

LA INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN NIÑOS CON DISFEMIA

Autora: Mónica Pérez Bazoco

Tipología: Estudio de Casos

Modalidad de presentación: Presentación Tradicional

Resumen

En este trabajo se pretende realizar una pequeña investigación sobre la influencia que tiene la musicoterapia en los niños que presentan disfemia. La musicoterapia es un medio de rehabilitación que incide tanto desde el punto de vista fisiológico (como puede ser la ejercitación de la voz), como desde la perspectiva emocional e intelectual, proporcionando un desarrollo afectivo y cognoscitivo. Por tanto, la dinámica planteada de modelos melódicos y rítmicos parece repercutir en el desarrollo del habla intencional. Para averiguar el influjo de la musicoterapia se realizarán una serie de investigaciones y se propondrán posibles actividades para trabajar con alumnos disfémicos en educación primaria.

Descriptores: *Disfemia, Fluidez del habla, Tartamudez, Musicoterapia, Intervención.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN.	
ESTADO DE LA CUESTIÓN.	1-2
1.1. LA DISFEMIA.	2-3
a. Caracterización, factores y tipos.	4-6
b. Otras causas: la genética, la zurdería y el sexo.	6-7
c. Pautas para los padres.	7-8
d. Evaluación de la disfemia.	8
2. PRESENTACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL CASO.	9-10
3. METODOLOGÍA.	10-11
3.1. ¿Por qué la música es terapéutica?	11-12
3.2. El aula de musicoterapia.	12
a. Instrumentos de valoración.	12
b. Procedimiento.	13
4. PLAN DE INTERVENCIÓN.	13-15
5. RESULTADOS.	15-16
6. CONCLUSIONES.	16-17
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	17
8. ANEXOS.	

1. INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

El tema del presente Trabajo Fin de Grado es la influencia de la musicoterapia en los niños con disfemia, no solo tratado de forma logopédica, sino enfocándolo a las potencialidades de los alumnos, tanto para minimizar el problema como para llegar a superarse.

Según el blog “musicoterapiadisfemia”, la música despierta en las personas pensamientos y sensaciones internas, que pueden transmitir al terapeuta o al grupo de trabajo, facilitando la intervención. Además, su uso hace que se desarrollen el sentido del ritmo, la respiración y la relajación. Mientras el niño escucha música o toca un instrumento, está trabajando sus capacidades de atención y memoria. Además, ofrece una estructura simple de comunicación a los niños que presentan dificultades en el habla.

La utilización del ritmo tiene una gran importancia, ya que si hacemos hablar a un niño con disfemia siguiendo el ritmo (por ejemplo, de un tambor), de modo que pronuncie una sílaba al compás de cada sonido, la disfemia desaparece. Esto se debe a que por un lado, el niño desvía la atención para evitar que entren pensamientos negativos; y por otro lado, a que se ralentizan sus pensamientos según el ritmo marcado.

Un buen control de la respiración hace que el habla fluya de forma correcta, sin interrupciones, ni bloqueos, etc. En cambio, una incorrecta respiración produce problemas de irritabilidad, fatiga, falta de atención y problemas o perturbaciones en el lenguaje hablado.

Los ejercicios de soplo son un claro ejemplo de ayuda a la hora de controlar la respiración e incluso, se usan para entrenar los músculos que participan en el habla.

En cuanto a la relajación, es otro factor importante que hay que llevar a cabo. Por un lado, la respuesta fisiológica al miedo es la tensión, por lo que hay que entrenar al tartamudo a hablar en un estado de relajación para que así, se produzca una correcta fluidez del habla. Por otro lado, la concentración que requiere el crear un estado de relajación, aleja la atención del tartamudo de su habla.

En conclusión, la elección de este trabajo se debe, fundamentalmente, a una experiencia personal, ya que años atrás, manifesté síntomas de una tartamudez esporádica que al tiempo desapareció por sí sola.

Además, incluir la musicoterapia en la intervención de la tartamudez tiene que ver con el hecho de querer salir de las intervenciones tradicionales e incluir la música en ella, puesto que está demostrado que tiene numerosos beneficios, no solo para dicho trastorno, sino para algunos otros.

La falta de preparación sobre música por parte de los terapeutas o especialistas y el miedo a salir de lo tradicional, dificulta su utilización, pero cada vez más, se están formando profesionales que quieren ir más allá y usar métodos más innovadores.

Creo conveniente que los futuros docentes tengan una preparación más completa en cuanto a nuevos métodos de intervención, puesto que hay que seguir avanzando en el camino de la educación y no quedarnos atrás.

1.1. LA DISFEMIA.

La disfemia es un trastorno en la fluidez del habla. El trastorno implica una facilidad y rapidez al hablar, un ritmo y flujo continuo, y un buen dominio de la gramática y el vocabulario. Cuando hablamos de “falta de fluidez” aludimos a trastornos específicos en el ritmo y el tiempo del habla.

Las palabras disfemia y tartamudez a menudo se utilizan como sinónimos, pero, en realidad, existe un matiz que las diferencia. La primera se emplea para referirse a la enfermedad; mientras que la tartamudez se refiere a la acción de hablar con bloqueos y repeticiones.

Gil (2011) habla de dos perturbaciones del ritmo del lenguaje: por un lado, la *espasmofemia*, la cual se presenta como alteraciones en el ritmo al emitir la palabra, en la que se pueden observar bloqueos, repeticiones y espasmos; y, por otro, el *tartajeo*, que consiste en deformar las palabras al hablar, llegando a omitirse e incluso a hablar a un ritmo acelerado.

Fernández (1997), por su parte, dice que la disfemia es la interrupción de la fluidez del habla, en la que se aprecian repeticiones de sonidos, palabras o frases, bloqueos o pausas en la producción del discurso, y que pueden aparecer movimientos asociados al habla.

Años más tarde, ya se empieza a dar una definición más completa de la tartamudez. Gallego y Rodríguez (2005) describen la disfemia como la presencia de bloqueos, repeticiones y/o prolongaciones de sonidos, sílabas o palabras, acompañadas de posturas y gestos faciales forzados, respiraciones irregulares, tensión muscular y

ansiedad, etc., lo que afecta a la expresión, velocidad, fluidez del habla y a la utilización de los elementos prosódicos del habla.

Sin embargo, Harrison (2011) muestra un nuevo paradigma de la tartamudez. Este autor afirma que la tartamudez no es solo un problema del habla, sino que se puede concebir como un sistema que implica a la persona en su totalidad. Un sistema que está compuesto por seis elementos: comportamientos físicos, emociones, percepciones, creencias, intenciones y respuestas fisiológicas; los cuales, influyen y reciben influencia de los demás.

