

TRABAJAR LA RESPIRACIÓN CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Lucía Casal de La Fuente

Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Universidad de Santiago de Compostela.
luciadafonte@gmail.com

Resumen

El canto y sus posibilidades en la educación y/o terapia no dispone de un cuerpo de conocimiento científico consolidado, y aún menos con colectivos vulnerables. Ante esta realidad, se plantea una investigación de corte cualitativo cuyo objetivo es elaborar e implementar un breve taller de voz cantada para personas con discapacidad intelectual (PcDI), como ayuda en sus procesos de inclusión.

La teoría abordada emana de la esfera social de los colectivos vulnerables y llega hasta la lógica de la técnica vocal, utilizada como cimiento para el planteamiento del taller. El apartado empírico parte del diseño y observación de la implementación de sesiones prácticas sobre voz cantada para y con un grupo experimental de trece personas adultas con DI. La finalidad es la validación de las actividades para comprobar si la muestra puede seguirlos y en qué medida, y de ello, lograr generar información útil con el ánimo de proyectar programas más completos y poder de ellos hacer su debido seguimiento. Este artículo se centra en los resultados específicos sobre el trabajo de la respiración y su didáctica con este colectivo, donde destaca muy positivamente para el aprendizaje significativo del arte de respirar bien la utilización de la kinestesia y la autoexploración del cuerpo. Despunta también para su óptima ejecución la necesidad de personal de apoyo, desaconsejándose, paralelamente, la introducción de varios conceptos nuevos en un mismo ejercicio, que pueden llevar al bloqueo.

No dudamos de que el canto ha forjado lazos entre la muestra y resulta un apoyo en su trabajo logopédico diario, que incide positivamente en la mejora de sus destrezas comunicativas y relacionales, tan básicas para su vida en independencia e inclusión social.

Palabras clave

Discapacidad Intelectual - Respiración - Didáctica - Inclusión Social - Técnica Vocal

WORK BREATHING WITH PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Abstract

Singing and its possibilities in education and/or therapy do not have a consolidated body of scientific knowledge, still less, applied in vulnerable groups. Faced with this reality, this is a qualitative research, which objective is to develop and implement a short singing voice workshop for people with intellectual disabilities, to help their processes of inclusion.

Approached theory emanates from the social sphere of the vulnerable groups and reaches the logic of vocal technique, used as a foundation for the planning of the workshop. The empirical section departs of the design and observation of the implementation of practical sessions on singing voice to and with an experimental group of thirteen adults with ID. The purpose is the validation of activities to check if the test may follow and what extent, and starting from that, to generate useful information to project more effective programmes, and to do their proper follow. This article focuses on the specific results about the work of breathing and its didactics with this group, which highlights very positively for the meaningful learning of the art of breathing well, the use of the kinesthesia and self-exploration of the body. Stands out, besides, for the best execution, the need of support staff, discouraging, in a same tame, the introduction of several new concepts in the same exercise, which can lead to blocking. Have no doubt that the singing has forged ties between test and it is a support in their daily logopaedic work, that positively affects the improvement of communicative and relational skills, basic for his life in independence and social inclusion.

Key-words

Intellectual Disability - Breathing - Didactics - Social Inclusion - Vocal Technique

.....

Introducción

El discurso de este trabajo gira en torno a dos ejes fundamentales: los colectivos vulnerables -la DI, particularmente, entre ellos- y la música -con foco en la voz cantada-.

Los grupos vulnerables son aquellos cuyos miembros ven sus posibilidades muy limitadas dentro de una sociedad que no está preparada para atenderlos e incluirlos. Son innumerables y conforman un concepto cambiante, pues en cualquier momento histórico puede surgir un nuevo colectivo así delimitado. Paradójicamente, la “*Declaración Universal de Derechos Humanos*” indica claramente que todas las personas, por el mero hecho de ser personas, son titulares de absolutamente todos los derechos que enuncia. Pero todas y todos sabemos que las personas que pertenecen a grupos vulnerables ven quebrantados muchos de sus derechos humanos con demasiada asiduidad.

