

1. PRESENTACIÓN

He elegido esta temática para mi investigación, principalmente porque la música es un tema que me gusta y que en realidad agrada generalmente a todo el mundo, además la música es algo que ha estado inmerso en nuestros días desde hace millones de años y muchas de nuestras vivencias están relacionadas con la música. Por ejemplo, desde pequeños nuestros padres nos cantaban nanas para dormirnos, la mayoría de juegos infantiles van acompañados de ritmos y melodías, y durante nuestro crecimiento y socialización nos acompañan nuestros artistas musicales favoritos, la educación musical en el colegio, etc.

Además, otra de las razones por la que me he sentido atraída por este tema es porque la musicoterapia es una ciencia relativamente joven de la que había oído hablar pocas veces y tengo la curiosidad de conocer más sobre ella, ya que me parece una metodología muy interesante para trabajar con el alumnado con necesidades educativas especiales, de modo que favorezca el desarrollo de éstos.

Siempre he pensado que la música tiene algo especial que hace remover emociones y recuerdos en las personas. Hay estilos de música que nos gustan y nos hacen sentir bien, pero también hay música que nos desagrada despertando sentimientos y actitudes negativas. Por ello, pienso que usar la música como terapia es una gran idea para el desarrollo de la comunicación a través de las emociones y como mejora del ámbito de la socialización de aquellas personas que tiene dificultad para reconocer sus emociones y las de las otras personas que las rodean, llegando a controlar sus propias emociones y las de los demás.

En síntesis, el propósito fundamental de esta investigación consiste en, además de superar el TFM, conseguir los siguientes propósitos:

- Realizar un estudio del marco teórico que sustenta esta técnica terapéutica, de modo que nos permita tener una visión de en qué consisten las distintas técnicas terapéuticas que se pueden englobar dentro de la musicoterapia y otras técnicas afines.

- Aprender a diseñar un pequeño proyecto de investigación que sirva de sustento para el desarrollo de una futura tesis doctoral en la que se desarrollen aquellas áreas de interés que se ven más importantes en este trabajo de investigación.
- Aprender a manejar distintas fuentes de recogida de información: bases de datos, revisión bibliográfica, análisis de otras investigaciones similares, etc, de modo que nos permita realizar nuestras propias investigaciones de un modo escrupulosamente científico.
- Producir conocimiento que sirva de sustento y apoyo tanto a la comunidad científica, como especialmente al colectivo docente, de modo que puedan incorporar en su práctica docente metodologías que sirvan para el desarrollo social, personal y emocional del alumnado.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Descripción del concepto de necesidades educativas especiales.

El concepto o término de necesidades educativas especiales fue recogido en el informe Warnock (1981), a partir del cual, Brennan (1988, citado en Sánchez Palomino y Torres González,1998) establece la definición de Necesidades Educativas Especiales (NEE) y Educación Especial (EE), señalando que la necesidad educativa especial aparece cuando alguna deficiencia (mental, física, psíquica..) afecta al aprendizaje del alumno, impidiéndole cumplir lo propuesto en el currículo y necesitando por ello una adaptación del mismo. La educación especial, la define como los recursos y apoyos de aprendizaje usados para satisfacer las necesidades del alumnado de forma eficaz.

Por otro lado, coincido con lo que expresa Roldan (2012), cuando nos afirma que las necesidades educativas especiales no tienen que estar referidas sólo a aquellos niños que tiene dificultades de aprendizaje, sino también a los que aprenden demasiado rápido, refiriéndose al alumnado con altas capacidades intelectuales. Para ambos alumnos deben realizarse adaptaciones curriculares de acuerdo con su necesidad.

	Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE)	Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de educación de Andalucía (LEA)
Artículos relevantes a las NEE	Artículo 71. Referido a los principios del alumnado con NEE, en el que se dice que la administración educativa será la encargada de disponer de los medios y recursos necesarios, establecer los procedimientos precisos y garantizar la escolarización y participación de los padres y tutores, todo ello para conseguir una educación favorable e igualitaria de este alumnado.	Art.113. Correspondiente al principio de equidad, el sistema educativo garantiza el acceso al sistema educativo al alumnado con NEE, considerando a este alumnado como aquel que presenta dificultades en las capacidades de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial, el alumnado de incorporación tardía, el de carácter compensatorio y el que presenta altas capacidades intelectuales. La escolarización de este alumnado se regirá por principios de inclusión

Art.72. Referido a los recursos materiales y personales que debe tener el centro, como pueden ser los especialistas y profesionales cualificados, recursos necesarios para atender al alumnado, la debida organización escolar y adaptaciones curriculares necesarias y colaboración de otras entidades para facilitar la incorporación de este alumnado.

Art.73. Referido al ámbito el cual forma parte el alumnado con NEE, señalando que es aquel que requiere de determinados apoyos y atenciones educativas específicas debido a una discapacidad o trastorno grave de conducta.

Art.74. Referido a la escolarización del alumnado con NEE, la cual se regirá por los principios de normalización e inclusión asegurando la no discriminación e igualdad pudiendo usar medidas de flexibilización de las distintas etapas educativas.

Art.75. Referido a la integración social y laboral de este alumnado, las administraciones públicas fomentarán ofertas formativas adaptadas a sus necesidades específicas y establecerán una reserva de plazas en la enseñanza de formación profesional para este alumnado.

escolar y social.

Art. 114. Referido a la detección y atención temprana, la administración de la junta de Andalucía, establecerá las actuaciones necesarias para detectar e intervenir lo antes posible en cualquier trastorno del desarrollo del alumnado de 0-6 años, sus familiares y su entorno.

Art.115. Corresponde a la formación del profesorado, en la que se incluirán acciones formativas para mejorar la formación de los profesionales en el ámbito de necesidades específicas de apoyo educativo.

Art.116. Correspondiente a los recursos humanos necesarios en el centro para la atención al alumnado con NEE, teniendo que recibir el centro los profesionales adecuados en función de las necesidades del alumnado y medidas curriculares y organizativas que se desarrollen en el centro.

Art.117. Correspondiente a los recursos materiales. Los centros dispondrán de los medios y avances técnicos necesarios para atender al alumnado con NEE de forma adecuada.

Art. 76. Referido al alumnado con altas capacidades intelectuales, le corresponderá a la administración educativa adoptar las medidas necesarias para la identificación y actuaciones adecuadas para su atención.

Art.77.Referido a la escolarización del alumnado con altas capacidades intelectuales, el gobierno establecerá las normas de flexibilización de la duración de las etapas educativas, independientemente de la edad.

Art.78. Corresponde a la escolarización del alumnado de incorporación tardía al sistema educativo español por proceder de otros países o cualquier otro motivo. La administración pública será la encargada de favorecer la escolarización de este alumnado en la edad de escolarización obligatoria.

Art.79. Referido a los programas específicos que las administraciones educativas deben desarrollar para facilitar la integración de aquellos alumnos de incorporación tardía con problemas lingüísticos, competencias o conocimientos básicos.

Art.118. Al alumnado con NEE en centros privados o concertados, la administración educativa les financiará la atención que necesitan.

Art.119. Referido a la adaptación de pruebas al alumnado con necesidades educativas especiales. La administración educativa adaptará para este alumnado las diferentes pruebas de acceso a la enseñanza u obtención de titulaciones.

Art.80. Referido a los principios de compensación de desigualdades en educación, las administraciones públicas desarrollaran acciones de compensación para aquellos que se encuentren en situaciones desfavorables, reforzaran la acción del sistema educativo para evitar la desigualdad por factores socioeconómicos y culturales, correspondiendo a cada comunidad autónoma sus objetivos prioritarios de educación compensatoria.

Art.81. Referido a la escolarización del alumnado con desigualdades sociales, las administraciones educativas de encargaran de garantizar las condiciones favorables para ello, adoptar medidas necesarias y garantizar un puesto escolar gratuito su propio municipio.

Art.82. Referido a la igualdad de oportunidades en el mundo rural, las administraciones educativas deben tener en cuenta las características particulares de la escuela rural para los medios necesarios para atender las necesidades educativas especiales, además prestaran de forma gratuita los servicios escolares de transporte si es necesaria la escolarización del alumnado en un municipio cercano.

	<p>Art.83. Referido a las becas y ayudas al estudio, para garantizar la igualdad y derecho a la educación de todas las personas, el estado establecerá un sistema general de becas y ayudas al estudio.</p>	
--	--	--

Figura1: Cuadro de los artículos relevantes sobre NEE de la LOE y LEA.

En conclusión a las definiciones de NEE expuestas anteriormente, podemos agrupar a este alumnado de la siguiente manera:

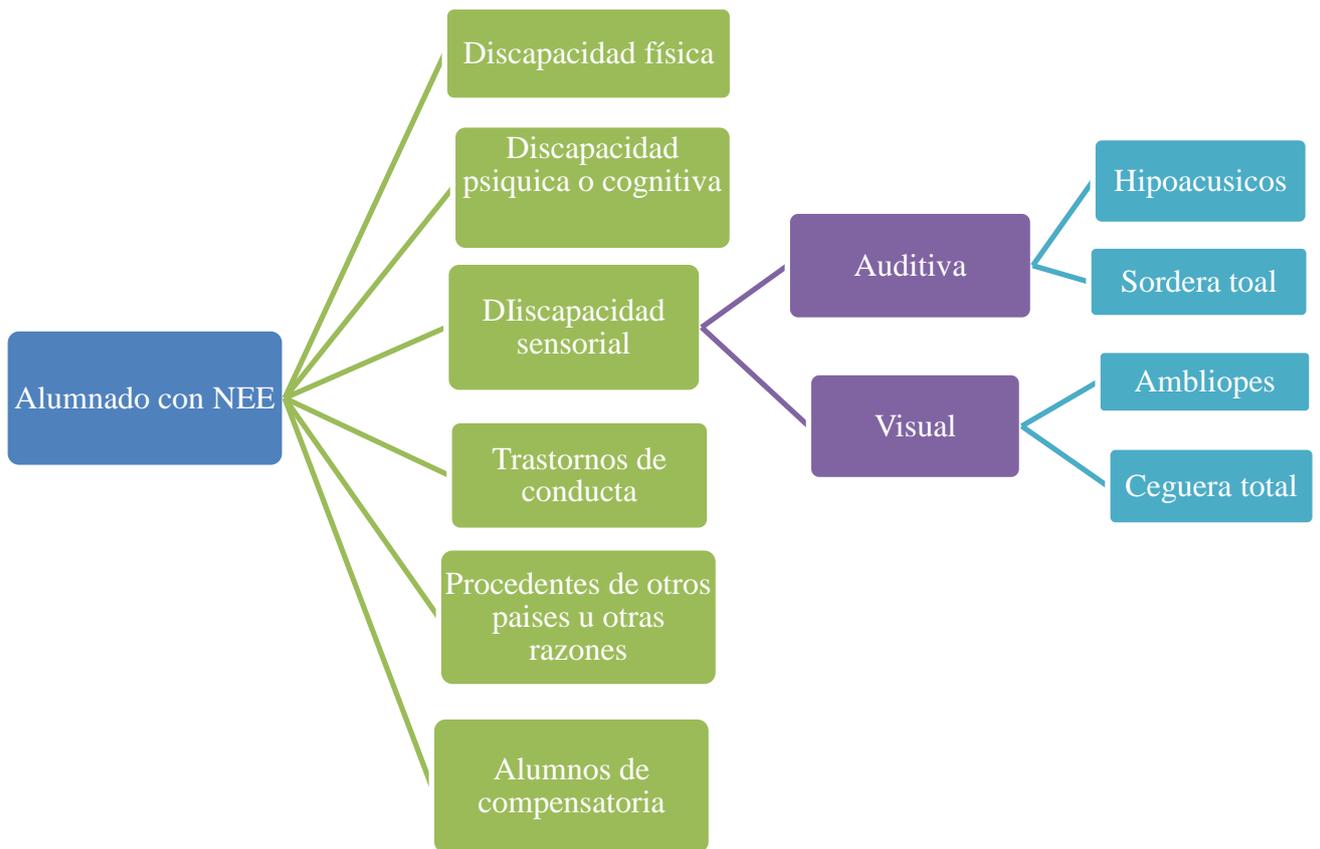


Figura 2: Mapa conceptual sobre las agrupación del alumnado con necesidades educativas especiales.

Actualmente, para atender al alumnado con NEE, debe tenerse en cuenta el principio de inclusión, nombrado en el artículo 74 de la LOE, intentando fomentar prácticas educativas encaminadas hacia la inclusión. Se entiende como inclusión, el proceso de mejora del aprendizaje y participación del alumnado de manera igualitaria, siendo imprescindible la facilitación de las ayudas y recursos necesarios para que puedan subsanar el déficit de partida. Esto es imprescindible para que el alumnado puedan optimizar el rendimiento escolar en las diferentes áreas del curriculum y estar a la altura de los demás alumnos y alumnas y con el mismo nivel de exigencia (Macarulla y Saiz, 2009).