El sistema se mantendrá en equilibrio mientras que las interacciones entre los elementos sean las adecuadas. Cada punto puede ejercer fuerzas positivas o negativas en los demás, por ejemplo: en un sistema en el que los puntos tienen una predisposición negativa, la fluidez del habla será menor; por otro lado, si la persona controla todos los elementos, tendrá una mayor fluidez.

Hay que aclarar que la falta de fluidez que manifiestan algunas personas no es el característico bloqueo provocado por la tartamudez. Por tanto, el autor, diferencia cada uno de los cinco comportamientos asignándoles los siguientes términos:

1. Se les llama *disfluencias patológicas* a las relacionadas con una lesión cerebral o un déficit intelectual.
2. Las *disfluencias de desarrollo* aparecen cuando un niño se esfuerza en dominar las dificultades de la lengua. A menudo, desaparecen por sí solas y además, reacciona favorablemente a las intervenciones terapéuticas.
3. Las disfluencias que aparecen cuando las personas se sienten incómodas o desestabilizadas, se llamarán *balbuceos*. Casi todo el mundo balbucea en situaciones de estrés.
4. Llamaremos *bloqueo* al comportamiento caracterizado por el esfuerzo que hace una persona al hablar y que se manifiesta cuando esta persona obstruye la circulación del flujo del aire y contrae los músculos (tensión muscular). El bloqueo es una estrategia concebida para proteger al individuo de posibles consecuencias desagradables.
5. El *atascamiento* consiste en la disfluencia relacionada con el bloqueo que aparece cuando la persona repite una palabra o sílaba porque tiene miedo de bloquearse en la siguiente palabra o sílaba. La persona trata de ganar tiempo para poder prepararse y decir la temida palabra.

a. Caracterización, factores y tipos.

Por un lado, Gallego y Rodríguez (2005) afirman que este trastorno se da más en hombres que en mujeres. Por otro lado, algunos autores como Perelló (1990) y Alegre y Pérez (2008) informan sobre la aparición del trastorno, que suele ser entre los 3 y 5 años, tras el comienzo del habla.

Algunas de las manifestaciones más comunes en la disfemia son:

- Oclusión del flujo del aire.
- Numerosas repeticiones en sonidos, sílabas, palabras o frases.
- Uso de sonidos o palabras extra como apoyo en las palabras que presentan dificultad.
- A veces, se dejan sin terminar palabras o frases.
- Al saber qué sonidos son problemáticos para el tartamudo, este se mantendrá alejado de ellos.
- Exceso de pausas.
- Variaciones en la entonación y tiempo de las frases.
- Manifestación de estereotipias.
- Tensión en los órganos fonoarticulatorios.

Dentro de los factores de la tartamudez, destacan: los hereditarios, familiares, traumáticos, referidos al momento de aparición, a la zurdería, al sexo, etc.

Para la siguiente clasificación, se ha seguido la propuesta por Gallego y Rodríguez (2005), en la que se pueden distinguir tres tipos:

1. *Clónica*: consiste en repeticiones involuntarias, bruscas y explosivas de una sílaba y/o grupo de sílabas durante la emisión verbal.
2. *Tónica*: caracterizada por la interrupción total del habla durante cierto tiempo, produciéndose a continuación una emisión repentina de la expresión verbal.
3. *Mixta*: es la más frecuente y se combinan las dos anteriormente mencionadas, pudiendo ser tónica-clónica o clónica-tónica.

Según el criterio evolutivo, se pueden diferenciar tres tipos de disfemias:

1. *Fisiológica*: hace referencia a las disfluencias que se aprecian a los 3 años de edad, en forma de vacilaciones y titubeos. Esto es debido a que todavía no se

han desarrollado las habilidades lingüísticas y por tanto, suelen tener un pronóstico favorable, incluso sin una intervención específica.

2. *Esporádica*: aparece de forma puntual, incluso injustificadamente y por periodos relativamente cortos, desapareciendo de forma súbita, sin una intervención personalizada.
3. *Crónica*: es un trastorno persistente, se presenta en sujetos de mayor edad, sobre todo adolescentes y jóvenes, e incluso adultos. Requiere una intervención específica e individualizada.

Por otro lado, desde la perspectiva etiológica, existen tres tipos de disfonías:

1. *De tipo lingüístico*: existe un déficit de competencia lingüística en el sujeto, por ejemplo: dificultad en encontrar el léxico adecuado, disfunción en la organización de los enunciados, etc. Incluso un retraso del lenguaje puede ser el germen de un habla disfémica.
2. *De tipo psicológico*: producida por factores psicosociales (burlas, nerviosismo, ansiedad, baja autoestima, etc.); por factores ambientales (sobrepotección, tensión familiar, exigencias paternas, etc.); o factores de tipo psicológico (reacciones de los padres que hacen que el niño evite hablar). Otros rasgos característicos son: timidez, nerviosismo, introversión y un bajo desarrollo de habilidades sociales.
3. *De tipo orgánico*: existen disfunciones de carácter orgánico en la génesis del trastorno. Las causas pueden ser:
 - Disfunciones perceptivas: en el sistema auditivo, que ejerce el control del habla.
 - Disfunciones en la coordinación neuromuscular: se refiere a la falta de sincronización de los impulsos de control realizado por la corteza cerebral.
 - Disfunciones orgánico-cerebrales: producidas por traumas o lesiones cerebrales, disfunciones en los hemisferios cerebrales o insuficiente dominancia cerebral.
 - Disfunciones de alguno/s sistemas fonatorios, respiratorio y articulatorio: surge alguna alteración en el proceso de elaboración del habla. La causa más

probable es una descoordinación entre algunos de los sistemas respiratorios, fonatorios y articulatorios.

b. Otras causas: la genética, la zurdería y el sexo.

Numerosos investigadores quieren atribuir a la tartamudez una causa genética. Pero, ¿hasta qué punto podemos afirmar que es un trastorno/fenómeno hereditario?

Según Harrison (2011), la predisposición genética no es el único factor que se puede encontrar en los diferentes miembros de una familia. Existen factores, como las creencias, que pasan de una generación a otra.

Como se ha mencionado anteriormente, en el llamado “hexágono de la tartamudez”, las partes que componen ese sistema se pueden transmitir de padres a hijos (percepciones, creencias, comportamientos, etc.). Sin embargo, hay un componente genético que ciertamente influye en la tartamudez: la amígdala.