Tradicionalmente y desde el ámbito informal, los grupos vulnerables contaron con el apoyo más directo de familias e iguales y, más adelante y con el surgimiento de la conciencia social, han aparecido los apoyos formales desde las instituciones y ONGs (Estrada & Chan, 2009); de ahí, instrumentos como el “*Convenio Europeo de Derechos Humanos*”.

Dentro del apoyo institucional han proliferado los servicios de refuerzo en diferentes esferas tan necesarias para el buen desarrollo psicosocial de personas en situación de vulnerabilidad, sea del tipo que sea, y aunque en España las instituciones públicas cuentan en muchos casos con grandes tiempos de espera para acceder a sus servicios, iniciativas sin ánimo de lucro, privadas, concertadas o altruistas se han puesto en marcha para intentar dar respuesta a esta demanda. Aquí podemos ubicar a la Fundación Down Compostela (DC), constituida con la “finalidad de aunar esfuerzos y aglutinar voluntades para mejorar la calidad de vida de las personas con Síndrome de Down y otras discapacidades intelectuales” (Fundación Down Compostela, 2015).

Existen pruebas ya irrefutables sobre los efectos de la música en las personas. Estos indicios son fundamentalmente de tres tipos (Bence & Méreaux, 1988): históricas, pues el poder de los sonidos sobre el comportamiento de los seres vivos es conocido desde los orígenes de la humanidad; naturales, obsérvense los efectos de la música en el binomio ser humano-salud o la justificación de la introducción de la Musicoterapia en la veterinaria; y psicológicas, revísese la música y su efecto inductor en el plano emocional y su generación de profundas resonancias afectivas, tan usadas en terapias de autoayuda que incluyen música.

Especialmente sensibles a la música son las PcDI. Por estas y muchas más razones y evidencias que nos quedan en el tintero, por no proceder su desarrollo en este texto, tenemos mucha fe en todas las posibilidades que la música puede aportar en los procesos de mejora de las personas, tanto a nivel individual como a nivel colectivo. Y aunque el trabajo de la Musicoterapia receptivo-pasiva (Palacios, 2012, p. 14) ha dado también sus frutos, creemos que hacer sentir al sujeto partícipe e involucrado para con la música es mucho más gratificador y gratificante, generando a la vez más posibilidades de socialización. Nos referimos a la Musicoterapia activa. Y más aun específicamente en el marco de este trabajo, que usa el trabajo de la voz cantada para contribuir en los procesos de inclusión social.

Algo que hace entender esto que venimos de exponer es que uno de los mayores problemas para la inclusión de las PcDI es la comunicación oral, que típicamente se trabaja a través de la logopedia. La voz cantada tiene una forma de ser trabajada, más o menos profunda en función del nivel y propósito de quien la estudia, pero sigue un argumento hilado que va desde la relajación hasta la propia ejecución de las obras, pasando por los vocalizos y otras

actividades que incluyen siempre el ejercicio respiratorio. Es precisamente en esta última en que se centra este escrito, en cómo abordar los ejercicios de respiración costo-diafragmática dentro de un taller de técnica vocal y canto para personas adultas con DI. El interés que puede llegar a tener este artículo radica en el abordaje de la técnica vocal, también trabajada en logopedia (actividad a la que está expuesta la muestra participante del estudio), pero, si cabe, desde otro punto de vista y más ligado a la musicalidad y a la voz cantada.

La discapacidad intelectual

La DI es entendida por la *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD, 2013), como la discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo, que soporta las destrezas diarias, sociales y prácticas, y que se origina antes de los dieciocho años de edad.

De acuerdo con González-Pérez (2003) las dimensiones de la DI son cinco, estando entre ellas la participación, interacción y roles sociales, dimensión que está más vinculada a nuestro tema. Este autor destaca de ella el papel que tiene la participación en la vida en comunidad y se dirige a evaluar las interacciones con los demás y el rol desempeñado por la persona. Aquí tendrá mucho que ver la capacidad de comunicación oral, que ha de ser lo más inteligible posible para allanar las interacciones que facilitan la participación y, por ende, la inclusión. De ahí, nuestro interés en esta dimensión determinada.