Para que se dé una educación inclusiva, todo el alumnado debe recibir una educación de calidad independientemente de las condiciones sociales, económicas, ambientales o étnicas, y por supuesto de las diferencias de género, sobre todo las mujeres con discapacidad, las cuales siempre han sido las más excluidas en la sociedad durante la historia. Para ello, se necesitan unos recursos económicos, humanos, didácticos, técnicos y tecnológicos que ofrezcan lo necesario y adecuado para cada uno de los alumnos. En la inclusión educativa hay que destacar los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal como principios imprescindibles (Conferencia Internacional “la Educación Inclusiva”, 2010).

Para la atención a la diversidad, pueden destacarse los siguientes medios de organización o principios de procedimiento para guiar el proceso de enseñanza aprendizaje del grupo-clase: interacción, ya que en la vida en el aula tiene que haber comunicación y contacto; flexibilidad, teniendo que adaptarse a las necesidades del alumno, e innovación, ya que hay que usar técnicas y metodología innovadora para fomentar la motivación y buen aprendizaje en el aula (Sánchez Palomino y Torres González, 2002).

Para el fomento de la interacción y cooperación, las principales técnicas inclusivas que se usan en el aula suelen ser las siguientes (Sánchez Palomino y Torres González, 2002):

- Tutoría entre iguales: consiste en que un alumno, con un nivel académico alto, hace de tutor de otro alumno de nivel académico bajo. De esta manera, la

comunicación para ellos es más fácil e interesante. Con esta técnicas los dos alumnos son beneficiados, y puede que lo sea más el alumno tutor, ya que éste debe organizar su conocimiento para enseñárselo a los demás.

- Pequeño grupo colaborativo: se parte de pequeños grupos heterogéneos, los cuales trabajarán distintas tareas de manera grupal compartiendo ideas y conocimientos. De esta manera se fomenta la participación de todos en el aula además de aprender unos de otros.
- El trabajo en equipo: existen diversas técnicas de trabajo en equipo, pero la idea principal o lo más importante es que en el mismo equipo todos dependen de todos para conseguir un mismo objetivo y recompensa común.

Otras técnicas inclusivas que podemos encontrar son las siguientes:

- Aprendizaje autodirigido: con este tipo de aprendizaje, se pretende que el alumnado tome consciencia y responsabilidad de su propio aprendizaje, ya que a través de éste, los alumnos se planificarán los objetivos, estrategias de aprendizaje y evaluación. Para ello se usan materiales autosuficientes, actuando el profesor como un facilitador de este recurso (Almeida, 2010).
- Aprendizaje cooperativo: es el uso de grupos reducidos de alumnos, los cuales trabajan de manera conjunta con la finalidad de ampliar su aprendizaje y el de sus compañeros de grupo, logrando todos ellos unos objetivos comunes ayudándose unos a otros. Para realizar un buen trabajo, cada miembro del grupo debe cumplir un rol, como pueden ser los siguientes: Portavoz, secretario, internauta, avisador, gestor del tiempo. Podemos encontrar tres tipos de aprendizaje cooperativo: los grupos formales, los cuales tienen una duración de semanas o meses trabajando de manera conjunta; los grupos informales que duran desde unos minutos hasta la hora completa de clase y los grupos de base cooperativos, los cuales tienen una duración a largo plazo, por lo menos de un año o curso escolar. Éste último grupo permitirá que los alumnos mejoren sus relaciones interpersonales y progresen en sus obligaciones escolares aportando un mayor desarrollo cognitivo y social que los demás grupos al ser grupos

permanentes durante todo el curso. Es muy importante que los grupos sean heterogéneos para que todos se beneficien de todos. El docente, especificará los objetivos propuestos de las tareas, supervisará el trabajo realizado por los alumnos, explicará las tareas e intervendrá como apoyo para la mejora del aprendizaje grupal evaluando finalmente la eficacia del grupo (Johnson, Johnson y Holubec, 1992; Johnson, Johnson y Smith, 1991 Citados en Johnson, Johnson y Holubec, 1999).

- Grupos interactivos: consiste en la creación en clase de grupos heterogéneos de alumnos de distintos niveles de aprendizaje, sexo y procedencia. Cada grupo realizará una actividad diferente pero todas estarán relacionadas con un mismo tema global, habiendo una coherencia entre ellas. En cada grupo habrá una persona adulta para explicar y proporcionar apoyo en la tarea. La realización en el aula de grupos interactivos favorece un ambiente inclusivo, la comunicación, relaciones interpersonales, mejora de la autoestima, el autoconcepto y no discriminación (Molina Roldán, 2007).
- Tutoría compartida: es una estrategia educativa, que consiste en asociar a cada alumno un segundo tutor que le proporcione orientación mediante tutorías adaptadas y personalizadas, donde intervendrá la familia, el segundo tutor y todo el equipo educativo, con la finalidad de que el alumno mejore tanto de manera personal como académicamente. Para ello, el alumno tiene que firmar un contrato de trabajo para el cumplimiento de una serie de tareas, en las que tanto el tutor como el alumno deben de estar de acuerdo, siendo muy importante la relación de afecto e intereses comunes entre ambos para conseguir resultados positivos en el alumno. Alumno y tutor deben reunirse por lo menos una vez a la semana para ver la evolución de los compromisos expuestos en el contrato de trabajo (Martin y Mauri, 2011).

Una experiencia de tutoría compartida: En el IES “Antonio María Calero” de Pozoblanco, se organiza un proyecto de tutoría compartida como prevención ante situaciones de mala convivencia o fracaso escolar en el centro. El alumnado al que va dirigido el proyecto de tutoría compartida, es aquel que tiene comportamientos

disruptivos, absentista, visto como irrecuperable. Después de la realización de este proyecto, los profesores comentan los resultados positivos de esta experiencia: mejora en el alumnado el comportamiento, autoestima y motivación, haciéndoles ver que son capaces de avanzar y conseguir lo que se han propuesto. Esto supone una mejora de la convivencia a nivel de centro. Otro beneficio de esta técnica es que se reducen los partes y las expulsiones y con ello los conflictos y problemáticas en el centro. Según esta experiencia, un 80% del alumnado ha mejorado en el aspecto emocional y las relaciones con los compañeros y profesores, y a nivel académico un 30 % ha conseguido continuar sus estudios mediante ciclos formativos y bachillerato (Video IES Antonio Calero, 2010).

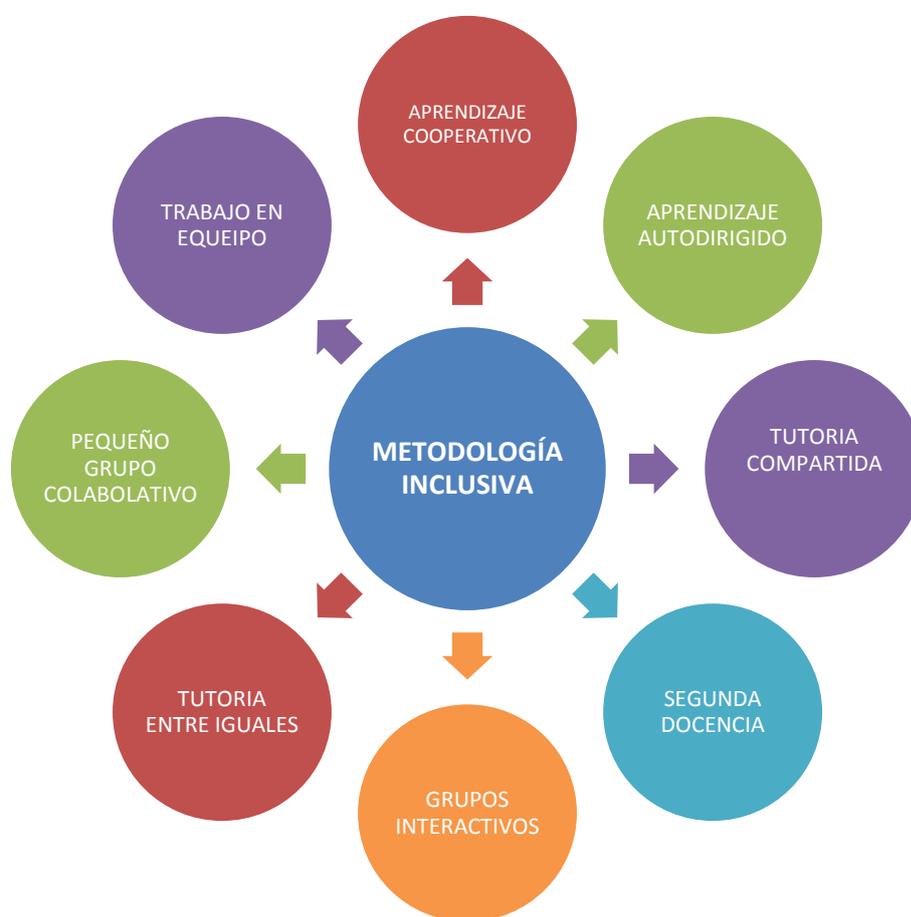


Figura 3. Representación gráfica de las metodologías de educación inclusivas

Este tipo de metodologías inclusivas son alternativas complementarias a la intervención mediante musicoterapia en alumnado con necesidades educativas especiales. Los efectos de mejora en diferentes aspectos del desarrollo humano han sido evidenciados por estudios recientes (Miquel, Durán, Ruiz Caballero et al, Pérez Galán, 2007; Escarbajal, 2010; Gallego, 2002). Además, estas técnicas inclusivas, son una buena opción o alternativa para atender al alumnado que se cree irrecuperable o que puede llegar al fracaso escolar por comportamientos disruptivos o absentismo escolar, consiguiendo buenos resultados en este aspecto.

2.2. Terapias empleadas para el desarrollo humano en personas con discapacidad

Podemos encontrar distintos tipos de terapias alternativas que pueden ayudar a los alumnos con necesidades educativas especiales a superar ciertas dificultades, entre ellas podemos destacar las siguientes:

- Arteterapia
- Danzaterapia
- Terapia asistida por animales
- Musicoterapia

➤ **Arte-terapia**

El Arterapia es un método terapéutico introducido en España hace poco tiempo, considerado como una disciplina relativamente joven, basada en procedimientos artísticos como dibujo, collage, pintura, escultura..., en unión con la psicoterapia, dando lugar a una comunicación no verbal como medio de expresión tanto consciente como inconsciente. A través de la práctica del arteterapia, se pretende mejorar sobre todo los problemas sociales, emocionales y psicológicos, teniendo como base la creatividad. Esta terapia ayuda tanto a las personas con discapacidad como sin discapacidad, a tener un conocimiento sobre sí mismo y mayor bienestar psicológico (Vaillancourt, 2009 y Domínguez-Toscano, 2004).

Reyes (2003, 2004), basándose en observaciones clínicas de terapia a través del arte con grupos con personas con deficiencia mental, destaca los siguientes factores o beneficios que produce el arte como terapia:

- La arte terapia revela aspectos del yo siendo un medio para el desarrollo del auto-concepto a través de la creatividad en las obras creadas por uno mismo, (Reyes, 2004).
- El proceso creativo fortalece las funciones yoicas (Killink y Greenwood, 1997).
- A través de los materiales artísticos y la capacidad de realización de una actividad, se desarrolla la autoimagen y el sentimiento de competencia (Charlton, 1987).
- La actividad del arte combate la ansiedad y favorece las relaciones sociales (Skaife y Huet,1998).
- Las actividades creativas favorecen las relaciones interpersonales, la autoexpresión y la comunicación a través de las actividades no verbales. (Dalley y Case, 1993).
- Las actividades creativas a través del arte, también favorecen la exploración y tolerancia de sentimientos no tolerados como la agresividad o ideas delirantes (Sarra, 1998).
- También da lugar a la aparición de recuerdos de la infancia que ofrecen continuidad vital, es decir, nos conecta con nuestras vivencias y experiencias pasadas (Molloy, 1997).
- Las actividades artísticas mediante un proceso grupal favorecen la cohesión y dinámica grupal (Reyes, 2004).
- Además la imagen creada favorece las ansiedades grupales (Skaife y Huet, 1998).

Según diversos estudios revisados por Reyes (2003), el arte-terapia en grupo favorece el aprendizaje social y habilidades de relación, disminuyendo el sentimiento de aislamiento. Además esto conlleva también una mejora en la terapia individual. Por otro lado, lo único que podemos destacar en contra de realizar esta terapia grupalmente, es que los pacientes recibirán menos atención individualmente (Domínguez-Toscano, 2004).

La musicoterapia, la dramaterapia o la danzaterapia, también forman parte de las terapias artísticas (Domínguez-Toscano, 2004).

Odell-Miller et al (2006, citado en Reyes 2003) evalúa la efectividad de las terapias artísticas (terapia-danza, movimiento, musicoterapia, arteterapia) en personas con trastornos mentales severos de larga duración. Este estudio dió como resultado una mejora en la autoestima y en el desarrollo de la expresión de problemas en este tipo de personas.

Del mismo modo, el trabajo con las artes ayuda al desarrollo personal y emocional, ya que la expresión mediante dibujos, símbolos, movimientos o cualquier otra forma no verbal es más fácil transmitir las emociones y los pensamientos conscientes e inconscientes (Duncan, 2007).