La amígdala es un grupo de estructuras interconectadas que se encuentran delante del hipocampo y que actúa como un almacén de la memoria emocional. Cuando la persona se sienta amenazada, la amígdala es la que se encargará de mandar los mensajes a cada una de las partes del cerebro para desencadenar la secreción de hormonas de lucha, activar el sistema cardiovascular y preparar los músculos para la acción.

Algunos autores como Goleman (1995), hablan de que las personas han podido heredar unos niveles altos de sustancias químicas del cerebro que hacen que se active la amígdala. Sin embargo, Harrison menciona una serie de hipótesis donde explica los motivos de por qué los investigadores no llegan a hallar la causa genética. Entre ellas, destaca la que afirma que la tartamudez de un grupo de personas puede ser debida a causas totalmente diferentes. Por ejemplo: una persona puede tener una lesión cerebral que le cause dicho trastorno; o en cambio, en otra persona se debe a que está aprendiendo a hablar; e incluso otra, solo balbucee porque esté sometida a una situación de estrés.

Este hecho evidencia que si no se establecen diferentes causas para la tartamudez relativas a los hablantes, no se sabe hacia qué dirección van las investigaciones que vayan a realizarse.

A modo de conclusión, se puede decir que los investigadores no saben a ciencia cierta qué es lo que están buscando y lo único que se puede afirmar es que cuando se tartamudea, algo pasa en el cerebro.

En cuanto a la zurdería, no se puede hablar de una causa como tal, pero sí de un aspecto relacionado con la tartamudez. Los autores Orton y Travis (1934) hablan de los llamados “zurdos contrariados”. Desde hace años, los padres y los profesores han reñido a los niños que escribían con la izquierda y les obligaban a hacerlo con la derecha. Los investigadores explican que una persona zurda comienza a tartamudear si se le contraria la mano (usa la derecha), y que deja de hacerlo si vuelve a utilizar la mano izquierda. Otros autores como Van Dierendonck y Vynckier (1964) incluyen, en general, el funcionamiento de la lateralización.

En relación al sexo, todos los investigadores están de acuerdo en que hay mayor número de hombres tartamudos que de mujeres. Esta predisposición hacia el sexo masculino no tiene una explicación. Los investigadores advierten que se puede deber a que las niñas tienen un mejor desarrollo en el lenguaje que los niños (Gallego y Rodríguez, 2005; Alegre y Pérez, 2008).

c. Pautas para los padres.

La colaboración por parte de la familia es esencial, debido a que, en ciertos casos, el contexto es el causante de que la tartamudez se agrave, puesto que hay diversos comportamientos que pueden afectar al niño. Además, el terapeuta o logopeda que esté asistiendo al niño tiene que estar en consonancia con los padres, para que tanto en el ámbito escolar como en el familiar, el niño sea atendido de una forma correcta.

En este punto, se incluyen una serie de pautas para favorecer la eliminación del trastorno:

- Evitar las correcciones cuando esté hablando.
- No burlarse, criticar o castigar.
- Dar todo el tiempo necesario para hablar.
- No interrumpirle.
- No sobreprotegerle.
- No terminar las frases en su lugar.
- Hablar despacio y de forma relajada.
- Mantener un clima de confianza.
- Hablar con un lenguaje claro y comprensible.
- Utilizar simultáneamente la comunicación no verbal: mirarle, tocarle, etc.
- Darle conversación y animarle a hablar en situaciones de no tensión.

- No hacer preguntas excesivas, solo las necesarias.
- Intentar que no tome consciencia de su habla.
- Hacer juegos con el lenguaje.

d. Evaluación de la disfemia.

A la hora de realizar una adecuada evaluación, hay que tener en cuenta todos los aspectos que repercuten en la persona. Según Gallego y Rodríguez (2005), son los siguientes:

- Las manifestaciones lingüísticas y no lingüísticas del habla.
- Las posibles causas.
- Obtener datos de los diferentes contextos y situaciones (familiar, escolar, social).
- Verificar la gravedad del trastorno.
- La persistencia y el momento de aparición.
- La actividad respiratoria.
- Autopercepción de la disfemia.
- Antecedentes personales y familiares de tartamudez.
- Las diferentes situaciones de comunicación: expresión verbal espontánea, lectura de textos, etc.

Además, estos autores hablan de una serie de actividades e instrumentos para evaluar. En relación a las actividades, mencionan algunas como: describir imágenes, narrar historias, lectura de textos, conversaciones, etc. Por lo que se refiere a los instrumentos, hablan de: entrevistas a las diferentes personas que conviven con el sujeto, tests estandarizados, cuestionarios, observación, etc.

Conture (1990) ha señalado dos criterios para saber cuándo las disfluencias se consideran una disfemia:

- Sobre una muestra de 100 palabras, los bloqueos y/o prolongaciones de sonidos son más del 25%.
- Cuando en la primera sílaba de la palabra persisten las prolongaciones y/o repeticiones de sonidos.

Para Fernández (1997), el habla se puede evaluar de la siguiente forma: contando el número de disfluencias en 100 palabras o el número de palabras tartamudeadas por minuto.

2. PRESENTACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL CASO.

Los datos que a partir de ahora se reflejan son los correspondientes a la actuación con un alumno de 7 años de edad y que presenta disfemia desde los 4 años.

El alumno nació en 2007 y ha asistido a un centro infantil desde los 3 años de edad. Actualmente, se encuentra en el primer curso de educación primaria. Está afectado de disfemia, concretamente, de tipo mixta, ya que combina tanto la disfemia clónica como la tónica, caracterizándose la primera por repeticiones involuntarias, bruscas y explosivas de una sílaba o grupo de sílabas durante la emisión verbal; y la segunda, por la interrupción total del habla durante cierto tiempo, produciéndose a continuación una emisión repentina de la expresión verbal. Tiene un origen de desarrollo. Además, presenta una serie de estereotipias, tales como balanceos hacia delante y hacia atrás, e incluso, da pequeños saltos en su silla al ponerse muy nervioso.

Desde que presenta este trastorno, ha recibido una atención tanto por parte de la especialista de Audición y Lenguaje (AL), como en el ámbito privado, ya que los padres le llevan a una asociación para controlar su disfemia.

La familia del alumno está muy comprometida a la hora de seguir las pautas para mejorar el trastorno. Los padres no fomentan una actitud de agobio y utilizan algunas estrategias, tales como: un modelo de habla adecuado, clima seguro, reducen su tensión y nerviosismo, no le presionan, no le interrumpen mientras el niño habla, etc.