El desarrollo del lenguaje está vinculado con el nivel de capacidad intelectual de una persona, aunque bien es cierto que la mayoría de los desórdenes que se dan en él están relacionadas con problemas de articulación. Otro tipo de estos (González-Pérez, 2003) son los de ritmo -balbuceos, tartamudez, atropellamiento de palabras...-, desórdenes de la voz -utilizar un timbre o un volumen fuera del normal-, etc. A esto, se le deben sumar los defectos y anomalías en el sistema vocal, como por ejemplo la macroglosia en el Síndrome de Down, que interfiere con la articulación. Este mismo autor (p. 63) cita entre las dificultades más notorias los problemas motores glosofaríngeos y la descoordinación muscular bucal, que acaban generando una expresión verbal poco fluida, sin ritmo y con una tonalidad inadecuada. Añadido a esto, Stores, Stores & Buckley (1996) indican que uno de los problemas de

las personas con Síndrome de Down -dentro de los colectivos con DI- son los respiratorios, sobre todo durante el sueño: agitación, ronquidos, respiración bucal, dormir con el cuello extendido, episodios de apnea, atragantamiento, asfixia, etc. Davis, Durvasula, Merhi, Young, Traini & Bosnic-Anticevich (2015) llevaron recientemente a cabo el primer estudio en técnicas de inhalación con PcDI, y durante él detectaron que las principales barreras encontradas tenían que ver con el bajo nivel de comprensión de los procesos de respiración en el grupo objeto de estudio.

Sin duda, en la producción oral influyen muchos factores, pero quizás los más sobresalientes sean la articulación en relación con el movimiento muscular bucal, así como la acción de otros músculos del cuerpo y otros mecanismos que también inciden irremediabilmente en la respiración. He aquí donde encontramos nuestro interés de investigación, pues entendemos la conexión de todo ello como íntimamente interrelacionada, y pensamos que desde el trabajo de la voz cantada podemos abordar la mejora de estos procesos, pues el canto abarca todos ellos.

La respiración y la voz cantada

La voz, como sonido natural que es, se produce a través del aire que se expulsa por los pulmones y origina la llamada presión aérea laríngea -subglótica-, que hace vibrar las cuerdas vocales², que emiten los sonidos. Teniendo en cuenta que la relajación, respiración, músculos abdominales y faciales... por su incorrecto empleo o ejecución hacen sufrir a las cuerdas vocales, nos sentimos en el deber de reivindicar que el uso correcto de la voz es un aprendizaje; y este debe pasar por distintas etapas, que van desde la introducción en la técnica vocal hasta el empleo correcto de la misma, primero conscientemente, y luego de una forma más natural y espontánea.

El aparato respiratorio es el que “proporciona la fuerza capaz de crear el sonido a través del aire inspirado” (Cuart, 2000, p. 20) y su misión principal es el aporte de oxígeno al organismo. Es el que, con una de sus fases, la expiración, colabora con la fonación. Se compone de dos regiones: las vías respiratorias y los pulmones. El aire entra por las fosas nasales, pasa por la faringe y llega a la laringe, donde está la glotis, cuyo borde es la epiglotis, la cual se cierra durante la deglución. La tráquea se divide en dos bronquios

(2) Torres (2013) indica que la forma más correcta sería el uso del concepto “pliegue vocal”, siendo “cuerda vocal” la denominación más común.

mientras que las bases de los pulmones reposan en el diafragma, que separa la cavidad pectoral de la abdominal.

Exclusiva atención requiere la laringe dentro de este apartado, cuya hipertensión es uno de los problemas más comunes a la hora de trabajar la voz cantada. La laringe aparece con los anfibios, primeros vertebrados que la poseen como medio de evitar el paso del agua en su aparato respiratorio. Asume una función protectora, que continúa siéndolo también en el ser humano: él es el primer ejemplo de fonación neumática, pues deja vibrar sus cuerdas vocales al paso de la corriente aérea, que le proporciona la respiración.

Así pues, la laringe solo se debe concebir para el paso del aire. Si se hipertensa, debido al aire incontrolado, esta tirantez pasa a la garganta y, al no tener apoyo abdominal, se genera tensión muscular, apareciendo como consecuencia el cansancio vocal. Es por ello que en su lugar se debe emplear el diafragma y músculos abdominales para así sentir la respiración costo-diafrágico-abdominal, que es la que verdaderamente otorga la voz.