Una de las expresiones de uno de los pacientes en una experiencia con arteterapia es la siguiente: *“no sé si por defecto de los medicamentos es como que si no pensara en nada, estoy como seco, antes cuando estaba enfermo pensaba demasiado”...”si pienso mientras dibujo..., puedo expresar...”* (Reyes 2003).

En el comentario de este paciente se ve reflejado el poder de la arteterapia en la acción conjunta de cuerpo y mente, permitiéndole analizar su pensamiento a través de los dibujos y dándole la oportunidad de expresarse.

➤ **Danzaterapia**

Es la terapia a través del movimiento, que despierta en las personas armonización en los planos corporal, mental y espiritual. También se usa como medio de comunicación y expresión no verbal (Vaillancourt, 2009).

La danzaterapia forma parte de las terapias artísticas, usa el movimiento y la danza de manera psicoterapéutica para conseguir la integración de los procesos corporales, emocionales y cognitivos, ayudando de esta manera al desarrollo personal de las personas (Koch y Bräuniger, 2006).

Como cualquier terapia artística, en danzaterapia la creatividad también es una de sus características más importantes, que permite expresar aquello que más nos cuesta expresar mediante palabras, como pueden ser sentimientos, emociones, recuerdos, impulsos y necesidades de manera grupal (Wengrowe y Chaiklin, 2008).

➤ **Dramaterapia:**

La Dramaterapia es la terapia mediante del arte dramático aplicada tanto a individuos como a grupos, que ayuda a la integración física y emocional de la persona, así como al crecimiento personal, expresándose mediante la interpretación de diferentes roles (Vaillancourt, 2009).

En dramaterapia se trabajan actividades que incluyen la expresión corporal, la mímica, el movimiento, la rítmica, el trabajo de voz, creación de roles, poesía, improvisación, monólogos, relato oral, psicodrama, máscaras, esculturas, mitos, historias, metáforas y rituales (Torres-Godoy, 2001).

Los principales beneficios que podemos encontrar a través de la práctica de la dramaterapia, son los siguientes (Camacho, 2013; Cornejo y Levy, 2003):

- Como acto principalmente social, genera empatía e identificación con los demás al tener que encarnarse el individuo en el rol del personaje
- Da lugar a la emergencia de procesos cognitivos del individuo
- Promueve la intuición, la espontaneidad, la imaginación y la comunicación a través del cuerpo
- Da la oportunidad de que el individuo se exprese, pueda crear y elegir distintas formas de ser sin ser juzgado
- Favorece la comprensión de lo ficticio y lo real, lo subjetivo y lo objetivo, lo consciente y lo inconsciente, ya que se trabajan dos realidades (la de todos los días y la de la expresión dramática)

➤ **Terapia a través de animales**

La terapia asistida por animales es un medio innovador que ha aumentado en gran medida en los últimos diez años, con el fin de ayudar a manejar situaciones de dependencia funcional, en alteraciones psiquiátricas, trastornos de conducta y a la atención a las personas con necesidades educativas especiales o con alguna discapacidad (Martínez Abellán, 2008).

Cuando son nuestras mascotas las que nos ayudan en la mejora de la socialización, entre otras cosas, los papeles de dueño y mascota cambian, en el sentido de que el animal es quien domestica en este caso al hombre en vez de al contrario (Savishinsky, 1983 citado en Martínez Abellán, 2008).

Después de analizar algunas investigaciones con animales nombradas por Ruckert (1994) y aportaciones de Martínez Abellán (2008), podemos decir que los animales de compañía pueden aportar los siguientes beneficios:

- Mejoran la calidad de vida, aumentando la probabilidad de supervivencia
- Favorecen el desarrollo de la empatía, ya que es más fácil interpretar los sentimientos de un animal que de una persona
- Distraen de las preocupaciones logrando una mejora en la autoestima, y disminuyendo el estrés y ansiedad en la personas con problemas o enfermedades
- La presencia de un animal facilita la superación de enfermedades mentales y físicas
- Mejora las relaciones de comunicación y socialización entre las personas que se encuentren con el animal
- El contacto físico con el animal proporciona un crecimiento psicológico y emocional en los niños

Podemos destacar algunos estudios, que afirman los beneficios positivos del trato con animales, por ejemplo el estudio hecho por la Dra Erika Friedmann, en el que se entrevistaron a 92 pacientes con el fin de ver la relación que hay entre tener un animal de compañía y la recuperación de enfermedades cardíacas. Los resultados de este estudio afirmaron que los animales mejoran la calidad de vida y supervivencia de las personas, ya que la mortalidad fue mucho mayor en aquellos pacientes que no tenían animales de compañía (Ruckert 1987).

Por otro lado, otro estudio hecho por el Dr Michael McCulloch, en el que se realiza una encuesta a 31 pacientes enfermos que tiene un animal de compañía, la mayoría de estos afirmaba que sus mascotas les hacen sentirse mejor y les animan

distrayéndolos de sus preocupaciones. La responsabilidad de tener un animal provoca una mejora en la autoestima (Ruckert 1987).

Para ello se usan distintos tipos de animales:

- Terapia con perros

Los perros de asistencia se han usado desde hace años para ayudar a personas con distintas discapacidades, como puede ser alertar a las personas con discapacidad auditiva sobre cualquier sonido, ayudar a individuos con dificultades de movilidad, guiar a las personas con déficit visual etc. (Oropesa, García Wilson, Puente y Matute, 2009).

La terapia con perros se usa sobre todo con el objetivo de dar cariño a través de los perros a las personas que se sienten solas y aisladas, disminuyendo este sentimiento, sobre todo en los ancianos. Además aporta beneficios físicos, pues sólo la actividad de acariciar al perro produce relajamiento y disminuye la presión arterial (Serrano, 2007).

- La equinoterapia o hipoterapia

En la equinoterapia e hipoterapia, se hace uso del caballo como medio terapéutico, aunque son dos tipos de terapias en las que existen diferencias metodológicas, pues con la primera, se tratan trastornos mentales, como pueden ser el autismo, el Síndrome de Down e incluso la ansiedad, mientras que con la segunda, se tratan problemas físicos como puede ser la hemiplejía u otros problemas, aunque ambas se realizan de manera conjunta (Martínez de Marigorta, 2008).

El hecho de montar a caballo da lugar a resultados bastante positivos en la rehabilitación de músculos, mejora del equilibrio y aumento de la autoestima en víctimas de accidentes graves, parálisis cerebral y otras discapacidades, además de mejorar la calidad de vida de las personas y proporcionar sensaciones que influyen de manera positiva en el desarrollo social, sensorial y motórico (Oropesa, García Wilson, Ventura y Matute, 2009).

- Delfinoterapia

Los delfines nos transmiten sonidos que nos influyen en el sistema nervioso, nos escanean las dimensiones mental, corporal y sistema de valores, para así mandarnos en

el momento adecuado ondas capaces de equilibrarnos y hacernos sentir muy bien (Serrano, 2007).

En Estados Unidos hacia 1978, se realizaron las primeras investigaciones donde se utilizaron delfines con niños discapacitados, destacando como pioneros a Horace Bobbs, de Escocia y el Dr. Nathanson de Florida.

Se inició en España con pacientes con síndrome de Down, depresiones y autismo (Oropesa, García, Ventura y Matute, 2009). Ésta es una terapia novedosa que causa buenos resultados en las personas con depresión, trastornos de comunicación, autismo y otras discapacidades (Martínez Abellán, 2008).

- Terapia con gatos

Son varias las investigaciones que afirman que es beneficioso para la salud tener un gato, pues el contacto con éste reduce el estrés (Oropesa, García, Ventura y Matute, 2009).

Este es uno de los animales recomendado especialmente para personas que se sienten solas y no pueden dedicar mucho tiempo al cuidado de su mascota (Serrano 2007).

- Terapia con animales de granja

La terapia con animales de granja es buena para las personas tímidas, retraídas, con temores, introvertidas y que buscan expansión, ya que los animales como los conejos, las gallinas o los cerdos no se suelen dejar acariciar más que si tienen confianza en uno mismo (Serrano, 2007).

Actualmente estas terapias han aumentado, ya que cada vez más la sociedad se ha ido concienciando y preocupando más por el bienestar de los animales, surgiendo nuevas leyes sobre protección animal y considerando a todos los animales como parte de la sociedad, pero todavía hay mucho por explorar y mejorar en este tema (Balagué, 2012, citado en Martínez Abellán, 2008).

➤ **Musicoterapia**

Como hemos dicho anteriormente, la musicoterapia forma parte de las terapias artísticas y creativas. Es una metodología que usa la música como medio para una comunicación no verbal y simbólica para obtener información sobre el individuo que costaría mucho más conseguir mediante una comunicación verbal. En ella se usa la música como un medio para conseguir ciertos objetivos en las personas, en este caso pacientes. Además, la música tiene un componente lúdico que hace la terapia y la comunicación más eficaz que cualquier otra terapia verbal (Martín Luengo, 2010)

Los beneficios, diferentes definiciones, creencias, aplicaciones y aportaciones sobre esta metodología, se desarrollaran en los siguientes epígrafes de manera más detallada.

2.3. Música y musicoterapia

La música siempre ha estado inmersa en todas las culturas y es un medio de expresión que todas las personas usamos sin haberlo estudiado. Además, la música es algo que acompaña al niño desde antes del nacimiento, pues a los 7 meses en el vientre, puede percibir sonidos sobre todo la voz de la madre, por eso es muy importante que la madre le hable y le cante nanas para contribuir a su vínculo sonoro. Ésta, está compuesta por diversos elementos: ritmo, melodía, armonía, timbre, tempo, matices, intensidad, que hacen que nos sirva para expresarnos y comunicarnos a través de las emociones, imágenes y movimientos, diferentes en cada una de las personas según su desarrollo (Vaillancourt, 2009).

Podemos encontrar muchas definiciones de musicoterapia por diferentes autores. La más usada es la elaborada por la asociación estadounidense de musicoterapia, Nacional Association for Music Therapy: “La musicoterapia es el empleo de la música para alcanzar objetivos terapéuticos: la recuperación, conservación, y mejoría de la salud mental y física” (NAMT, 1980 citada en Bruscia, 2007).

Cada autor expresa una definición de acuerdo a sus creencias personales y profesionales (Bruscia, 2007), por ejemplo, Benenzon (2004), define la musicoterapia como el ámbito de la medicina que se encarga de estudiar el ser humano y el sonido, utilizando el movimiento, el sonido y la música para facilitar la comunicación en el ser

humano produciendo efectos terapéuticos. Por otro lado, Lacárcel (1995) la define como la terapia basada en la escucha y producción de la música elegida especialmente por las posibilidades que le da al individuo para expresarse tanto a nivel individual como de grupo. Alvin (1967), la define como el uso de la música para la rehabilitación, educación y entretenimiento de las personas que tienen problemas emocionales físicos y mentales.

Después de leer varias definiciones sobre este concepto, he elaborado una definición propia:

Yo definiría musicoterapia como la ciencia que se encarga de favorecer el desarrollo de todas las personas, independientemente de si tienen algún tipo de problema o no, utilizando la música como terapia. Ayuda en trastornos mentales, afectivos, sociales, motores, de expresión, etc. Desde mi punto de vista, es una ciencia que engloba diversas disciplinas, como pueden ser la educación, la psicología, la música, la medicina..., es decir, ser musicoterapeuta es una profesión muy completa a nivel de conocimientos, que puede ayudar como refuerzo en la mejora de las personas que padecen algún trastorno o deficiencia. Por ejemplo, un niño que tiene una deficiencia motora, las actividades de musicoterapia aportarán un apoyo y refuerzo a la rehabilitación que éste realice (Bruscia, 2007 y 1997; Alvin, 1967; Benenzon, 2004).