En cuanto al contexto dentro del aula, el alumno está totalmente integrado con sus compañeros y, a nivel académico, se desarrolla correctamente.

La maestra de AL atiende al alumno 1 hora a la semana fuera del aula ordinaria y realiza actividades como las siguientes:

- Ejercicios de soplo: con un molinillo de viento, con un globo, una vela y una pelota.
- Ejercicios de respiración: inspira y expira lentamente, igual que el anterior pero tapando un orificio de la nariz, etc.
- Praxias.
- Juegos: imágenes donde el niño ha de describirlas.
- Habla espontánea: cuenta lo que hace en clase, lo que hizo en el fin de semana, etc.
- El aula donde se trabaja es pequeña, cuenta con un espejo largo, mesas, sillas y el material necesario para poder realizar las diferentes actividades.

En último lugar, conviene aclarar que el alumno no tiene diagnóstico como tal, sino solamente algunos test, como el PLON, del que se hablará más adelante.

3. METODOLOGÍA.

La metodología empleada en este trabajo es la musicoterapia. Para poder entender dicha metodología, es necesario hacer referencia a una serie de conceptos que forman su conjunto: música y terapia.

En primer lugar, una definición tradicional de música es la que habla del arte de combinar sonidos y evolucionando hasta obtener definiciones algo más complejas en las que intervienen otros factores. Es el caso de la aportada por Domènech (1980), quien define la música como un arte creado por el hombre a lo largo de los siglos. Es, por tanto, un arte auditivo, mientras que las demás artes son visuales. Además, es importante añadir que utiliza sonidos y silencios como forma de expresión, y que es un lenguaje no verbal, universal y simbólico que usa los principios de la melodía, la armonía y el ritmo.

Por otro lado, la música está constituida por una serie de elementos:

1. El sonido. Es el fundamental y para que se produzca, se necesita una vibración de un cuerpo. Esa vibración se representa en forma de onda.
2. El ritmo. Es el elemento de la música que nace cuando se combinan diferentes elementos de duración.

Por su parte, el sonido presenta algunas características fundamentales. Por un lado, la altura, hace referencia a los agudos o graves. A menos número de vibraciones, el sonido es grave. A mayor número de vibraciones, el sonido es agudo. Cuando, sobre un ritmo, introducimos la altura, da lugar a la melodía. La melodía está formada por el pentagrama, las claves y las notas. Por otro lado, el timbre es la cualidad más abstracta del sonido. Varios sonidos de igual altura se diferencian entre sí según el instrumento que lo produce. Para terminar, la intensidad hace referencia a sonidos más o menos fuertes. La intensidad en una partitura se representa mediante los matices y reguladores.

En segundo lugar, la terapia es entendida como el tratamiento que se emplea para combatir una enfermedad. Así pues, tras unir las palabras música y terapia, forman la *musicoterapia*, un término cada vez más empleado en la Educación especial.

Según Lacárcel (1990), la musicoterapia es considerada como la terapia basada en la producción y audición de la música. Esta es escogida por su repercusión afectiva, por la posibilidad de la persona a expresarse y por reaccionar según su sensibilidad.

Por su parte, Bruscia (1999) define la musicoterapia como un proceso constructivo en el que el terapeuta tiene la función de mejorar, mantener o restaurar el estado de bienestar mediante la música.

Por último, una definición más actual es la dada por Pareja (2013) en la *Revista Internacional de Audición y Lenguaje, Logopedia, Apoyo a la Integración y Multiculturalidad* (RIALAIM), que define musicoterapia como el arte de comunicar por medio de sonidos, creando un espacio de relación interpersonal para la curación del niño.

Según Poch (1999), existen dos campos en la musicoterapia: el de curación y el de prevención.

ÁMBITOS DE APLICACIÓN	
<i>Musicoterapia curativa</i>	<i>Musicoterapia preventiva</i>
Ayuda al diagnóstico clínico	La madre en el período gestante
En maternología	Guardería infantil
Retrasos mentales	Educación preescolar y primaria
Educación especial	Centros sociales de tercera edad
Psiquiatría	Música funcional en el trabajo
Drogodependencias	En familia
Pacientes anoréxicos y bulímicos	Otros
Enfermos terminales y de sida	
Otros	

3.1. ¿Por qué es terapéutica la música?

Durante los años de utilización de la musicoterapia se ha constatado el hecho de que la música tiene numerosos factores beneficiosos en el ser humano. Algunos de estos beneficios son: desarrolla y mejora la capacidad de atención; favorece la imaginación y la capacidad creadora; desarrolla la memoria; favorece la expresión de uno mismo; puede ser un agente socializador; se pueden expresar sentimientos e ideas sin necesidad de hablar; expresa estados emocionales; refuerza la autoestima; ayuda a la reeducación de la persona; mejora las funciones psicofisiológicas, la afectividad, la personalidad;

tiene una influencia positiva en la reeducación y tratamiento especial en niños con problemas de lenguaje; etc.

Además, Lacárcel (1990) habla de dos métodos en musicoterapia: el pasivo, de escucha; y el activo, en el que el niño participa mediante la acción.

3.2. El aula de musicoterapia.

El aula donde se vaya a impartir la musicoterapia debe de reunir una serie de condiciones, tales como: unas dimensiones adecuadas, tanto para el trabajo individual como grupal; ha de tener los instrumentos necesarios para la realización de las actividades; la iluminación tiene que ser la adecuada; constará de un equipo de música y una serie de altavoces que estarán situados de forma correcta en el aula; es importante la insonorización del aula para evitar que los ruidos afecten a las actividades que se desarrollen en el exterior; tendrá el equipamiento de un aula normal (mesas, sillas); etc.

a. Instrumentos de valoración.

Se va a realizar una evaluación procesual que consistirá en la recogida de datos e información de la eficacia del Plan de intervención propuesto para dicho alumno. Esto nos ayudará a observar si es el adecuado o, en cambio, necesita de la modificación de algunas actividades que no estén ofreciendo resultados positivos. También será una evaluación tanto cuantitativa como cualitativa.

Según la información recogida, a principios de curso la especialista utilizó un instrumento llamado test PLON, para comprobar los aspectos de fonología, morfología, sintaxis, contenido y uso del lenguaje, con el objeto de trabajar posteriormente con el alumno los ámbitos que tenía más afectados.

Las técnicas que se han utilizado son:

- *La observación.* Para poder llevar a cabo una correcta observación, se utilizarán una serie de instrumentos que nos ayudarán a recoger la información necesaria. Estos son: listas de control, rúbricas y registros individuales. (Véase Anexo 1).
- *Intercambios orales.* Esta técnica trata de analizar la disfemia del alumno. Para ellos se utilizarán instrumentos como entrevistas, habla espontánea, contar historias, etc.

b. Procedimiento.