La respiración es la base de la fonación. Se compone de dos movimientos: inhalación/inspiración y exhalación/expiration; separados por una pausa. Se puede hablar de tres³ tipos básicos de respiración: la superior, la inferior o diafrágico-abdominal y la mixta, que se abordarán con más detenimiento en el punto 4.3. de este trabajo, puesto que figuran como contenidos a desarrollar durante las sesiones programadas. Dentro de otra clasificación de los tipos de respiración, que atiende a los ritmos, podemos distinguir la respiración «*usual*», caracterizada por ser pausada y rítmica; la «*alterada*», que se entrecorta, se acelera o se inhibe; y la «*incrementada*», aquella que es profunda, lenta y consciente; que además renueva completamente el oxígeno y es la que hay que tener en cuenta para la relajación.

Llegados a este punto, es de interés remarcar que la función rítmica respiratoria es correcta en todas las personas durante el sueño, porque el consciente deja de funcionar y el cuerpo retorna a las tendencias y dinámicas naturales. Preguntémonos por qué los bebés pueden llorar durante horas y no se quedan vocalmente tocados. Entre otros motivos esto se debe a que de forma innata saben respirar correctamente, así como colocar la voz adecuadamente.

(3) Dependiendo de la referencia teórica que se tome, pueden darse diversos tipos de clasificación. Así, Liuzzi & Brusso (2014, pp. 43-44), por su parte, distinguen cuatro tipos de respiración: clavicular, costal superior, medio o costodiafrágica; y la abdominal o baja.

En silencio, la inspiración es tan lenta como la expiración. El ritmo respiratorio difiere durante la fonación. Ante una intensidad vocal normal, los movimientos musculares deben ser suaves pero cuando el sonido precisa potencia, los movimientos serán más firmes, presionando más fuertemente para obtener un mayor volumen.

El trabajo de la respiración con fines vocales deberá estar siempre dentro de la lógica de la educación fónica. Esta se basa en despertar en las personas sensaciones propioceptivas correctas para modelar un esquema corporal-vocal, que sigue esta secuencia (Quiñones, 1997): la percepción de la sensación tensión-distensión corporal -relajación-; la experimentación de la sensación de apoyo que la respiración otorga a la voz; el uso de una intensidad y tonalidad adecuadas; la utilización de una articulación clara y precisa; la impostación de la voz en los resonadores faciales y la apreciación de la voz a través de la escucha.

En muchas ocasiones las personas presentan la respiración invertida, de hecho es algo bastante frecuente. Fiuza (1993) hace un llamamiento para que esto se trabaje ya desde la escuela, poniendo como ejemplo las clases de música o de educación física, en que se pueden programar ejercicios para enseñar la respiración diafragmática, para que niños y niñas descubran cómo respiran y cómo deberían respirar, y vayan asumiendo la respiración y la dosificación de aire correctas. Esta autora insiste también en los ejercicios de rotación y lateralización de cuello y hombros, con los que se llega a relajar la laringe y los pliegues vocales.

El diseño de la investigación

Nuestro estudio cuenta con un diseño cualitativo, que busca entender los procesos didácticos del aprendizaje de la respiración costodiafragmática y abdominal con personas con DI, dentro de la premisa que permite explicar y fundamentar la técnica vocal.

Justificación: problema y pregunta de investigación

El primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos para PcDI que se abre a firma fue la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, en el 2006. Cabe destacar que los conceptos de inclusión, participación e investigación están presentes a lo largo de todo el documento. Ello se explica en que para que se dé una inclusión verdadera