No podemos confundir musicoterapia con educación musical, pues aunque tienen ciertas similitudes o aspectos en común, también podemos encontrar diferencias entre ambas disciplinas según (Sierra, 2010; Benenzon, Hersy de Gainza y Wagner, 1997):

	Educación musical	Musicoterapia
Aspectos en común	<ul style="list-style-type: none"> - Ambas ayudan en el bienestar de las personas y a la mejora del desarrollo de sus potencialidades - En ambas la música es el principal elemento - Proponen objetivos y ejecuciones musicales 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Usan la música como medio de lenguaje y comunicación - Se establecen relaciones personales (maestro alumno y terapeuta cliente) 	
Diferencias	<ul style="list-style-type: none"> - Se usa como un fin en sí mismo - Es un proceso cerrado e instructivo basado en un currículum - Está dividida en temas - Objetivos universales - Valor pedagógico - Mismos criterios de evaluación para todos - El profesional es un profesor/a - Los contenidos se encuentran en el profesor 	<ul style="list-style-type: none"> - Se usa como un medio para producir cambios en la persona - Es un proceso abierto, experimental, interactivo y evolutivo - Los contenidos son dinámicos y se van creando. - Objetivos individuales y particulares - Valor terapéutico - Evaluación individualizada - El profesional es un/a musicoterapeuta. - Los contenidos se encuentran en el cliente

Figura 4: Cuadro de las diferencias y semejanzas de música y musicoterapia

La musicoterapia abarca varios ámbitos de aplicación, de los cuales podemos destacar los siguientes (Bruscia, 1996):

- En el ámbito educativo, se ha hecho el uso de la música o musicoterapia en un aula o grupo, con objetivos curriculares de aprendizaje evolutivo. En este ámbito podemos distinguir entre la educación musical especial destinada a facilitar el aprendizaje musical de los alumnos, y la musicoterapia en educación especial, la cual está más enfocada a la ayuda en el desarrollo de habilidades educativas esenciales en los alumnos con distintas discapacidades.
- **Ámbito conductual**, en el que la música y la musicoterapia se usan como medio de cambio en los comportamientos. Podemos distinguir entre música funcional, usada para la influencia en estados de ánimo y de comportamiento para fines comerciales, educativos, del trabajo o del hogar; musicoterapia conductista usada para la modificación de comportamiento adaptativos, y la psicoterapia musical conductista destinada para el tratamiento de alteraciones de conducta mediante experiencias musicales.
- En el ámbito psicoterapéutico, usamos la música y la musicoterapia para la solución de problemas emocionales o interpersonales.
- **Ámbito pastoral**, en el que la música y la musicoterapia se usa para finalidades religiosas, como puede ser la estimulación de experiencias espirituales y desarrollo de relación con Dios, facilitando más meditaciones religiosas y mejora el crecimiento emocional.
- En el ámbito médico y curativo, la música y la musicoterapia se usan como medio de prevención, tratamiento o recuperación de diversas enfermedades antes, durante y después del tratamiento médico, además, el sonido, la música y la musicoterapia promueven el bienestar o curación de mente, cuerpo y espíritu.
- También se usa esta metodología en el ámbito recreativo con finalidad de entretenimiento y diversión. En este ámbito podemos hacer uso de

la música para celebraciones y ceremonias, para desarrollar actividades de tiempo libre y diversión y para ayudar a las personas ha desarrollar habilidades recreativas y uso del tiempo libre.

La musicoterapia se basa fundamentalmente en el principio de ISO. La palabra ISO proviene del griego, este ésta formado por nuestra experiencias sonoras desde el nacimiento hasta nuestro días, con lo cual, va a determinar el conjunto de sonidos y movimientos que caracterizan individualmente al individuo. Para que haya un canal de comunicación entre el terapeuta y el paciente, tiene que haber coincidencia entre el tempo mental del paciente y el sonoro-musical que expresa el terapeuta (Benenzon, 1997 y 2004).

Podemos encontrar 5 tipos de ISO (Benenzon, 1992 citado en Trallero, 2000 y Benenzon, 2004):

- ISO Gestáltico: va a determinar las características musicales del individuo, ya que está formado por nuestras experiencias sonoras a lo largo de nuestra vida.
- ISO Cultural: está ligado al ISO Gestáltico, y forma parte de la identidad sonora cultural del individuo
- ISO Universal: forma parte del ISO Gestáltico. Es la estructura sonora que caracteriza a todos los seres humanos, como por ejemplo el latido del corazón, la respiración...
- ISO Grupal: es la identidad sonora de un grupo étnico, nación o pueblo
- ISO Complementario: se estructura temporalmente por los cambios ambientales o psicobiológicos del individuo que se producen cada día

Para conocer el ISO del paciente, Benenzon (1994) propone un modelo de ficha para anotar las experiencias musicales de la persona. En esta ficha le harán cuestiones al sujeto sobre su experiencia con la música en la actualidad y en el pasado y la de sus padres. Algunas de las preguntas son las siguientes, entre otras: ¿Qué instrumentos musicales le gustan? ¿Qué música prefiere? ¿Qué ambiente musical rodeó su embarazo y nacimiento? ¿Cuáles fueron las primeras canciones que escuchó? ¿Cuál es su país de origen? ¿Qué sonidos rechaza y cuáles no? Etc. (Trallero, 2000).

Los principales recursos para la aplicar la musicoterapia son el propio cuerpo, instrumentos musicales y la voz, además se puede usar material de psicomotricidad, como colchonetas, rulos, cuñas etc., y material discográfico de diferentes estilos (Trallero, 2000 y Sierra, 2010)

2.4. Historia de la musicoterapia

Aunque la musicoterapia es una ciencia joven, la música es un elemento que se ha usado durante mucho tiempo atrás en la historia. Los primeros en usar la música como terapia para la cura de ciertas enfermedades fueron los chamanes y médicos-brujos de las tribus quienes comenzaron a usar cantos y estructuras rítmicas como medio curativo (Sierra, 2010).

El recorrido histórico de la música ha pasado por varios periodos: mágicos religiosos, filosóficos y científicos. La evolución y creencias en los distintos periodos, han dado lugar a un significado polisémico del concepto de musicoterapia (Palacios, 2001).

En todas las culturas de la antigüedad, se ha hecho uso de rituales con música, por ejemplo, los griegos consideraban la música como algo divino que influía en el pensamiento, las emociones y la salud (Gfeller y Davis, 2000), los romanos también usaban elementos de la cultura griega como música amorosa para curas de patologías como el insomnio o enfermedades mentales. Para los egipcios era relevante también su efecto sobre las emociones y cura de enfermedades; en la civilización hindú emiten una serie de sonidos para el desarrollo de facultades mentales y espirituales e incluso en la cultura china se han experimentado propiedades curativas a través de la música (Palacios, 2001).

En las civilizaciones antiguas, la música ha tenido un papel importante en ritos de curaciones mágicas y religiosas (Gfeller y Davis, 2000), pues en esta época creían que el sonido tenía un origen sobrenatural (Alvin, 1967).

En la edad media y el renacimiento, la música siguió evolucionando para combatir la enfermedad, creándose cierta integración entre música, medicina y arte (Alvin, 1967).

En el siglo XVIII, la música fue bien acogida en el tratamiento médico, pues fueron varios los sujetos que tuvieron interés en el uso de la música en este ámbito. Esto se puede evidenciar a partir de una serie de artículos publicados durante este periodo por autores anónimos, uno de ellos publicado en la columna Magazine en 1789 titulado “La música considerada físicamente”, en el que el autor saca como conclusión que el estado mental de la persona afecta a su salud física y que la música puede actuar como agente terapéutico sobre las emociones. Otro artículo relevante con autor anónimo titulado “Cura notable de una fiebre a través de la música”, publicado en 1976 en el New York weekly Magazine, cuenta la anécdota de un músico francés que se recuperó de unas fiebres muy graves tras la ejecución de un concierto de música que él mismo había pedido (Gfeller y Davis 2000).

En este siglo, en EEUU ya se usaba la música para el trato de problemas físicos y mentales (Gfeller y Davis 2000). Por otro lado, en España también encontramos varios autores relevantes en la música de esta época, como puede ser: Pedro de Mejía, Andrés de Laguna, Fray Luis de León, Miguel de Cervantes, etc. (Palacios, 2001).

En el siglo XIX podemos encontrar tesis doctorales y artículos de revistas que contribuyeron en gran medida al estudio de la musicoterapia en esta época sobre todo en el ámbito médico.

Gfeller y Davis (2000), nos hablan en su libro de dos tesis doctorales de dos estudiantes de medicina, Edwin Atlee y Samuel Mathews, que aportaron lo siguiente en esta época:

“El objetivo de la breve tesis doctoral de Atlee fue tratar los efectos producidos en la mente a través de la impresión de ciertos sonidos modificados llamados música, que espero demostrar, tienen una influencia sobre la mente, y consecuentemente sobre el cuerpo”. “Sugirió que la música tiene la capacidad de estimular e influir sobre una variedad de emociones incluyendo la alegría y la tristeza. La parte final de la tesis doctoral de Atlee trató los efectos positivos de la música en una variedad de enfermedades mentales y físicas, y describió tres casos en que se trataron con éxito a pacientes con música.” (Gfeller y Davis, 2000: 20).

“Mathews nombró los beneficios de la música en el tratamiento de la mente y el cuerpo, por ejemplo para aliviar la depresión recomendó utilizar música que

igualara el estado de ánimo del paciente (lo que hoy se conoce como principio de ISO)". "utilizó la biblia para apoyar sus declaraciones, volviendo a contar la historia de los efectos terapéuticos de tocar el arpa de David sobre las dificultades psicológicas de Saúl" (Gfeller y Davis, 2000: 20).

La utilización de la música en esta época empezó a difundirse en instituciones educativas, incluyendo la música en el curriculum. En los años ochenta, en España no se pensaba que la música pudiera formar parte del sistema educativo, pero no fue así, pues en 1990 se llevó a cabo una reforma en la que se incluyó la enseñanza de la música, la danza, el arte dramático y las artes plásticas por el interés social sobre éstas (Rodríguez Espinilla, 2001).

En la década de los noventa hubo un gran impulso en el intercambio de ideas y conocimientos sobre la musicoterapia debido a la cooperación entre universidades e investigadores a través de redes de comunicación en internet, convirtiéndose éste en una pieza fundamental que ha posibilitado un rápido avance en ésta temática (Sabbatella, 2001).

Desde una perspectiva internacional, hay una mayor difusión de información e investigaciones en el ámbito iberoamericano y anglosajón, habiendo más recursos en servidores de bases de datos y servicios a través de internet en inglés, aunque con el paso del tiempo se ha ido generalizando y creando páginas web con contenido de musicoterapia en español y portugués. Así mismo, la enseñanza y la práctica de la musicoterapia de forma internacional, han tenido lugar en más de treinta y ocho países, destacando Argentina, Alemania, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Francia, Finlandia, Holanda, Israel, Portugal, Noruega, Suiza, Uruguay y Suecia como países con una titulación universitaria reconocida. El primer plan de estudios universitario destinado a esta formación fue en el año 1944 en Michigan State University (USA). El año 1950 se destaca como fecha de comienzo de la musicoterapia de forma profesional con la fundación de la Asociación Nacional Norteamericana de Musicoterapia (NAMT) (Gaston, 1968; Maranto, 1993; Boxberger, 1963; Erdonmez, 1996 citados en Sabbatella 1999).

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, en España podemos encontrar mucha información sobre la musicoterapia y su aplicación, pero no era

una profesión legalmente reconocida con una titulación oficial en el ministerio de educación, solo existía como estudio de post grado y cursos de formación continua. Al no tener una realidad legal, surgieron varias críticas sobre su mala difusión laboral y social, de esta manera se comenzó a tomar en cuenta la inclusión de la musicoterapia como estudios universitarios con la labor y colaboración de distintas universidades, asociaciones, centros de musicoterapia y profesionales de este ámbito (Gfeller y Davis, 2000 y Sabbatella, 1999).

La musicoterapia ha ido tomando forma hasta nuestros días, teniendo en la actualidad un carácter científico y profesional. Se ha extendido poco a poco por varios países de Europa y por las distintas universidades, siendo todavía una disciplina relativamente joven. En Alemania, Austria, Francia, Hungría, Reino unido, son algunos de los países en los que se promueven programas de musicoterapia y formación de musicoterapeuta, en los que han destacado muchos autores como Juliette Alvin, Jacques Jot, Natanson... En América también está extendida esta terapia, destacando Argentina con el pionero Rolando Benenzon, fundador de la asociación argentina de musicoterapia que ha impartido cursos por todo el mundo. Pero sin duda, el país donde más se ha desarrollado y donde más profesionales e investigaciones podemos encontrar es en Estados Unidos, destacando como las grandes figuras de este siglo a Thayer Gaston y Myrtle Fich Thompson. A partir de 1950 se extiende por China, Japón, Sudáfrica y Australia. En España la musicoterapia ha sido estudiada por Serafina Poch. Se han celebrado actividades docentes en la universidad de Valladolid dirigidos por profesores como Morante, Poch, Brotons y otros. Los manuales más conocidos en nuestro país son el tratado escrito por Thayer (1982), el de Edgar Willems (1970), Alvin (1978), Benenzon (1985), Josefa Lacárcel Moreno (1990) y más reciente el de Serafina Poch (I y II, 1999), que ha aportado información bastante relevante en este tema (Palacios, 2001).

Este recorrido histórico de la musicoterapia, nos muestra que la música siempre ha causado efectos en las personas y en la sociedad, resultando su aplicación necesaria para la curación, desarrollo, educación, expresión y una larga lista de usos según muchos testimonios (Palacios 2001).

De esta manera, poco a poco podemos ir viendo el avance e importancia que ha ido desarrollando la música y la musicoterapia a lo largo del tiempo,

comenzando en las épocas antiguas con un enfoque y creencias mágicas y religiosas, pasando posteriormente a otros enfoques y ámbitos teniendo actualmente más repercusión sobre todo en el ámbito de la educación y la medicina como complemento u apoyo.

2.5. Beneficios y desarrollo actual de la musicoterapia

Como se ha destacado en el epígrafe 2.3, la musicoterapia puede ser aplicada en diferentes áreas o ámbitos, como la educación, la medicina..., con lo cual, los beneficios que ésta aporta van dirigidos a una población bastante amplia, abarcando diversas edades, tanto a niños, adultos como ancianos. Destacamos la población diana con los siguientes problemas (Sierra, 2010 y Trallero, 2000): Discapacidad física, psíquica y/o la sensorial, enfermedades degenerativas debidas a la edad (alzhéimer entre otras), drogadicción y alcoholismo, dolores agudos o crónicos por diversas razones, problemas familiares y de pareja, problemas de conducta, estrés, ansiedad y autoestima, intervenciones quirúrgicas, odontología y partos, problemas de expresión y comunicación por timidez ,dificultades de capacidad para resolver problemas, y por supuesto en todos aquellos alumnos que presentan necesidades educativas especiales.