El procedimiento propuesto en este trabajo consiste en la puesta en práctica de una serie de actividades que consideran la música como tratamiento. Una vez realizadas las actividades, se analizarán los resultados obtenidos en el sujeto estudiado (epígrafe 5: “Resultados”). Todas las actividades desarrolladas aparecen detalladas en el Anexo 2.

4. PLAN DE INTERVENCIÓN.

Para hacer una correcta intervención, hay que tener en cuenta las características del trastorno y la edad de aparición, ya que, según Gallego y Rodríguez (2005), existen tres posibles modalidades de intervención: la intervención en el tartamudeo infantil, en el tartamudeo esporádico y la tartamudez en adolescentes y/o jóvenes.

En este caso, el alumno reúne características tanto del tartamudeo esporádico, como de la tartamudez en adolescentes y/o jóvenes. Concretamente, se pueden destacar las siguientes:

- Intervención tanto en el sujeto como en el contexto.
- Participan padres y profesores.
- Realización de ejercicios fonatorios, respiratorios, de ritmo y relajación.
- Programa personalizado.
- Se ha de trabajar en todas las dimensiones de la persona: cognitiva, verbal-motora, afectivo-emocional y comunicativa.

En la siguiente tabla, se recogen las técnicas que se pueden usar en la intervención (Gallego y Rodríguez, 2005):

Técnicas	Denominación
Basadas en disfunciones del feedback	<i>Habla ensordecida o enmascarada.</i> Emisión de ruido mientras el sujeto habla o lee para que no perciba su propia habla. Se irá desvaneciendo el ruido poco a poco.
	<i>Habla rítmica.</i> Ajustar el ritmo articulatorio del sujeto a una secuencia exterior lenta con ayuda de un metrónomo, con el fin de que ignore su propio ritmo y siga el del aparato.
	<i>Retroalimentación Auditiva Demorada.</i> Con ayuda de unos auriculares y un equipo de grabación y reproducción se consigue retardar unos segundos la retroalimentación auditiva del hablante. Si se quiere oír, debe enlentecer su ritmo.

	<p><i>Habla en eco o en sombra.</i> Imitar el modelo de habla del logoterapeuta.</p>
Basadas en el condicionamiento operante	<p><i>Reforzamiento positivo.</i> En conductas lingüísticas correctas, de modo que el sujeto asocie la conducta deseada y el refuerzo.</p>
	<p><i>Tiempo fuera.</i> Interrumpir el habla durante 10 segundos, para que por un lado, el sujeto descanse y por otro, una vez tranquilizado, corrija el ritmo articulatorio.</p>
	<p><i>Extinción.</i> Determinar las conductas que incrementan el tartamudeo y eliminarlas hasta disminuirlas.</p>
De sensibilización	<p><i>Entrenamiento asertivo.</i> Se usa para superar complejos de inferioridad o timidez, que provocan situaciones de ansiedad y nerviosismo.</p>
	<p><i>Terapia cognitiva.</i> Modificación de los procesos cognitivos a través de: resolución de problemas y entrenamiento en autoinstrucciones.</p>
	<p><i>Entrenamiento de habilidades sociales.</i> Desarrollar habilidades sociales para superar la falta de fluidez verbal.</p>
De desensibilización	<p><i>Desensibilización.</i> El sujeto será inicialmente relajado para proseguir con la exposición de los estímulos fóbicos, para reducir ansiedad y angustia.</p>
	<p><i>Control de respuestas psicofisiológicas.</i> Utilización de la auto-relajación.</p>
Otros	<p><i>Habla gesticulada.</i> Asociar gestos al habla, para así, sustituir los vicios faciales o corporales.</p>
	<p><i>Habla en soplo.</i> Hablar después de haber expirado el aire, para evitar los posibles espasmos.</p>
	<p><i>Habla silábica.</i> Articular palabras enfatizando las sílabas.</p>

El programa de intervención es susceptible de un seguimiento y control, por si fuera necesario realizar algunas modificaciones en el caso de que no se esté desarrollando de forma adecuada.

Dicha intervención va a consistir en la puesta en práctica de un amplio abanico de actividades enfocadas a distintos aspectos: habla rítmica, habla en eco o en sombra; tiempo fuera, control de respuestas psicofisiológicas, habla silábica, el ritmo, la

respiración y el soplo y los juegos. Estas actividades aparecen detalladas, con mayor exactitud, en el Anexo 2 del presente trabajo.

5. RESULTADOS.

Tras la puesta en práctica de las actividades, se va a proceder al análisis de los resultados obtenidos.

En la actividad 1 se ha realizado la sesión sobre la relajación. He podido apreciar resultados positivos en cuanto a la tartamudez del alumno, ya que al estar tumbado sobre la colchoneta, se relaja por completo y puede controlar la respiración al ritmo de la música. Es una actividad que se recomienda realizarla al inicio de las sesiones, puesto que para las posteriores actividades ya se parte de una relajación base.

La actividad 2 ha sido muy divertida para el alumno, ya que tuvo que realizar su propio instrumento. Una vez hecho, se comenzó con el ejercicio. Su puesta en práctica ha mostrado su eficacia, puesto que al tener que decir el alumno una palabra por cada golpe de la maraca, podía interiorizar el ritmo del habla y tartamudeaba menos. Aunque, en las primeras sesiones, el tartamudeo era algo frecuente, poco a poco fue disminuyendo. También se ha podido observar que apenas tartamudeaba cuando el ejercicio se realizaba dividiendo las palabras en sílabas. Una vez superado el tartamudeo en esta parte, se procedió a hacerlo con las palabras enteras.

Con la actividad 3 se han tenido algunos problemas porque el discente se mostraba reacio a cantar debido a su timidez. La primera vez que se realizó el canto, el alumno tartamudeaba constantemente, pero poco a poco fue desapareciendo. Para lograr esa disminución del tartamudeo, primero cantaba el docente y luego lo hacían juntos para que el propio alumno se diese cuenta de que no pasaba nada por cantar. Ya en las sesiones posteriores, el niño cantaba solo y no llegaba a tartamudear, dando lugar a unas clases más amenas.

La actividad 4 es muy positiva, ya que ayuda al alumno a relajarse cuando se encuentra en situaciones de mayor tensión y nervios. Además, el hecho de que tenga que reconocer los sonidos que escucha, mejora su capacidad de atención. Una vez se consiga el estado de relajación requerido, se puede continuar con las demás actividades.