debe promoverse la participación a través de variadas acciones que actúen en armonía: ha de invertirse en investigación, pues de ahí -añadimos- podrá generarse un conocimiento fiel a las realidades que pueda orientar en la toma de decisiones por parte de las y los profesionales de la educación y en las políticas educativas más generales. Pues bien, el presente trabajo se encuadra en esta línea, así como dentro del II Plan de Acción para personas con Síndrome de Down en España para el período 2009-2013 (Down España, 2008), donde se afirma que el nuevo marco legislativo reconoce el derecho y la obligación de participar en la vida social y ejercer tanto los derechos como los deberes ciudadanos que corresponden a las personas con Síndrome de Down⁴. En este documento se destaca que la consecución de una vida autónoma e independiente constituye un objetivo prioritario que orienta, desde el nacimiento, cualquier intervención con personas con SD; además de exponerse las áreas de intervención en las cuales la fundación asume el compromiso de intervención. Una de ellas es el área de “Participación Social y Autonomía”, subdividida en seis programas. Entre ellos se halla el programa de “Competencia social”, que busca favorecer la participación de las personas con SD en la sociedad, con el objetivo de cerciorar la integración en la comunidad. Este programa cuenta con medidas que describen las líneas de actuación: la priorización de la participación en actividades en pequeños grupos reducidos y adaptados a la edad e intereses personales, así como el ofrecimiento de oportunidades para la diversificación de contextos y relaciones personales. Este es el trayecto que asume la presente investigación y, por ende, se encuadra dentro del área anteriormente descrita. En el párrafo siguiente contextualizamos un poco más nuestra intervención dentro de estos parámetros.

Los y las usuarias de DC que acuden al centro por las mañanas, protagonistas de esta investigación, ya terminaron su actividad académica en los centros ordinarios. Es justamente en este momento en que cabe promocionar más que nunca los procesos de participación. Llegó para este grupo el momento de búsqueda e inserción laboral y, para ello, deben aprender a intervenir en la comunidad, ya no sólo de cara a su inserción laboral sino también a su participación en la sociedad e inclusión total, como adultas y adultos. No obstante, debemos proporcionarles ayuda en ello, pues la participación se puede aprender.

(4) Por economía del lenguaje, de aquí en adelante, SD (Síndrome de Down).

Esta nueva realidad o etapa a la que se enfrentan demanda investigaciones sobre los procesos de participación y el desarrollo de los mismos, así como la intervención socioeducativa necesaria para lograr la plena inclusión. A raíz de la “herencia” que el sector educativo recibió el terapéutico, tal como ocurrió con las técnicas de modificación de conducta, la propuesta es precisamente, una vez más, acercar a la realidad educativa otro aspecto que se asoma desde la terapéutica: el trabajo vocal para alcanzar metas educativas, que recoge algún aspecto de la cantoterapia.

En nuestra línea de trabajo, comprometida con la investigación inclusiva, no puede dejarse de lado la perspectiva de las personas con las que se trabaja, que no es solo la muestra sino también las y los profesionales de DC, a quien se les ha tenido en cuenta en todo momento. Es decir, se investiga para, por y con las personas. Así, partimos de la idea de que en el campo elegido, para investigar existe un conflicto inicial por el hecho de intervenir con personas. Y en el trabajo con personas surge el concepto de ética, tan respetable y difícil de abordar con profesionalidad, pues “la información obtenida [en los estudios] puede afectar de forma importante en las vidas de las personas, en su imagen, aceptación social, laboral...” (Parrilla, 2010, p. 73). En este sentido, el consentimiento informado debe ser el eje fundamental del que partamos. Jones (2003, en Parrilla, 2010), sobre este concepto, critica que “el papel de los participantes no se puede limitar a un simple consentimiento (por bien informado y voluntario que sea) sino que ha de suponer la participación plena y activa en el proceso de investigación”. De acuerdo también con Parrilla (2010, p. 73):

La Asociación Británica de Investigación en Educación (2004) señala [...] que en el caso de que los participantes en la investigación pertenezcan a colectivos vulnerables por edad, capacidad intelectual u otras condiciones que puedan limitar su comprensión sobre las demandas del estudio, los investigadores debemos explorar y buscar vías alternativas que permitan y faciliten alcanzar esa comprensión y participación de forma libre y no manipulada en el mismo.

En definitiva, la investigación inclusiva a la que se pretende llegar se expone como una práctica social comprometida que no se puede pensar ni desarrollar de espaldas a las voces y necesidades de aquellos cuyas vidas están siendo estudiadas (Parrilla, 2010).

Aclarados estos aspectos, entramos en el problema o pregunta de investigación que se define así: ¿Puede la muestra seguir las actividades diseñadas para las sesiones? Si es así, ¿en qué medida?