Para conocer el estado actual sobre los efectos y el desarrollo mediante la intervención con musicoterapia, se ha realizado una revisión de los estudios encontrados más recientes de forma internacional y nacional, que abarcan distintos tipos de sujetos y con necesidades educativas especiales y distintos ámbitos de desarrollo, dando mayor relevancia a cuestiones que giran alrededor de los efectos de esta terapia en las habilidades sociales y emocionales, como puede ser la asertividad, el autoconcepto, el desarrollo de habilidades comunicativas, y/o avances sobre esta temática.

Varios estudios analizan el efecto de la musicoterapia en la conducta emocional de las personas en distintos ámbitos de aplicación. Así, Parra (2005), analiza los efectos de la musicoterapia en tres variables relevantes para el afecto de las personas: autoestima, estado de ánimo y asertividad en mujeres maltratadas. En esta investigación encontró efectos significativos en las tres variables antes mencionadas. Aun siendo un estudio de caso único y no pudiendo generalizar los resultados al resto de la población, estos hallazgos arrojan una evidencia empírica. En el estudio de Poch (2001) utiliza como programa de intervención la musicoterapia. En este caso la investigación estaba

dirigida al alumnado desde educación infantil hasta educación secundaria, con la intención de mejorar la conducta emocional de estos sujetos en los centros en los que estaban escolarizados. Uno de los programas de intervención se aplicó en el centro Princesa Sofía de Madrid y consistió en exponer al alumnado a audiciones mediante el servicio de megafonía del centro escolar. Los hallazgos que presenta este estudio relatan la mejora en el proceso de adaptación de los sujetos, reduciendo el tiempo del llamado periodo de adaptación y que se manifestó en una reducción de los síntomas que los sujetos expresaban: menos llantos y/o más breves en las despedidas de los progenitores, reducción de los problemas de conductas en las entradas y salidas al centro escolar, incremento de la satisfacción y la alegría a la hora de realizar las tareas escolares y permanecer en el centro. De manera indirecta, también contribuyó a hacer el trabajo de los adultos más agradable y satisfactorio. El segundo estudio lo desarrollo en el colegio público de enseñanza primaria “Ramón Llull” de Barcelona. Durante este estudio se centraron en el alumnado de menos edad y en aquel otro que tenía rasgos psicóticos. Los resultados a los que llegó fueron muy similares a los descritos en el primer estudio: mayor expresión de alegría en la cara, más concentración en la tarea y el trabajo escolar y mejor relaciones con las personas que lo rodeaban. En el estudio de Gutiérrez, Ibáñez y Prieto (2011), se lleva a cabo un programa de musicoterapia llamado “¡Escúchame!” para la mejora de la inteligencia emocional con una muestra reducida de sujetos con síndrome de Down de una ciudad española. Este estudio tiene como objetivo el desarrollo de las siguientes variables: empatía, relaciones interpersonales y conductas emocionales. Como instrumentos de recogida de datos han usado: el protocolo de recogida de conductas emocionales observables, cuaderno de campo y entrevista a profesionales de la asociación Iberdown. Los resultados alcanzados al contrastar los datos cualitativos y cuantitativos, han sido positivos obteniendo una mejora en las variables propuestas como objetivos del estudio.

Valverde y Sabeh, (2011) presentan un programa de musicoterapia para personas con discapacidad intelectual que envejecen, con la finalidad de aportar una mejora en la autoestima, autonomía, reconocimiento, expresión y regulación de las emociones. Para ello se aplicaron técnicas musicoterapéuticas: la escucha de música, ejecución, improvisación vocal e instrumental, expresión a través del movimiento. Con la realización de este programa se obtuvieron resultados positivos en el área socioemocional y actitudinal de estos sujetos.

Alegre (2007), expone un programa de musicoterapia en un aula hospitalaria del hospital clínico de Salamanca, destinado a niños con edades comprendidas entre los 3 y 12 años en condiciones de salud que no les permitía ir al colegio, y los niños del hospital de día que pasaban allí muchas horas. A pesar de las diferencias de edad y de salud de estos niños, éstos presentaban las mismas necesidades comprobadas a través de una evaluación inicial, que podían ser atendidas mediante el programa de musicoterapia propuesto. El objetivo de este programa era intervenir en la mejora de vínculos afectivos, interrelación grupal, favorecer la expresión, control emocional, autoestima, distracción. Los resultados obtenidos en la evaluación final del programa mostraron un progreso en las áreas socio-comunicativa, psicoemocional y lúdica, consiguiéndose de esta manera el objetivo propuesto.

Son varios los estudios que demuestran los efectos y beneficios de la musicoterapia en las habilidades sociales y comunicativas. Además los beneficios en este ámbito mostrados en los estudios anteriores, en el estudio de Wiggram y Elefant (2007) se evaluó los efectos de la musicoterapia en las personas con trastornos del espectro autista usando para ello la terapia de placebo, la cual consistió en la realización de actividades creativas, las mismas de las sesiones de musicoterapia, pero sin la utilización de canciones ni instrumentos. Comparando los efectos de la musicoterapia, frente a los de la terapia de placebo, los resultados mostraron un efecto significativo a favor de la musicoterapia sobre la intervención de placebo en la mejora de habilidades comunicativas y sociales. Benavides y Orrego (2010), en su investigación titulada “*La evaluación del desarrollo de las capacidades de referencia conjunta a través de una intervención basada en prácticas musicales en un niño con trastorno de espectro de autismo*”, llevan a cabo un programa de intervención con actividades dirigidas al desarrollo de las capacidades conjuntas de este niño con autismo. Tras esta intervención, se evidencia que a través de la música podemos acercarnos al mundo interno de estos sujetos, significando la música un lenguaje alternativo para ellos, que les facilita la comunicación, ya que la música va más allá de las palabras. En relación a este tema, podemos destacar varios autores, como pueden ser Carvalho, (2012), Leganés (2012), Linares, Arenas; Castaño; Domingo; Herrera; Navas y Roselló, (2013), Luengo (2010), que nos hablan sobre algunas pautas a seguir para el trabajo con niños con TGD mediante musicoterapia, siendo el principal objetivo de este trabajo las mejoras en las áreas de organización espacio-temporal, comunicación y socialización. Estos autores,

entre otros, nos exponen de la intervención y beneficios que la música y la musicoterapia pueden aportar en la comunicación y lenguaje autista. Sobre todo se destaca la década de los 90, en la que se llevaron a cabo más investigaciones en este campo. En este sentido resulta interesante destacar el estudio de Brown (2012), el cual consiste en hacer una revisión y análisis de investigaciones y publicaciones en revistas sobre música y musicoterapia en niños y jóvenes con discapacidad en un intervalo de 10 años, comprendidos entre el 1999 y 2009. Como resultado de este estudio, se observó que la mayoría de investigaciones se habían hecho sobre niños con autismo, a estas les seguían las de los niños con discapacidad intelectual, desarrollo de discapacidades y deficiencias sensoriales, siendo estas últimas las encontradas en menos medida. En conclusión a estos estudios, se puede decir que la musicoterapia ayuda en la mejora de las habilidades sociales, destacando sobre todo los estudios en sujetos con TGD, ya que estos presentan su mayor dificultad en este ámbito.

En el ámbito de medicina y salud, la musicoterapia ha tenido bastantes repercusiones. Por ejemplo según un estudio hecho por Trallero Flix (2004), sobre la musicoterapia creativa en pacientes con cáncer, se tomo como muestra 6 mujeres de entre 35 y 60 años para evaluar los efectos terapéuticos de la música comparando los resultados de un test de ansiedad, un cuestionario y entrevistas, dando como resultado la disminución de la ansiedad, disminución de la tensión muscular, reducción de pensamientos negativos, preocupación y bloqueo, favoreciendo la expresión emocional. Otro estudio sobre la musicoterapia en este ámbito, realizado por Yáñez Amorós (2011) se analizó la información disponible sobre los efectos de la musicoterapia en pacientes con cáncer, dando como conclusión de este estudio, que la musicoterapia en estos pacientes sirve como complemento a la terapia farmacológica, ya que ésta reduce las preocupaciones, sentimiento de miedo, angustia y dolor, contribuyendo a una mejora en la aceptación y desarrollo del tratamiento al que se tienen que someter, como la quimioterapia.

Otro estudio a nivel de salud, sobre el efecto de la musicoterapia en la calidad de vida y en la presión arterial del paciente hipertenso, de Oliveira, Saldao, Cabral et al. (2008), se cogió como muestra a sujetos de ambos sexos mayores de 50 años. Se dividió a estos sujetos en dos grupos: un grupo experimental el cual participo en sesiones musicoterapia además del tratamiento convencional, y un grupo control al que sólo se le administró el tratamiento habitual sin intervención de musicoterapia. A los dos grupos

de le aplicó un cuestionario y se comprobó la presión arterial antes y después de la intervención. Como resultado de este estudio, se observó una mejora significativa en la calidad de vida y en el control de la presión arterial, ultimando que la musicoterapia favorece la calidad de vida y ayuda en el control de la presión arterial en los pacientes hipertensos.

Murow y Unikel (1997), en su estudio, muestra el trabajo realizado con un grupo de pacientes con esquizofrenia crónica al que se le aplica un programa de musicoterapia y expresión corporal durante 14 meses. Para ello, se dividió la muestra en un grupo control y otro experimental y se usó como instrumento una escala de actitudes basada en autoconcepto, relaciones interpersonales, optimismo y ocupación del tiempo libre. Después de comparar los resultados de ambos grupos, se dieron diferencias estadísticamente significativas, pero se observó que el grupo experimental aumento sus puntuaciones en las escalas del instrumento (autoconcepto, relaciones interpersonales, optimismo y ocupación del tiempo libre) además mostraron cambios en las habilidades de socialización e interacción con los demás.

Alonso, Hernaez., y Martí (2008), llevaron a cabo un programa de musicoterapia para el tratamiento del dolor lumbar crónico en el hospital san Pedro de Logroño. El programa duró 6 sesiones, en las cuales se les paso un cuestionario a los sujetos en la primera y la última sesión para evaluar las estrategias de afrontamiento ante el dolor. Al final de cada sesión semanal, también se evaluó la intensidad del dolor mediante escala EVA. Durante el programa se usaron técnicas de distracción-expresión, de estimulación física con música y cognitivas o de afrontamiento, con relajaciones guiadas o libres. Finalmente, se comprobó que las actividades musicales realizadas con estos pacientes eran eficaces para la desviación y tolerancia del dolor, además de aumentar la autosuficiencia de diversos movimientos y la autoexpresión, concluyendo que la musicoterapia es beneficiosa en el tratamiento multidisciplinar de los pacientes con dolor crónico, a pesar de las diferencias en la edad y la severidad del dolor.

Bancalari y Oliva, (2012), realizaron un estudio para determinar el efecto de la musicoterapia en los niveles de estrés en las personas que se encuentran internas en la clínica de odontología de la universidad del desarrollo. Participaron 84 individuos a los cuales se les dividió en dos grupos, un grupo experimental al que se le aplicó, musicoterapia y un grupo control al que no se le aplicó nada. Se utilizó música de

relajación cada semana, y al principio y al final de cada semana se pasaría una encuesta para comprobar el nivel de estrés tanto en el grupo control como experimental. Los datos obtenidos en esta investigación, mostraron que la musicoterapia disminuye los niveles de estrés de los usuarios internos durante la sesión dental.

Pineda y Pérez Remón (2011), realizaron un estudio descriptivo sobre el conocimiento que los padres y profesores tienen sobre la musicoterapia y su aplicación, pasando un cuestionario a 112 profesores y 18 padres y madres de niños con síndrome de Down de infantil después de 9 sesiones de aplicación con musicoterapia. Concluyendo finalmente que había más profesores que padres que conocían esta terapia, además todas las profesoras reconocieron avances importantes en la socialización, lenguaje y aprendizaje, al igual que los padres, los cuales se mostraron contentos, queriendo mantener ésta aplicación.

Puig (2012), en su estudio titulado “la eficacia de la musicoterapia en el contexto de la promoción de la salud mental”, pretende evaluar la eficacia mediante esta técnica según la taxonomía NIC en población sana. En este estudio, la musicoterapia concluyó ser satisfactoria en su propósito de obtener relajación en los sujetos en los fue aplicada, los cuales expresaron su intención de continuar utilizándola.

Orjuelas (2011), en su estudio pretende analizar el efecto ansiolítico de la musicoterapia en aspectos neurológicos y cognoscitivos del procesamiento musical y comprender el efecto ansiolítico de la música en diferentes entidades clínicas y contextos médicos. Después de la revisión médica pertinente realizada por este autor, éste concluye que la música desencadena una serie de mecanismos neuroprotectores que hacen que sea una eficaz y satisfactoria herramienta terapéutica de fácil intervención y con resultados positivos.