La siguiente actividad, la número 5, fue muy amena para el alumno, ya que se trabajó con la pintura y la pajita. Aquí, aprendió a controlar el soplo, además de saber seguir el ritmo de la música.

Por último, las actividades 6 y 7 se han de analizar de dos formas distintas, teniendo en cuenta la relajación previa o posterior al inicio de los juegos. En algunas sesiones, se ha comenzado jugando, pero se ha observado que el alumno tartamudeaba constantemente, por lo que la actividad no servía de mucho. Después, se decidió hacer al finalizar algunos ejercicios de relajación, ya que el alumno puede controlar su respiración y el ritmo de habla. Tras esto, se obtuvieron resultados muy positivos, debido a que ya no tartamudeaba al realizar las correspondientes frases e incluso, si se le preguntaba algo fuera de la actividad, era capaz de responder de forma adecuada y sin bloqueos.

6. CONCLUSIONES.

La realización de este Trabajo Fin de Grado ha resultado muy satisfactoria para mí, ya que me ha permitido profundizar en aspectos profesionales que han sido tratados de forma rápida y general en las asignaturas cursadas durante la carrera.

Por un lado, la elección de la musicoterapia como técnica de intervención me ha permitido huir de lo tradicional y dar un paso más allá en el tratamiento de la tartamudez. Son muchas las técnicas que resultan favorecedoras a la hora de tratar trastornos, sin embargo, me he decantado por un recurso que fuese original. Por otro lado, el tema de la disfemia me parece que, siendo un trastorno de relevancia, no se tiene muy en cuenta, ya sea porque no se sabe a ciencia cierta qué lo origina, o porque incluso llegas a oír que no es importante y que terminará desapareciendo con el tiempo. Sin embargo, he podido comprobar, tras mi estudio, que si no se trata de una forma adecuada, puede llegar a acompañar a la persona durante toda la vida. Por tanto, hay que ofrecer a estos sujetos nuestra ayuda y proporcionarles unas pautas para que puedan convivir con este problema de la mejor forma posible.

Como se ha podido observar a lo largo del trabajo, utilizar la música tiene una serie de ventajas, que se han alcanzado con la puesta en práctica de las actividades. Los beneficios más relevantes en este caso han sido: desarrollar la capacidad de atención y memoria, reforzar la autoestima, favorecer la expresión de uno mismo y la influencia positiva en la reeducación y, por último, el tratamiento especial en niños con problemas de lenguaje. No obstante, todo este proceso tiene una serie de limitaciones que están enfocadas a la formación del profesorado, ya que existen pocos profesionales que otorguen un lugar privilegiado a la musicoterapia en sus clases. En consecuencia, considero que cada vez se deberían ir formando más expertos en este campo.

Con respecto a los objetivos propuestos, hay que decir que se han alcanzado en su totalidad, puesto que la tartamudez del niño, objeto de estudio, ha mejorado notablemente mediante las actividades propuestas. Aunque, bien es cierto que se han tenido que hacer algunas modificaciones (ya comentadas en el apartado de resultados) porque no se obtenían los resultados iniciales esperados.

En mi opinión, creo que el tiempo de investigación ha sido escaso, ya que hacer un estudio adecuado sobre uno o varios casos requiere muchas más horas de las que se han dedicado, pero aun así, he intentado hacer una investigación lo más rigurosa y completa posible. Además, he aprendido a realizar un estudio de casos, a aplicar mis conocimientos y a seguir formándome como futura docente.

Para finalizar, me gustaría decir que este trabajo supone un punto y seguido en mi formación como maestra, ya que, como se sabe, los docentes continuamente debemos de estar actualizando nuestros conocimientos para las generaciones venideras.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alegre, J. y Pérez, M. (2008). *Guía Práctica de los Trastornos del Lenguaje. Descripción e Intervención*. Barcelona: LEBÓN.
- Bruscia, K. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Salamanca: Agruparte.
- Conture, E. (1990). *Stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Domènech, J. (1980). *Introducción al Mundo de la Música*. Barcelona: Daimon.
- Fernández, A. (1997). Disfemia. En Puyuelo, M. (Coord.), *Manual de Foniatría y Logopedia* (pp. 17-19). Madrid: CEPE.
- Gallego, J. y Rodríguez, A. (2005). *Atención Logopédica al Alumnado con Dificultades en el Lenguaje Oral*. Málaga: Aljibe.
- Gil, A. (2011). *Manual de Foniatría y Logopedia*. Madrid: CEPE.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Nueva York: Bantam. (Trad. Cast.: Goleman, D. (2006). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.)
- Harrison, J. (2011). *El Hexágono de la Tartamudez. Las claves para conocer y superar las dificultades del habla*. Barcelona: RBA.
- Lacárcel, J. (1990). *Musicoterapia en Educación Especial*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Musicoterapiadisfemia* (s.d.). Recuperado de:
<http://musicoterapiadisfemia.blogspot.com.es/2009/12/justificacion.html>
- Musicoterapiadisfemia* (s.d.). Recuperado de:
<http://musicoterapiadisfemia.blogspot.com.es/>
- Orton, S. y Travis, L. (1934) (s.d). *Archives of Neurology and Psychiatry*. 21:61 (1929).
- Pareja, I. (2013). Musicoterapia y educación especial. *Revista Internacional de Audición y Lenguaje, Logopedia, Apoyo a la Integración y Multiculturalidad*. 2, (3), 53-60.
- Perelló, J. (1990). *Trastornos del Habla*. Barcelona: Masson.
- Poch, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia. Volumen I*. Barcelona: Herder.
- Van Dierendonck, R. y Vynckier, A. (1964) (s.d). *Belg. T. Geneesk.* 20: 850 (1964).

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

RÚBRICAS.

Las siguientes rúbricas hacen referencia a las actividades llevadas a cabo en la intervención. Se va a obtener una puntuación según la valoración que se le asigne a cada aspecto a evaluar. Dicha puntuación será sobre 10.

Esta rúbrica valora la parte del habla rítmica y el habla silábica, y según la valoración que se le ha dado, el alumno ha obtenido un puntaje de 6.