Con este acercamiento a la voz cantada como ayuda al trabajo logopédico para la mejora de los procesos de comunicación, que inciden en los de participación en inclusión social, se pretende rescatar de este trabajo alguna indicación válida para el ejercicio y asunción de la respiración costo-diafragmático abdominal, para que pueda servir de guía a profesionales que deseen armar sus propios talleres completos, para su trabajo diario, e incluso para futuras investigaciones.

En el ámbito determinado de la voz cantada y hasta el momento se desconocen investigaciones en Galicia -España-, con lo cual, la presente propuesta de trabajo resultaría inédita e innovadora, y se piensa que beneficiaría el desarrollo de la Ciencia de la Educación de nuestra comunidad, resultando pionera en el estudio de este campo tan concreto.

Objetivos

Los objetivos generales se puntualizan en:

- Favorecer directamente la dotación de habilidades y competencias vinculadas con el cuidado y la técnica vocal en la muestra, e indirectamente en el personal de DC que pueda llegar a estar presente en el desarrollo de las sesiones.
- Fomentar procesos de participación en las y los participantes a través de la voz cantada.

Los objetivos específicos son:

- Diseñar e implementar las sesiones para saber si la muestra puede seguirlas.
- Comprobar hasta qué punto las y los protagonistas de este estudio pueden seguir las actividades y el ritmo de estas dentro del taller, y recoger información útil para basar en ella futuras sesiones.

La respiración dentro de la propuesta general de trabajo.

Actividades diseñadas y recursos necesarios

Las sesiones se han programado siguiendo la lógica de la técnica vocal. Siempre comenzaban con la explicación de alguna medida de higiene vocal, actividades de relajación (visual, sensorial...) y técnicas de autocontrol; y seguían con ejercicios de respiración y exploración del proceso respiratorio. Luego de estas tres actividades se daba paso al calentamiento vocal o vocalizos, y por último, se llevaban a cabo las actividades de canto individuales y grupales, muy motivadas desde el punto de vista exploratorio de la voz: liberación de la voz, improvisación, participación y colaboración, construcción de melodías/canciones, entonación, etc.

Así pues, los contenidos del programa general incluyen nociones sobre: medidas de higiene vocal, relajación corporal, respiración diafragmática, vocalizos o ejercicios de calentamiento vocal y trabajo de canciones en grupo; y por lo tanto las actividades giran en torno a estos cinco ejes. Y en base a ellos, se confeccionó una propuesta propia de trabajo vocal, de la cual ofrecemos el detalle de la actividad de respiración (*ver tabla 1*), pues es el tema que nos ocupa en este texto.

ACTIVIDAD	RESPIRACIÓN
Justificación	La respiración es la base de la fonación. Con estos ejercicios se aprende a tomar el aire en el lugar correcto, evitando movimientos innecesarios que tensan y obstaculizan la inspiración, la retención de aire o la expiración. De este modo, se obtiene un fluido y controlado aire, que dará lugar a una voz emitida también controlada, pues la voz es resultado del aire convertido en sonido.
Objetivos	• Conocer el aparato respiratorio en sus aspectos más generales. • Descubrir el proceso de respiración correcto: el diafragmático-abdominal. • Desarrollar la consciencia respiratoria correcta, con las pausas abdominales necesarias.

Ejemplos	Ejercicios de control y retención de aire, de diafragma, de aguante respiratorio, de rotación y lateralización del cuello, de hombros... (Fiuza, 1993, p. 616).
-----------------	---

Tabla 1. Propuesta de actividades de respiración.

Los recursos necesarios para la secuencia de actividades que se explicarán en los próximos párrafos son: una sala espaciosa con espejo y sillas; las Imágenes 1-7 que se proporcionan en el cuerpo de este artículo; un proyector, ordenador y cañón; una esterilla por participante; un mechero; una vela por cada 2 participantes; una persona que lidere las sesiones y otra de apoyo. Ofrecemos a continuación el diseño de las actividades de respiración, eje central de este artículo.

Sesión Nº 1

Explicación del aparato respiratorio. Explicación de los tres tipos de respiración (Quiñones, 1997, pp. 41-42). Iremos explicándolos y probándolos por parejas para experimentarlos, delante de un espejo. Las personas que forman las parejas se irán corrigiendo unas a otras. La imagen que se utilizó como apoyo a la explicación se muestra a continuación (*ver imagen 1*).