Por su parte, Verjano (2008), realiza un estudio en el que mide el tormento de los pacientes de una sala de espera de salud mental. Para ello, aplica música adecuada para relajarse y evocar emociones, la cual da un resultado positivo en los pacientes, disminuyendo del tiempo de espera.

González López (2007) en una de sus conferencias, señala un campo de la musicoterapia poco conocido pero que está despertando un curioso interés por muchos musicoterapeutas, como puede ser la musicoterapia en pacientes en coma. Crean que se

puede hacer uso de esta terapia como forma de comunicación con este tipo de pacientes para aportarles alternativas en su situación. Antes del exponer este trabajo, se habían realizado unas 100 sesiones de musicoterapia con este tipo de paciente supervisadas por el Dr Rolando Benenzon, concluyendo que se ha realizado comunicación entre terapeuta y paciente ofreciendo una posibilidad de comunicación y de mejora de su situación, ya que estos sujetos también son personas que sienten.

Lago (2007), en su trabajo pretende presentar la experiencia clínica e investigadora llevada a cabo a través de intervención con musicoterapia en centros penitenciarios de la comunidad de Madrid. Después de 18 meses de experiencia en este ámbito, se ha demostrado los buenos resultados que ha ido generando la musicoterapia dentro de estas instituciones.

Valderrama (2007), presenta un estudio para ver las diferencias que existen entre las mujeres y los hombres al escuchar música sedante en un estado de nivel de ansiedad, en el cual se han planteado las siguientes hipótesis: 1: las mujeres se les redujo el nivel del estado de ansiedad al escuchar música sedante 2. Los hombres se les redujeron el nivel del estado de ansiedad al escuchar música sedante. 3. Las mujeres se les va a reducir de una manera más significativa el nivel del estado de ansiedad que a los sujetos masculinos al escuchar música sedante. 4 La muestra se le redujo el nivel del estado de ansiedad al escuchar música sedante. Este estudio concluyo en que todas las hipótesis fueron aceptadas menos la hipótesis numero 2, la cual se rechazó. Estos resultados apoyan la diferencia de géneros con respecto al escuchar música para facilitar el tener contacto y expresión de emociones y por ende; facilitar su capacidad para relajarse y la teoría de la musicoterapia.

Como podemos ver, no todos los beneficios que aporta la musicoterapia van dirigidos al ámbito educativo en educación especial, pues también tiene una amplia aplicación en el ámbito de medicina y salud teniendo en cuenta sobre todo las emociones, ya que éstas son las que inciden en gran medida en la nuestra salud, felicidad futura e incluso el éxito en la vida (Poch, 2001).

De acuerdo con los estudios aquí mostrados, se destacan los siguientes beneficios y efectos de la musicoterapia: mejora de habilidades sociales, comunicativas y de expresión, mejora en la calidad de vida y presión arterial, reducción de miedo y angustia, tolerancia al dolor, reducción de pensamientos negativos, preocupación y

bloqueo, mejora en el estado de ánimo, asertividad y al desarrollo de las emociones en general.

Las diferentes líneas de estudio de esta temática, tiene en común la visión positiva que tiene la música no sólo como entretenimiento y gusto por ella, ya que a todas las personas nos agrada escuchar algún tipo de música, sino también como medio de relajación y desarrollo en los distintos ámbitos de la persona, ayudando a enfrentar problemas emocionales, sociales, intelectuales, motores, del lenguaje...., además nos da una visión más amplia de la importancia de la música en el alumnado con necesidades educativas especiales y sujetos con distintas discapacidades y dolencias por problemas de salud.

Finalmente, podemos concluir que en los últimos años la musicoterapia ha tomado una valor importante como herramienta terapéutica en diferentes ámbitos de aplicación en la sociedad, siendo sin duda el ámbito de educación especial donde más se está interviniendo y probando la eficacia de esta técnica, intentando cada vez más entidades, asociaciones y grupos de trabajo acercar esta disciplina a los centros educativos y hospitalarios, para atender distintas discapacidades y necesidades educativas especiales.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Para esta investigación hemos planteado como objetivo general analizar los efectos en la mejora de las distintas áreas del comportamiento humano mediante la intervención con técnicas de musicoterapia. A partir de este objetivo hemos propuesto tres objetivos específicos con las respectivas hipótesis.

3.1 Objetivo general

- Analizar los efectos en la mejora de las distintas áreas del comportamiento humano mediante la intervención con técnicas de musicoterapia.

3.2 Objetivos específicos

- Analizar cómo evoluciona el autoconcepto y la autoestima a partir de la intervención con técnicas con musicoterapia.
- Investigar cómo mejoran en inteligencia emocional los sujetos a partir de técnicas de intervención con musicoterapia

- Investigar cómo mejoran las habilidades sociales y asertividad en sujetos con necesidades educativas especiales a través de la intervención con musicoterapia.

3.3 Hipótesis

- Esperamos que la musicoterapia contribuya de manera positiva a incrementar las medidas de autoconcepto y autoestima, sin encontrar diferencias significativas en relación con el sexo, la edad, el nivel de estudios de los progenitores o la profesión de los mismos.
- Esperamos que la musicoterapia contribuya de manera positiva a la mejora de la inteligencia emocional, sin encontrar diferencias significativas en relación con el sexo, la edad, el nivel de estudios de los progenitores o la profesión de los mismos.
- Esperamos que la musicoterapia contribuya de manera positiva al desarrollo de las habilidades sociales y la mejora de la asertividad, sin encontrar diferencias significativas en relación con el sexo, la edad, el nivel de estudios de los progenitores o la profesión de los mismos.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

A continuación se va a justificar y definir el diseño de la investigación, junto la población y muestra, los instrumentos de recogida de información y variables, el procedimiento que se llevaría a cabo, los análisis estadísticos, los resultados, la discusión y conclusiones, y finalmente un cronograma de trabajo en el que se concreta la secuencia para el desarrollo de la investigación.

4.1. Enfoque metodológico

Para la realización de este trabajo vamos emplear procedimientos metodológicos de tipo cuantitativo y cualitativo de forma conjunta.

La investigación cuantitativa suele emplearse para complementar las lagunas que pueden surgir usando solamente el enfoque cualitativo, ya que hay datos a los que el investigador no puede llegar de forma cualitativa, permitiendo ésta establecer relaciones

entre variables, no siendo tan eficaz a la hora de investigar razones (Blaxter y Hughes, 2008).

La investigación cualitativa consiste en *“un estudio en profundidad mediante el empleo de técnicas cara a cara para recoger los datos de la gente en sus escenarios naturales. El investigador interpreta los fenómenos en términos de los significados que la gente les da. Los investigadores cualitativos construyen un dibujo holístico y complejo con descripciones detalladas de las perspectivas de los informantes. Algunos investigadores cualitativos tratan abiertamente los valores que forman la narrativa.”* (McMillan y Schumacher, 2008:44).

La razón para optar por esta combinación de procedimientos la podemos argumentar del siguiente modo:

- En primer lugar, debido al reducido número de sujetos con los que contamos en esta muestra. Esto hace que tengamos que complementar la información recogida con procedimientos cuantitativos (cuestionarios) con información obtenida mediante procedimiento de tipo cualitativo (entrevistas y observación).
- En segundo lugar, debido a las características de la muestra. Al tratarse de una muestra de sujetos con necesidades educativas especiales, es probable que algunos de ellos tengan dificultades de lectura o de comprensión lectora y, por tanto, con dificultades a la hora de poder cumplimentar de manera adecuada y eficiente cada uno de los instrumentos de recogida de información.
- En tercer lugar, porque tendremos mayores probabilidades de contrastar información recogida directamente de los sujetos, con información recogida de otros agentes (monitores que imparten el curso, familia, etc).

4.2. Población y muestra

La muestra de este estudio está constituida por dos grupos de sujetos con edades comprendidas en los siguientes intervalos. El primer grupo consta de 15 sujetos de edades entre los 3 y los 12 años, escolarizados en distintos centros públicos de la capital de la provincia de Almería, de ellos 8 son chicos y 7 chicas. El segundo de los grupos está constituido por 16 sujetos con edades comprendidas entre 16 y 40 años de edad. De ellos 9 son mujeres y 6 varones. Tanto los del primer grupo como el segundo, están siendo atendidos y tratados con técnicas de musicoterapia en la escuela municipal de música de Almería.

La muestra se ha recogido mediante el procedimiento de muestreo por conveniencia. Ésta forma parte del muestro no probabilístico, teniendo la finalidad de seleccionar los sujetos creídos como fuentes relevantes de información (Bisquerra, 2012).

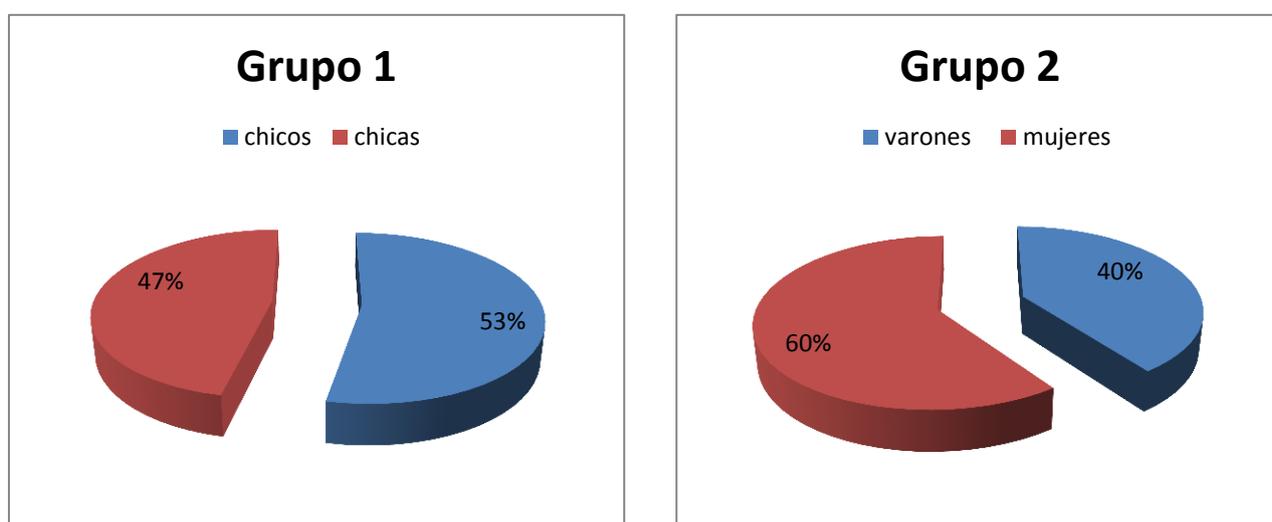


Figura 5. Representación gráfica de la muestra.

4.3. Técnicas e instrumentos de recogida de información y variables

Los instrumentos que emplearemos para la recogida de la información son:

- Observación no participante
- Entrevista
- Cuestionario

4.3.1 Observación no participante

Según Gil Flores (2002), la observación es una técnica de recogida de datos que se utiliza ampliamente en los diseños cualitativos, con la finalidad de la resolución de problemas planteados acerca de la conducta de sujetos que se encuentran en un ámbito natural.

En este trabajo utilizaremos la investigación no participante, la cual se define como aquella en la que el investigador no interviene ni interacciona con los participantes, simplemente observa los hechos que posteriormente describirá. Esta observación nos permitirá observar las conductas de los sujetos de forma natural, tal y como se producen. Aunque la observación no participante sea casi imposible de evitar, reduciremos al mínimo las intervenciones con el grupo, colocándonos en el lugar más distanciado y menos intrusivo posible (Goetz y Lecompte).

En nuestra investigación la observación no participante nos proporcionará una serie de ventajas en relación a nuestros objetivos, como son:

- Acceder a los fenómenos tal y como se producen naturalmente
- Permite el acceso directo a los fenómenos, sin necesidad de información verbal.

Aunque con la observación no participante podemos tener algunas dificultades, puesto que muchos fenómenos no son observables, como las vivencias o experiencias personales de los sujetos, por ello hemos decidido usar también la entrevista y los cuestionarios.

Para llevar a cabo la planificación de esta observación, realizaremos una previsión de los siguientes aspectos: Determinar qué se va a observar, seleccionar la muestra de conductas, elegir el tipo de observación y seleccionar las técnicas de registro.

Para registrar la información utilizaremos escalas de observación.

4.3.2 Entrevista

Según Gil Flores (2002:7) *“La entrevista consiste en que una persona solicita información de otra o de un grupo para obtener información sobre un problema determinado”*.

Para nuestra investigación utilizaremos la entrevista de tipo semiestructurada. Con ella, podremos obtener información relevante de acuerdo con los objetivos propuestos.

Mediante la entrevista accederemos a información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos que no son directamente observables en los participantes, como sus opiniones, valoraciones, sentimientos, o emociones, además, será una alternativa al uso de cuestionarios, los cuales puede que no puedan realizar correctamente algunos sujetos por dificultades al entender las preguntas o por ser muy pequeños y no saber leer, ya que la muestra que obtengamos comprende una edad entre 3 y 40 años y tienen diferentes necesidades educativas especiales.