<i>SESIÓN 2</i>	VALORACIONES			PUNTAJE
ASPECTOS	BAJA (0 puntos)	MEDIA (1 punto)	ALTA (2 puntos)	
Tartamudez	Demasiados bloqueos durante el habla.	Bloqueos menos acentuados.	Inexistencia de bloqueos.	1 punto.
Estereotipias	Balanceos y saltos evidentes.	Apenas hay balanceos y saltos.	No hay balanceos ni saltos.	2 puntos.
Nerviosismo	Muy acentuado.	Poco nerviosismo.	Tranquilidad.	1 punto.
Tensión Muscular	Cuello en tensión.	Cuello menos tenso.	No existe tensión.	1 punto.
Relajación	No hay relajación.	Comienzo de relajación.	Totalmente relajado.	1 punto.
Puntuación Total				6 puntos.

Tabla 1. Valoración del habla rítmica y el habla silábica

Las siguientes tablas (2 y 3) muestran el puntaje sobre la sesión del habla en eco o en sombra. En la sesión 3.1, se contempla que el alumno era reacio a cantar; mientras que en la sesión 3.2, se observa el cambio que tiene el alumno hacia el canto, ya que la puntuación es mucho mayor.

<i>SESIÓN 3.1</i>	VALORACIONES			PUNTAJE
ASPECTOS	BAJA (0 puntos)	MEDIA (1 punto)	ALTA (2 puntos)	
Tartamudez	Demasiados bloqueos durante el habla.	Bloqueos menos acentuados.	Inexistencia de bloqueos.	0 puntos.
Estereotipias	Balanceos y saltos evidentes.	Apenas hay balanceos y saltos.	No hay balanceos ni saltos.	0 puntos.

Nerviosismo	Muy acentuado.	Poco nerviosismo.	Tranquilidad.	1 punto.
Tensión Muscular	Cuello en tensión.	Cuello menos tenso.	No existe tensión.	1 punto.
Relajación	No hay relajación.	Comienzo de relajación.	Totalmente relajado.	1 punto.
Puntuación Total				3 puntos.

Tabla 2. Valoración del habla en eco o en sombra

SESIÓN 3.2	VALORACIONES			PUNTAJE
ASPECTOS	BAJA (0 puntos)	MEDIA (1 punto)	ALTA (2 puntos)	
Tartamudez	Demasiados bloqueos durante el habla.	Bloqueos menos acentuados.	Inexistencia de bloqueos.	2 puntos.
Estereotipias	Balanceos y saltos evidentes.	Apenas hay balanceos y saltos.	No hay balanceos ni saltos.	2 puntos.
Nerviosismo	Muy acentuado.	Poco nerviosismo.	Tranquilidad.	2 puntos.
Tensión Muscular	Cuello en tensión.	Cuello menos tenso.	No existe tensión.	1 punto.
Relajación	No hay relajación.	Comienzo de relajación.	Totalmente relajado.	2 puntos.
Puntuación Total				9 puntos.

Tabla 3. Valoración del habla en eco o en sombra

En las sesiones 6 y 7 (tablas 4 y 5), se puede advertir cómo el puntaje mejora, ya que en la primera, la actividad se hizo antes de que se llevara a cabo la relajación; y en la segunda, la relajación es anterior a la actividad.

SESIÓN 6	VALORACIONES			PUNTAJE
ASPECTOS	BAJA (0 puntos)	MEDIA (1 punto)	ALTA (2 puntos)	
Tartamudez	Demasiados bloqueos durante el habla.	Bloqueos menos acentuados.	Inexistencia de bloqueos.	0 puntos.
Estereotipias	Balanceos y saltos evidentes.	Apenas hay balanceos y saltos.	No hay balanceos ni saltos.	1 punto.
Nerviosismo	Muy acentuado.	Poco nerviosismo.	Tranquilidad.	1 punto.
Tensión Muscular	Cuello en tensión.	Cuello menos tenso.	No existe tensión.	1 punto.

Relajación	No hay relajación.	Comienzo de relajación.	Totalmente relajado.	0 puntos.
Puntuación Total				3 puntos

Tabla 4. Valoración de los juegos

<i>SESIÓN 7</i>	VALORACIONES			PUNTAJE
ASPECTOS	BAJA (0 puntos)	MEDIA (1 punto)	ALTA (2 puntos)	
Tartamudez	Demasiados bloqueos durante el habla.	Bloqueos menos acentuados.	Inexistencia de bloqueos.	1 punto.
Estereotipias	Balancesos y saltos evidentes.	Apenas hay balancesos y saltos.	No hay balancesos ni saltos.	1 punto.
Nerviosismo	Muy acentuado.	Poco nerviosismo.	Tranquilidad.	1 punto.
Tensión Muscular	Cuello en tensión.	Cuello menos tenso.	No existe tensión.	2 puntos.
Relajación	No hay relajación.	Comienzo de relajación.	Totalmente relajado.	1 punto.
Puntuación Total				6 puntos.

Tabla 5. Valoración de los juegos

LISTAS DE CONTROL.

En la sesión 4, que corresponde al reconocimiento de sonidos, se ha realizado una lista de control (tabla 6) para ver si el alumno cumplía con las tareas.

<i>SESIÓN 4</i>			
TAREAS	SÍ	NO	A VECES
Está atento.	X		
Se relaja.	X		
Recuerda la escucha.	X		
Se muestra perceptivo ante la actividad.	X		
Reconoce los sonidos.			X

Tabla 6. Lista de control para el reconocimiento de sonidos

OBSERVACIÓN.

En las sesiones 1 y 5, se utilizará la observación como instrumento de valoración. A continuación, se muestran las tablas (7 y 8) correspondientes a la observación de dichas sesiones.

SESIÓN 1

El alumno se tumba por completo en la colchoneta.
Tiene los ojos cerrados y su respiración es completamente relajada.
Cuando se le ha pedido que coloque sus manos en el abdomen o en el pecho, lo ha hecho sin ninguna oposición.
En la parte que el docente no ha hablado, el alumno ha abierto los ojos para comprobar si seguía ahí.

Tabla 7. Registro de observación de la sesión de control de respuestas psicofisiológicas y desensibilización

SESIÓN 5

El alumno se muestra alegre al realizar la actividad y le parece muy divertida.
Al utilizar los ritmos lentos de la música, el soplo ha sido mejor, puesto que le pone más atención y cuidado.
En los ritmos rápidos, el alumno sopla demasiado fuerte y la pintura se sale del papel.
Después, se le ha explicado que se puede soplar fuerte y con cuidado, para que en los posteriores dibujos no se tenga el mismo problema de salirse la pintura.

Tabla 8. Registro de observación de la sesión de respiración y soplo

ANEXO 2. ACTIVIDADES.

SESIÓN 1. Control de respuestas psicofisiológicas y desensibilización.

Objetivo: trabajar la relajación mediante la música.