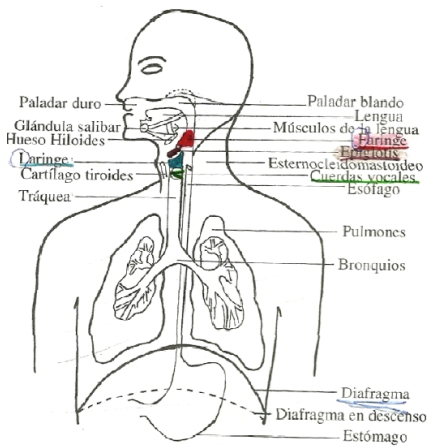


Imagen 1. El aparato respiratorio (Fuente: Quiñones, 1997, p. 40, con incorporaciones propias).

A continuación se indica un breve resumen de los tres tipos de respiración a explicar en esta sesión y que la muestra debe experimentar (Quiñones, 1997).

- Respiración costal superior, superior alta o clavicular: El abdomen se retrae en la inspiración y se distiende durante la expiración. Requiere cierta violencia ya que la clavícula, el esternón y la espalda efectúan un movimiento ascendiente, obstaculizando la flexibilidad de movimiento que necesitan los músculos y cartilago laríngeo que intervienen en la fonación. En este tipo de respiración se toma poco aire.

- Respiración intermedia, mixta o pectoral: Se da, como en la anterior, una inversión del movimiento fisiológico. Es la forma respiratoria clásica de las mujeres más que de los hombres y la que se practica en yoga. Nos empezamos llenando de aire abajo, en la zona abdominal, y terminamos de hacerlo arriba. De este modo, al respirar hinhamos el tórax, pero para cantar no es la idónea.

- Respiración costo-diafragmático-abdominal o inferior baja: El diafragma se contrae y desciende empujando los órganos que se alojan debajo del mismo: estómago, hígado, intestinos y páncreas; las costillas flotantes se elevan permitiendo que el aire entre libremente en los pulmones. Durante la expiración, el diafragma asciende y se relaja, la caja torácica vuelve a su posición. La expiración, pasiva en este caso, se vuelve activa durante la emisión de la voz, momento en que se controlará el flujo aéreo. A este tipo de respiración se le llama «respiración de la relajación», porque nos facilita la distensión del cuerpo, y en ella nos basamos para alcanzar una correcta emisión vocal. Cuando se observa un enflaquecimiento de la musculatura diafragmático-abdominal, se tenderá a sustituir la falta de fuerza en ella debido a la excesiva tensión de los músculos de la laringe, cayendo en la fatiga vocal y pudiendo alterarse las cuerdas vocales.

Sesión Nº 2

Se plantean tres ejercicios que involucran a la respiración.

- Nos colocaremos sobre una esterilla (ver imagen 2). Para colocarnos, empezaremos por ponernos de rodillas en el suelo, intentando separarlas un poco, mientras nos sentamos sobre los talones, procurando no alejar las nalgas de ellos. Luego nos dejamos ir hacia adelante, posando la frente en el suelo, mientras dejamos los brazos como muertos, hacia atrás. En esta postura respiraremos sin preocuparnos en el “cómo”. Es muy importante que mientras respiramos normalmente comprobemos dónde se instala el aire, tanto por delante como por detrás y hacia los lados, a nivel de la cintura. Tras unas cuantas respiraciones, colocamos las manos sobre los dorsales, pues en esta postura se advierte muy bien su ensanche al inspirar. Aunque pueda parecer incómoda, la práctica de la respiración en esta posición es estupenda para descubrir la respiración correcta, pues en esta posición no cabe otra posibilidad que la de usar la respiración diafragmática; por eso afirmamos que este ejercicio demuestra el lugar correcto de la instalación del aire, y nos resuelve la duda de si lo estamos tomando en el lugar correcto. Esa zona donde sentimos que se instala el aire se denomina «faja abdominal» (Quiñones, 1997, pp. 50-51).



Imagen 2. Ejercicio de respiración en el suelo.
(Fuente: elaboración propia).