“En el momento de la preparación de una entrevista se deberían considerar las siguientes tareas”, (Bisquerra et al., 2004: 339-340):

- Determinar los objetivos de la entrevista
- Identificar a las personas que van a ser entrevistadas
- Formular las preguntas y secuenciarlas
- Localizar y preparar el lugar donde va a realizarse en la entrevista

Los instrumentos para registrar información serán:

-Guión de temas.

4.3.3 Cuestionario

Para Bisquerra (1989:88) los cuestionarios consisten en “un conjunto más o menos amplio de preguntas o cuestiones que consideran relevantes para el rasgo, característica o variables que los objetos de estudio”

Los cuestionarios que van a ser usados en este estudio son los siguientes:

- Cuestionario de autoconcepto de Musitu AF-5 (1995). Este cuestionario tiene las siguientes subescalas: auto-concepto académico y laboral; autoconcepto social; autoconcepto emocional; autoconcepto familiar y autoconcepto físico. Respecto a las propiedades psicométricas de éste, presenta índices de fiabilidad superiores a $\alpha = 71$. “En cuanto a la factorialidad, tanto el análisis factorial exploratorio como el análisis factorial confirmatorio indican que los resultados no se ajustan al modelo penta factorial original. El modelo que mejor se ajusta ha sido uno compuesto por seis factores en el que la dimensión física se divide en dos factores (atractivo físico y condición física)” (Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2001).
- Cuestionario de conductas no verbales en centros de atención a personas con discapacidad psíquica moderadamente afectada de Belén Gutiérrez Bermejo, sacado del manual de trabajo en centros de atención a personas con discapacidad de la junta de Andalucía de Castilla y León, del cual no he encontrado sus características psicométricas, pero creo que es útil para la recogida de datos de las habilidades sociales de los sujetos de la muestra de este trabajo.
- Escala de asertividad de Rathus, el cual muestra una fiabilidad moderada-alta, tras un intervalos de 8 semanas en un grupo de 68 sujetos $r = 0,7782$, siendo p inferior a 0,01. Respecto a la validez, la correlación entre las puntuaciones en el RAS de 47 sujetos y las puntuaciones que les otorgaban en asertividad a esos mismos dos evaluaciones independientes fue de 0,7049, reflejando una validez alta en esos términos (Carrasco, Clemente y Llavona, 1984).
- Cuestionario de inteligencia emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT). Es una escala de rendimiento que mide el nivel de rendimiento de las personas en las tareas y resuelve problemas emocionales. La versión española del MSCIT versión 2.0 tiene una fiabilidad de 0,95. Además se han obtenido elevadas correlaciones entre las puntuaciones obtenidas con los sistemas de corrección español y el original consenso ($r = 0,99$). Los análisis factoriales replican la estructura

original del instrumento, compuesto por una puntuación total, dos áreas, cuatro habilidades básicas y ocho subtareas (Extremada y Fernández Berrocal, 2009).

En cuanto a nuestro estudio, podemos describir una serie de variables independientes y otras dependientes.

Variables independientes:

- Edad: formaremos grupos por intervalos de edad
- Sexo: varones y mujeres
- Estatus socioeconómico de las familias: en desempleo; obreros; profesionales cualificados y administrativos; profesiones liberales.
- Nivel de estudios de la familia: sin estudios; estudios primarios; enseñanzas medias y formación profesional; estudios universitarios

Variables dependientes:

- Autoconcepto
- Habilidades sociales
- Asertividad
- Inteligencia emocional

4.4. Procedimiento

Se trata de un estudio descriptivo con pre y post test. Entre ambas medidas se realizará una intervención mediante técnicas de musicoterapia, aplicadas por las monitoras de la escuela municipal de música de Almería.

Los cuestionarios serán aplicados a cada uno de los sujetos participantes siempre se forma voluntaria, comunicando con antelación a ellos y sus familias los propósitos de la investigación y recogiendo por escrito autorización expresa de sus familias. Los cuestionarios serán administrados con la colaboración del equipo de investigación formado por la autora del presente TFM. Para aquellos sujetos que por su edad o grado de discapacidad sea imposible la administración de cuestionario de forma escrita, éste les será aplicado mediante el procedimiento de la entrevista.

El lugar de recogida de la información es la escuela municipal de música de Almería a la que acuden los sujetos en horario de tarde de 16:00 a 20:00 h.

Las entrevistas se realizaran de manera individual en la misma escuela municipal de música en espacios reservados para evitar la contaminación de las respuestas o la inhibición de los sujetos al sentirse observados por otros.

Las escalas de observación se irán cumplimentando durante el desarrollo de las sesiones de musicoterapia con el consentimiento y colaboración de las monitoras.

4.5. Análisis estadísticos

Dado el reducido número de la muestra y que ésta probablemente no se ajuste a la curva normal, no nos quedará más remedio que utilizar análisis cuantitativos mediante medidas no paramétricas. Entre los estadísticos que probablemente utilizaremos estarán la chi cuadrado de Pearson mediante tablas de contingencia y la T de Student.

La información obtenida mediante los procedimientos cualitativos (entrevistas y escalas de observación) tendremos someterlos procedimientos de categorización, describiendo los resultados obtenidos.

4.6. Resultados

En este apartado comentaremos los análisis estadísticos descriptivos y las diferencias de medias mediante la T de Student en el caso en las que ésta sea pertinente. Para ellos utilizaremos el paquete estadístico SPSS versión 21, con autorización de la universidad. Trataremos de realizar las tablas de contingencia utilizando en cada fila las variables independientes antes reseñadas en relación con las distintas medidas que nos proporcionan cada uno de los cuestionarios o de los instrumentos de evaluación empleados.

4.7. Discusión y conclusiones

Una vez obtenidos los resultados procederemos a realizar una revisión de los objetivos planteados y de las hipótesis que habíamos formulado, buscando otros estudios que corroboren nuestros hallazgos o bien que los refuten.

Este estudio no lo he podido llevar a cabo, con lo cual no he podido comprobar los resultados de éste.

Limitaciones a destacar de este trabajo:

- La inexperiencia en la realización de investigaciones. Por ello, pienso que durante la realización de este máster, se deberían llevar a cabo pequeñas investigaciones prácticas que proporcionen al alumnado más experiencia, soltura y seguridad a la hora de realizar este tipo de trabajos.
- El poco tiempo requerido, el cual no permite la puesta en práctica del trabajo realizado.
- El centrarse en todas las necesidades educativas especiales, puede que resulte una dificultad a la hora de realizar este trabajo ya que se obtendría mucha información y variada. Puede que resulte más positivo centrarse en la intervención de musicoterapia solo en un tipo de discapacidad, pudiendo profundizar más y dar una información más centrada.

Tras la realización de este trabajo, aunque no pueda realizar actividades de musicoterapia de manera formal, ya que no tengo la formación adecuada para ello, la temática me ha proporcionado más interés e información con la cual me ha quedado

claro personalmente, aunque no tenga los datos para comprobarlo, que la musicoterapia tiene un efecto bastante positivo en todas las personas, con o sin discapacidad o necesidades educativas especiales. Además he adquirido aprendizaje que me ha sido útil para recogida de información del tema expuesto mediante bases de datos y otros medios (webs, libros, revista), teniendo que seleccionar de ello lo importante para la realización de este trabajo.

En conclusión final a este trabajo, creo que el uso de las terapias artísticas, entre ellas las musicoterapia, como otros tipos de terapias alternativas, deberían de impartirse o por lo menos ser vistas brevemente generando cierta curiosidad, en muchos de los títulos oficiales como puede ser el máster de educación especial, ya que éstas potencian la mejora en los diferentes ámbitos del desarrollo de los sujetos abarcando todo su ciclo vital.

4.8. Plan de trabajo

FASES DE LA INVESTIGACIÓN	TAREAS	CRONOGRAMA								
		AÑO 2012/13			AÑO 2013/14			AÑO 2014/15		
DISEÑO	Exploración teórica	■								
	Instrumentos		■	■						
	Planificación			■						
OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	Observación				■					
	Entrevistas					■	■			
	Cuestionarios					■	■			
TRATAMIENTO DE DATOS	Análisis de los datos				■	■	■	■		
REDACCIÓN DE INFORMES	Informe						■	■	■	■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency for development in Special Needs education. (2010, Marzo). Conclusiones de la conferencia internacional “la educación inclusive: vía para favorecer la cohesión social. Madrid. Recuperado el 4 de junio de 2013 de <http://www.educacion.es/eu2010/agenda/educacion-inclusiva.html>

Alegre López, María Soledad (2007). Musicoterapia hospitalaria: apoyo emocional en pediatría. Implementación de un programa de musicoterapia pediátrica en el aula hospitalaria del Hospital Clínico de Salamanca. En XIV Jornadas sobre Drogodependencias La Cocaína a Debate: Valencia, 17 de noviembre de 2005 (pp. 34-45). Valencia: Ayuntamiento de Valencia. Plan Municipal de Drogodependencias.

Almeida Pinto, Teresa. (2010). ¿Que es el aprendizaje autodirigido? Paladinews, 2, 1-5. Extraído el 1 de junio de 2013 de <http://projectpaladin.eu/wp-content/uploads/2010/07/newsletter-2-Espa%C3%B1ol.pdf>

Alonso-Cardaño, A., Hernaez-Martínez, M., y Martí-Auge, P. (2008). Tratamiento multidisciplinar para el dolor lumbar crónico: Programa de musicoterapia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15, 228-233.

Bancarali, S. L. y Oliva, M. P. (2012) Efecto de la musicoterapia sobre los niveles de estrés de los usuarios internos de la clínica de odontología de la universidad del desarrollo. *Int. J. Odontostomat*, 6, 189-193.

Benavides, H., & Orrego, P. (2010). La evaluación del desarrollo de las capacidades de referencia conjunta a través de una intervención basada en prácticas musicales en un niño con trastorno de espectro de autismo. *Psicoperspectivas*, 9(2), 224-252.

Benenzon, R, Hernsy de Gainza, V y Wagner, G. (1997). *Sonido comunicación terapia*. Salamanca: Amarú ediciones.

Benenzon, R. (2004). *Teoría de la musicoterapia*. Madrid: Mandala.

- Biauquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: CEAC.
- Blanco, A. R., & Jiménez, M. B. (2005). Música y salud: la danza calidad de vida. In *Envejecimiento, salud y dependencia*, 81-98. Universidad de La Rioja.
- Blaxter, L; Hughes, C y Tight, M (2008). *Cómo se investiga*. Barcelona: Graó.
- Bruscia, K. (1996). *Definiendo musicoterapia*. Salamanca: Amarú ediciones.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia. Métodos y prácticas*. México: Pax México.
- Camacho C, J. La dramaterapia, un proceso terapéutico que facilita la inclusión de personas sordas a la universidad. *Revista Científico Electrónica de Psicología, Norteamérica*, 0, mar. 2013. Extraído el 07 May. 2013 <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/psicologia/article/view/224>
- Carrasco, J; Clemente, M y Llavona, L. (1984). La evaluación de la asertividad a través de los inventarios de Rathus y de Gambrill y Richey. *Revista española de terapia del comportamiento*, 2, 121-134.
- Cornejo, S y Brink Levy, L. (2003). *La representación de las emociones en la dramaterapia*. Argentina: Editorial Medica panamericana.
- Davis, W.B, Gfeller, K.E y Thout, M.H. (2000). *Introducción a la musicoterapia. Teoría y práctica*. Barcelona: Boileau.
- Domínguez Toscano. (2004). *Arteterapia, principios y ámbitos de aplicación*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Duncan, Norman. (2007). Trabajar con las emociones en arteterapia. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 39-49.
- Escarbajal frutos, Andrés (2010). La escuela inclusiva en una sociedad pluricultural y la importancia del trabajo colaborativo. *Enseñanza. Anuario interuniversitario de didáctica*, 28, 161-179.
- Esnaola, I., Rodríguez, A., y Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF5. *Anales de psicología*, 27, 109-117.

España. Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de educación de Andalucía, 5-36.

España. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, 17158-17207.

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2009). *Test de Inteligencia Emocional de Mayer Salovey Caruso*. Madrid: TEA Ediciones.

Gallego vega, Carmen. (2002). El apoyo entre profesores como actividad educativa inclusiva. *Revista de educación* (Madrid), 327, 83-105.

Gil Flores, J. (2002). *Seminario sobre las técnicas de entrevista y observación*. Granada: universidad de Sevilla.

Goetz, J.P y Lecompte, MD. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.

Gold,C, Wigram, T y Elefant, C. (2007). Musicoterapia para el trastorno de espectro autista. *La Biblioteca Cochrane Plus*, nº4. Extraído el 12 de mayo de 2013 de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/musicoterapia_para_el_trastorno_de_espectro_autista.pdf

González López, Marta. (2007). Musicoterapia y coma. En XIV Jornadas sobre Drogodependencias La Cocaína a Debate: Valencia, 17 de noviembre de 2005 (pp. 83-88). Valencia: Ayuntamiento de Valencia. Plan Municipal de Drogodependencias.