Actividad: consiste en tumbar al alumno sobre una pequeña colchoneta en el aula y poner música de fondo. Dicho alumno tiene que estar con los ojos cerrados, escuchando los sonidos y respirando tranquilamente. Después, el docente dará una serie de indicaciones al par de la música para que el alumno se relaje completamente, como por ejemplo: si el sonido es del mar, se puede decir que escuche las olas del mar, que se imagine que está en la playa, etc.

Recursos: colchoneta, equipo de música y CD.

Temporalización: unos 8-10 minutos.

SESIÓN 2. Habla rítmica y habla silábica.

Objetivo: ajustar el rimo articulatorio del alumno.

Actividad: consiste en que el alumno realice su propio instrumento. En este caso, unas maracas, aunque se puede utilizar cualquier otro instrumento, incluso el propio cuerpo. Después, se utiliza dicho instrumento para trabajar el rimo. El proceso es el siguiente: en cada golpe de maraca, el alumno tiene que decir la palabra. También puede variar el ejercicio diciendo las sílabas a cada golpe.

Realización de la maraca: en el culo de la botella le hacemos un pequeño agujero para introducir el palo de la maraca. Después, abrimos el tapón de la botella y metemos el arroz. Luego la decoramos.

Recursos: botellas pequeñas, palo para sujetar la botella, arroz, elementos decorativos y tijeras.

Temporalización: para hacer la maraca es de 20 minutos y 15 minutos para realizar el ejercicio de ritmo.



SESIÓN 3. Habla en eco o en sombra.

Objetivos: corregir la tartamudez mediante el canto, imitar el habla del docente.

Actividad: el docente le da al alumno una hoja con una serie de canciones sencillas. Primero, canta el docente y posteriormente, el alumno tiene que imitar el canto. Las canciones pueden verse en el Anexo 2.

Recursos: letras de las canciones.

Temporalización: unos 10-15 minutos.

SESIÓN 4. Tiempo fuera.

Objetivos: interrumpir el habla para que el alumno descanse, corregir el ritmo articulatorio del discente cuando se encuentre relajado y trabajar la atención.

Actividad: se puede realizar de dos formas: la primera, consiste en poner una canción en la que aparezcan sonidos de animales, de una ciudad, de instrumentos, etc., para que posteriormente el alumno reconozca y escriba los sonidos que aparecen. La segunda, se puede realizar sin utilizar ninguna canción, simplemente escuchando el ambiente del aula y oyendo algún ruido que proceda del colegio.

Cuando el alumno se ha relajado, se puede volver a trabajar el ritmo articulatorio u otra actividad.

Recursos: equipo de música y CD.

Temporalización: 5 minutos.

SESIÓN 5. Respiración y soplo.

Objetivos: controlar el soplo y trabajar el ritmo.

Actividad: mediante el uso de un folio y pintura diluida, el alumno tiene que soplar con una pajita para crear un dibujo. El soplo se hace en función del ritmo de la música: si el ritmo es rápido, el soplo se hace fuerte; si el ritmo es más lento, se hace más suave.

Recursos: folios, pintura diluida, pajitas y música.

Temporalización: 10-15 minutos.



SESIÓN 6. Juegos.

Objetivo: trabajar el habla.

Actividad: consiste en que el alumno y el docente juegan a una Oca y dependiendo de la casilla en la que se caiga, se tiene que formar una frase sobre el dibujo que haya. En este caso, la ficha trata sobre las vocales. Se utiliza música para crear un ambiente relajado.

Recursos: fichas, dado y La Oca.

Temporalización: 15 minutos.

SESIÓN 7. Juegos.

Objetivo: trabajar el habla.

Actividad: trata de una serie de juegos de mesa en los que por cada tirada que se haga, el alumno debe construir una frase con el dibujo que haya en la casilla. Además, en esta actividad se utiliza música relajante de fondo.

Recursos: juegos de mesa, fichas, dados y música.

Temporalización: unos 15-20 minutos.

ANEXO 3. CANCIONES Y JUEGOS PARA LAS ACTIVIDADES.

CANCIONES.

Al pasar la barca.

Al pasar la barca, me dijo el barquero: las niñas bonitas no pagan dinero.

Al volver la barca me volvió a decir: las niñas bonitas no pagan aquí.

Yo no soy bonita ni lo quiero ser. Las niñas bonitas se echan a perder.

Como soy tan fea yo le pagaré. Arriba la barca de Santa Isabel.



Soy un chino capuchino.

Soy un chino capuchino mandarín rin rin.

He llegado a la era del Japón pon pon.

Mi coleta es de tamaño natural ral ral.

Y con ella me divierto sin cesar sar sar.

Al pasar por un cafetín tin tin.

Una china me tiró del coletín tin tin.

Oye china que no quiero discutir tir tir.

Soy un chino capuchino mandarín rin rin.



Soy un chino capuchino

Que llueva.

Que llueva, que llueva,
la vieja está en la cueva,
los pajaritos cantan,
las nubes se levantan,
¡que sí!, ¡que no!,
que caigan un chaparrón,
con azúcar y turrón,
que rompa los cristales de la estación,
y los tuyos si, y los míos no.



¡Qué llueva, qué llueva!

Zapatilla por detrás.

A la zapatilla por detrás, tris, tras.
Ni la ves, ni la verás, tris, tras.
Mirar para arriba, que caen judías.
Mirar para abajo, que caen garbanzos.
A callar, a callar,
Que el demonio va a pasar.



El Barquito Chiquitito.

Había una vez un barquito chiquitito, (bis)

que no sabía, que no podía, que no sabía navegar.

Pasaron un, dos, tres, cuatro, cinco, seis semanas,

pasaron un, dos, tres, cuatro, cinco, seis semanas,

y aquel barquito y aquel barquito y aquel barquito navegó.



SONIDOS PARA LAS ACTIVIDADES.

- Sonido de naturaleza:

<https://www.youtube.com/watch?v=b8rt2bTIf6E>

- Sonido de animales:

https://www.youtube.com/watch?v=1KYbmGkn_Zw

JUEGOS.

El Juego de la Oca aprendemos las vocales

					TIRA OTRA VEZ				Avanza Cinco casillas
	PIERDES UN TURNO		Avanza a la meta		Retrocede tres casillas				
		Vuelve a la Salida			TIRA OTRA VEZ		1		

			TIRA OTRA VEZ		Avanza seis casillas		Retrocede tres casillas		
Avanza a la meta		Retrocede dos casillas			Avanza cuatro casillas			TIRA OTRA VEZ	
	TIRA OTRA VEZ			Vuelve a la Salida		TIRA OTRA VEZ			