenido en cuenta las características y circunstancias de la usuaria, su medio así como la música a emplear, no sólo qué música sino cómo se le iba a presentar a la usuaria.

Las sesiones de musicoterapia, gracias a su gran versatilidad, ofrecieron un espacio terapéutico adaptado a las circunstancias y características de la usuaria a la hora de expresar verbalmente sus emociones y necesidades.

El trabajo realizado pone de manifiesto la importancia que tienen las actividades en musicoterapia como vehículo de expresión que facilita la comunicación, la interacción, la verbalización e independencia de la usuaria a través del uso de los diferentes instrumentos musicales y los medios para la creación y composición musical.

En cuanto a la técnica utilizada en las sesiones de musicoterapia, ha habido un predominio en la utilización de la musicoterapia activa, donde la usuaria escucha música en vivo producida por el musicoterapeuta e interviene, en la medida de lo posible, en la producción musical con su voz o el uso de diferentes instrumentos.

Como consecuencia de la intervención por medio de la musicoterapia activa aplicada en una situación de interacción con la usuaria, se ha producido, en alguna medida, efectos expresados en la mejora de la actitud, la expresión oral, a nivel de articulación de fonemas y estructuración de la frase, psicológicas (emocionales) por medio de canciones utilizadas las cuales han evocado emociones y sentimientos no expresados hasta ese momento. Asimismo se ha observado una mejora en la capacidad de atención sostenida y en consecuencia en el rendimiento escolar debido al estímulo musical.

La usuaria demuestra poseer inteligencia musical y capacidad de sentir la música como experiencia vital.

Es nuestra intención dar continuidad al proceso de intervención con S. Es por ello que proponemos concertar una entrevista con la madre de la usuaria con el fin de valorar las características que presentaba la usuaria en el momento de empezar el tratamiento y los cambios y progresos observados hasta el momento como también las críticas que tengan sobre el proceso de intervención sirviendo estas como aprendizaje para futuras aplicaciones ya que la madre interactúa a diario con su hija y puede constatar e informar sobre el progreso de su hija.

10. BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (1994). *Clasificación diagnóstica DSM-IV.*

BENENZON, R.O. (1991): *Teoría de la Musicoterapia (Aportes al conocimiento del contexto no-verbal)*, Madrid, Mandala Ediciones.

BENENZON, R.O. (1992): *Manual de Musicoterapia*, Barcelona, Ed. Paidós, Col. Educador.

BENENZON, R. y otros (1998): *La Nueva Musicoterapia*, Buenos Aires, Ed. Lumen.

BENENZON, R. (2002): *Musicoterapia, De la teoría a la práctica*, Barcelona, Ed. Paidós.

BETÉS DE TORO, M. (Comp.) (2000): *Fundamentos de musicoterapia*, Madrid, Ed. Morata, .

BRUSCIA, K.E. (1997): *Definiendo Musicoterapia*, Salamanca, Amarú Ediciones, Col. Música, arte y proceso.

DAVIS, WB y otros (2000): *Introducción a la musicoterapia*, *Teoría y Práctica*, Barcelona, Ed. Boileu.

DE LA PEÑA, J.: *Adquisición de la lengua oral*, (s/f), Artículo, <*http://www.jmunozy.org/files/9/Logopedia/Deficiencia-Auditiva/documentos*>

DEL CAMPO, P. (2001): *Lecciones de Musicoterapia*, <http://www.inocente.com/wp-content/uploads/2011/10/MTERAPIA-2002.pdf>

DEL OLMO, M. J. (2009): *Musicoterapia con bebés de 0 a 6 meses en cuidados intensivos pediátricos*, Tesis Doctoral, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina.

DOMÉNECH, J. L. y otros. (1987): *Musicoterapia en la formación del terapeuta,* Valencia, Ed. Nau Llibres.

GARCÍA, J.N. (1.999): *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*, Madrid, Pirámide.

GAUNA, G. D. (2008): *Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez*,, Buenos AiresKOYATUN editorial.

LACÁRCEL, J. (1990): *Musicoterapia en educación especial*, Murcia, Universidad de Murcia.

LACÁRCEL, J. Eufonía: Didáctica de la música, **ISSN** 1135-6308, Nº 37, 2006 (Ejemplar dedicado a: Intervención en el alumnado con necesidades educativas especiales) , págs. 21-35

LAGO, P. (2004): *La Música como lenguaje de Expresión y Comunicación*.

MONFORT, M. y JUÁREZ, A. (1980): *El niño que habla*, Madrid, Nuestra Cultura, .

NÚÑEZ, J.C. y otros (1997): «Características afectivas y emocionales de los estudiantes con dificultades de aprendizaje», *Revista Galega de Psicopedagogía*, 14-15..

POCH, S. (1999): *Compendio de Musicoterapia. Vol. 1*, BarcelonaEd. Herder.

ROSALES, E.*:* «La musicoterapia en la reeducación de niños con problemas de lenguaje», *http://doces.es/uploads/articulos/*

SABBATELLA, P. (2005): *Intervención musical en el alumnado con necesidades educativas especiales: delimitaciones conceptuales desde la pedagogía musical y la musicoterapia*. *Biblid (0214-137X (2005) 21; 123-139).*

SANTIUSTE, V. y J.A. BELTRAN (1998): *Dificultades de Aprendizaje*, Madrid, Síntesis.

SCHAPIRA, D. y otros (2007): *Musicoterapia. Abordaje Plurimodal*, Ed. ADIM.

THAYER, E. y otros- (1993): *Tratado de Musicoterapia*, México, Ed. Paidós Mexicana, Col. Psiquiatría. Psicopatología y Psicosomática, n. 46.

WIGRAM, T y otros (2002): *A Comprehensive Guide to music Therapy*, Jessica Kingsley Publishers.

WILLEMS, E. (1984): *Las bases psicológicas de la educación musical*, Buenos Aires, Ed. Eudeba.