Gutiérrez Bermejo, Belén; Manuales de trabajo en centros de atención a personas con discapacidad de la Junta de Castilla y León. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 2002. Extraído el día 9 de junio de <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/6364/8-1/manual-de-evaluacion-y-entrenamiento-en-habilidades-sociales-para-personas-con-retraso-mental.aspx>

Gutiérrez Esteban, P. G., Ibáñez, P. I., y Hernández, S. P. (2012). Yo quiero ser Marifé de Triana. Experiencia para el desarrollo de la Inteligencia Emocional a través de la Musicoterapia. *Tejuelo: Didáctica de la Lengua y la Literatura. Educación*, 13, 24-46.

Jauset Berrocal, J. (2008). *Música y neurociencia: la musicoterapia sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas*. Barcelona: editorial UOC.

Johnson, Johnson y Holubec. (1999). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Buenos Aires: Paidós.

La tutoría compartida. Recuperado el 9 de junio de 2013 de http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/convivencia/contenidos/Materiales/PublicacionesdeConsejeriadeEducacion/MATERIALESCONVIVENCIA/1192705308291_libro5_contenido_2.pdf

Lacárcel Moreno, J. (1995). *Musicoterapia en educación especial*. Murcia: Universidad de Murcia.

Lago Castro, Pilar (2007). Música para la libertad. Experiencia de un proyecto de musicoterapia en una institución penitenciaria: investigación. En XIV Jornadas sobre Drogodependencias La Cocaína a Debate: Valencia, 17 de noviembre de 2005 (pp. 89-96). Valencia: Ayuntamiento de Valencia. Plan Municipal de Drogodependencias.

Macarulla, I y Saiz, S. (2009). *Buenas prácticas de escuela inclusiva. La inclusión de alumnado con discapacidad: un reto, una necesidad*. Barcelona: Graó.

Martínez Abellán, Rogelio. (2008). La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Indivisa, Bol. Invest.*, 9, 117-144.

Martínez de Marigorta Sánchez, Aitzkoa. (2008). Rehabilitación de discapacitados como valorización de lo rural: la hipoterapia. *Revista de desarrollo rural y cooperativo agrario*, 11, 147-157.

Miquel Bertrán, Ester; Duran Gisbert, David; Ruiz caballero, Carlos; Sandoval Mena, Marta; Echeita, Gerardo y Giné Giné, Climent. (2005). Primeras experiencias de uso de la guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva (index for inclusión) en el estado español. *Revista electrónica iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 3, 464-467.

Murow, Esther y Unikel, Claudia (1997). La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica. *Salud mental*, 20, 35-40.

Oliveira Zanini, Claudia; Salgado Claudia; Cabral Nunes, Mariana et al. (2008). El efecto de la musicoterapia en la calidad de vida y en la presión arterial del paciente hipertenso. *Arquivos brasileiros de cardiología*, 93, 524-529.

Orjuela Rojas, Juan Manuel (2011). Efecto ansiolítico de la musicoterapia: aspectos neurobiológicos y cognoscitivos del procesamiento musical. *Revista Colombiana de Psiquiatría [edición electrónica]*, 140 (4), 748-759. Recuperado el 6 de mayo de 2013 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n4/v40n4a12.pdf>

Oropesa Roblejo, Pedro; García Wilson, Isis; Puente Saní, Ventura y Matute Gaínza, Yergenia. (2009). Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. [Online].*MEDISAN*. Vol 13, nº 6. Extraído de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600015&lng=es&nrm=iso>.

Parra Peñafiel, C. (2005). Efecto de la musicoterapia en la autoestima, estado de ánimo y asertividad en mujeres maltratadas. *Bibliopsiquis*. Repositorio de documentos de psiquiatría.com. Extraído el 12 de mayo de 2013 de <http://www.psiquiatría.com/bibliopsiquis/handle/10401/3267>

Pérez Galán, Rafael. (2009). Los nuevos retos del aprendizaje social en niños con necesidades educativas especiales. El aprendizaje en comunidad o la comunidad de aprendizaje en el aula. *Revista de educación*, 348, 443-464.

Pineda Pérez, Eloy y Pérez Remón, Yarima. Musicoterapia aplicada a niños con síndrome de Down (2011). *Revista cubana de pediatría*, 83,142-148.

Poch Blasco, Serafina. (2001). Importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, nº 42, 91-113.

Puig Llobet, Monserrat y Lluch Canut, MT. (2012). Eficacia de la musicoterapia en el contexto de la promoción de salud mental. *Metas de enfermería*, 15(9), 58-61.

Reyes (2003). Arteterapia en el tratamiento de personas con trastornos mentales severos: reflexiones, evidencias y retos. Recuperado el 12 de febrero de 2013 de <http://www.e-digitalis.com/articles.php?id=126>

Rodríguez Espinilla, A. (2001). Visión crítica de la Musicoterapia dentro del sistema educativo en nuestro país. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 42, 13-18.

Roldan Blanco, M. (2012). Musicoterapia aplicada a niños con necesidades educativa especiales. Universidad internacional de la rioja: facultad de educación.

Ruckert, Janet. (1994). *Terapia a cuatro patas*. Barcelona: fundación purina.

Sabatella Riccardi, P. L. (1999). Músico...¿ Terapia?¿ Moda o realidad? *Universidad de Cádiz. Facultad de ciencias de la educación*, 16, 113-127.

Sánchez Palomino, A y Torres González, J.A. (1998). *Educación especial I. Una perspectiva curricular, organizativa y profesional*. Madrid: pirámide.

Sánchez Palomino, A y Torres González, J.A. (2002). *Educación especial. Centros educativos y profesores ante la diversidad*. Madrid: Pirámide.

Serrano Almenara, Bernardo (2007). Terapias de patologías humanas a través de animales. *Revista digital innovación y experiencias educativas*, nº11, 1-10. Recuperado el 5 de febrero de 2013 de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_11/BERNARDO_SERRANO_1.pdf

Torres-Godoy, P. H. (2001). *Dramaterapia: dramaturgia, teatro, terapia*. Chile: Editorial Cuarto Propio.

TpvCalero. (2010). Video educativo grabado por canal sur en el IES Antonio M^a Calero de pozoblanco. Recuperado el 3 de junio de 2013 de <http://www.youtube.com/watch?v=sRn1M7K48zA>

Trallero Flix, C. (2004). Musicoterapia creativa en pacientes con cáncer: un método para disminuir la ansiedad y el estrés. Dipòsit digital de la UB. Extraído el 12 de mayo de 2013 de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/11516>

Vaillancourt,G.(2009). *Música y musicoterapia, su importancia en el desarrollo infantil*. Madrid: Narcea.

Valderrama Hernández, José Roberto; Castelán Rojas, Gladys Patricia y Rivera Romo, Alejandra (2007). Diferencias entre mujeres y hombres al escuchar música sedante en el nivel del estado de ansiedad. *Psicología.com Revista Electrónica de Psicología*, 11 (2), 1-2. Recuperado el 1 de junio de 2013 de: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/199/32742/?++interactivo>

Valverde Ocáriz, Ximena y Sabeh, Eliana N. (2011). Programa de musicoterapia para personas con discapacidad intelectual que envejecen. *Siglo Cero*, 42 (238), 63-78.

Verjano Díaz, F. y Blanco Valle, O. (2008). ¿Música en la sala de espera? Estudio sobre la aplicación y efectos de la música en la sala de espera de una unidad de salud mental. *Anales de Psiquiatría*, 24 (6), 237-241.

Wengrower, H y Chaiklin, S. (2008). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la danza movimiento terapia*. Barcelona: Gedisa.

Yáñez Amorós, B. (2011). Musicoterapia en el paciente oncológico. *Revista de enfermería y humanidades, cultura de los cuidados*. N°29, 57-73.

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO AF-5

García, F. y Musito, G (1995). Autoconcepto forma 5. AF5. Madrid: TEA ediciones.

Nombre y apellidos:

Sexo:

Centro:

Curso:

Edad:

Fecha de aplicación:

1.Hago bien los trabajos escolares (profesionales)	
2.hago fácilmente amigos	
Tengo miedo de algunas cosas	
Soy muy criticado en casa	
Me cuido físicamente	
Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador	
Soy una persona amigable	
Muchas cosas me ponen nervioso	
Me siento feliz en casa	
Me buscan para realizar actividades deportivas	
Trabajo mucho en clase	
Es difícil para mi hacer amigos	
Me asusto con facilidad	
Mi familia está decepcionada de mi	
Me considero elegante	
Mis superiores(profesores) me estiman	
Soy una persona alegre	
Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso	
Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas	

Me gusta como soy físicamente	
Soy un buen trabajador (estudiante)	
Me cuesta hablar con desconocidos	
Me pongo muy nervioso cuando me pregunta el profesor (superior)	
Mis padres me dan confianza	
Soy bueno haciendo deporte	
Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador	
Tengo muchos amigos	
Me siento nervioso	
Me siento querido por mis padres	
Soy una persona atractiva	

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase. Escoja el grado que más se ajuste a su criterio. Conteste con la máxima sinceridad.

CORRECCIÓN:

El cuestionario de Autoconcepto AF5 consta de 5 subescalas, que se construyen sumando los ítems de la siguiente manera:

Autoconcepto Académico/Laboral: $(1 + 6 + 11 + 16 + 21 + 26) / 60$

Autoconcepto Social: $(2 + 7 + (100 - 12) + 17 + (100 - 22) + 27) / 60$

Autoconcepto Emocional: $(600 - (3 + 8 + 13 + 18 + 23 + 2) / 60$

Autoconcepto Familiar: $((100 - 4) + 9 + (100 - 14) + 19 + 24 + 29) / 60$

Autoconcepto Físico: $(5 + 10 + 15 + 20 + 25 + 30) / 60$

ANEXO II

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS NO VERBALES EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA MODERADAMENTE AFECTADA

Este cuestionario tiene como objetivo valorar los puntos fuertes y débiles de una persona con discapacidad en el área de conducta no verbal de las habilidades sociales.

La población a la que va dirigido son las personas con discapacidad psíquica moderadamente afectada, que son atendidas en Centros Ocupacionales.

Los contenidos que se valoran son los aspectos que definen la conducta no verbal: distancia corporal, contacto ocular, contacto físico, apariencia personal, postura y expresión facial.

Las situaciones en las que se ha de pasar son aquellas en las que se da una interacción social.

La evaluación es cualitativa e individual con vistas a un posterior programa de intervención.

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO: PROCEDENCIA:
PATOLOGÍAS ASOCIADAS:

RÉGIMEN DE ESTANCIA:

FECHA DE EVALUACIÓN:

EVALUADOR:

SITUACIÓN DE EVALUACIÓN:

Distancia corporal	si	no	A veces	No observable
Respeto la distancia interpersonal (+/- 1 metro) con sus compañeros				
Respeto la distancia interpersonal con				

profesionales				
Respeto la distancia interpersonal con desconocidos				

Observaciones:

Contacto ocular	si	no	A veces	No observable
Establece contacto ocular cuando inicia la comunicación				
Responde con contacto ocular durante la comunicación				
Este contacto supone una dificultad en la comunicación				

Observaciones:

Contacto físico	Si	No	A veces	No observable
Permite el contacto físico en situaciones				

de aprendizaje				
Se ayuda en la comunicación con contactos físicos				
Interfiere la comunicación con contactos físicos				

Observaciones: (se reflejará frecuencia e intensidad)

Apariencia personal	Si	No	A veces	No observable
Cuida su imagen externa (corporal y vestido)				
Presenta un apariencia externa acorde con la situación en la que está				
Es dirigida su apariencia personal				

Observaciones:

Postura	Si	No	A veces	No observable
Gira su cuerpo en actitud de escucha cuando alguien se dirige a él				
Gira su cuerpo para dirigirse a otra persona				
Facilita la incorporación de otro compañero al grupo				

Observaciones:

ANEXO III

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

Indica, mediante el código siguiente, hasta qué punto te describen o caracterizan cada una de las frases siguientes.

- +3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- +2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- +1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- -1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- -2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- -3 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

Lee detenidamente las siguientes afirmaciones y coloca su puntuación sobre la línea situada a la derecha. (Si lo imprimes te será más fácil ;-))

1. Mucha gente parece ser más agresiva que yo. _____
2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez. _____
3. Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo al camarero/a. _____
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado. _____
5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no". _____
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué. _____
7. Hay veces en que provoco abiertamente una discusión. _____
8. Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición. _____
9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí. _____
10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños. _____
11. Con frecuencia no se que decir a personas atractivas del otro sexo. _____
12. Rehuyo telefonar a instituciones y empresas. _____
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales. _____
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado. _____
15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto. _____
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a. _____
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar. _____
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista. _____

19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores. _____
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello. _____
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos. _____
22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, ¡olla busco cuanto antes para dejar las cosas claras. _____
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no". _____
24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena. _____
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio. _____
26. Cuando me alaban con frecuencia, no se que responder. _____
27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte. _____
28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención. _____
29. Expreso mis opiniones con facilidad. _____
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada. _____