- Tomamos todo el aire que podamos y lo soltamos cuando no podamos más, sin que ello genere una tensión incómoda en el cuerpo. Repetiremos este ejercicio varias veces seguidas.
- En posición sentada, tapamos con un dedo una fosa nasal y tomamos todo el aire que podamos por la otra fosa, que estará liberada (*ver imagen 3*), y así nos vamos llenando de aire de abajo a arriba. Retenemos el aire unos segundos, tapamos la otra fosa nasal (*ver imagen 4*) y soltamos el aire por la otra fosa, que queda libre. De esta manera nos vamos vaciando de abajo a arriba. Y así con las dos fosas. Se repetirá este proceso varias veces, procurando llenarse y vaciarse de aire siempre de abajo a arriba.



Imagen 3. Ejercicio de respiración en posición sentada I.
(Fuente: elaboración propia).



*Imagen 4. Ejercicio de respiración en posición sentada II.
(Fuente: elaboración propia).*

Sesión Nº 3

Encenderemos una vela por cada dos personas. Un componente de la pareja toma aire y lo lleva abajo, sin subir los hombros ni elevar el pecho. Comenzará a soplar a distancia de un palmo de la llama de la vela -procurando que la llama esté a la altura de la boca- e intentará mantener un chorro de aire constante, sin que la vela se apague, pero procurando que la llama al mismo tiempo se mueva. Es importante no olvidar hacer descansos al menos una vez que terminemos dos o tres ciclos del ejercicio -es decir, después de la segunda o tercera vez que se nos termine el aire-, para repetirlo después. Lo hará varias veces. Mientras, el otro componente de la pareja comprobará la respiración del primero, para luego intercambiar los roles.

Sesión Nº 4

Se planean cuatro ejercicios.

- En posición sentada en el suelo, procuraremos pegar nuestra cabeza y espalda a la pared. Doblamos los codos en ángulo recto, los

pegamos también a la pared, y sin dejar de estar en contacto con ella nosladeamos hasta que choquemos con el codo en el suelo; o hasta el nivel máximo que podamos (*ver imagen 5*). El cuello formará ángulo recto con los hombros y el codo que queda en alto se curvará por encima de la cabeza. Respiramos y observamos cómo se ensancha el intercostal. Tomamos aire y lo vamos expirando a medida que nosladeamos, sin separarnos de la pared (*ver imagen 6*), hacia el lado contrario, hasta el punto de llegar con el codo contrario del que partimos al suelo (*ver imagen 7*). Al llegar a ese punto descansamos, y poco después tomamos de nuevo aire, que expiraremos a medida que vayamos subiendo yladeándonos para, de nuevo, llegar a tocar el suelo con el codo con el que iniciamos el ejercicio, en la medida de nuestras posibilidades. Este ejercicio nos ayuda a ensanchar la faja abdominal y a poner en movimiento su musculatura, imprescindible para desarrollar la respiración que nos ocupa (Quiñones, 1997, p. 50).



Imagen 5. Ejercicio de respiración en pared I.
(Fuente: elaboración propia).



Imagen 6. Ejercicio de respiración en pared II.
(Fuente: elaboración propia).



Imagen 7. Ejercicio de respiración en pared III.
(Fuente: elaboración propia).

- Tomamos aire en tres tiempos. Primero llenamos un tercio, luego otro y para concluir, el último tercio de aire. Retenemos el aire total inspirado y lo expulsamos del mismo modo, en tres tercios. Si resultase más fácil podríamos empezar por dos mitades, y luego pasar a tres tercios.
- De pie tomamos aire, retenemos tres segundos y lo soltamos suavemente hasta que se agote; lo haremos unas tres veces. Este ejercicio nos sirve para trabajar la coordinación fono-respiratoria.
- Ahora haremos lo mismo pero la duración de soltar el aire en soplo será de unos cinco segundos, para inmediatamente convertirse en /u/. Será una /u/ sutil; y de nuevo podemos hacerlo unas tres veces (Quiñones, 1997, p. 97).

Sesión N° 5

Se realizarán tres ejercicios.

- Tomamos todo el aire que podamos por la boca, lo retenemos tres segundos y lo soltamos, intentando expirar como si de un hilo de aire fino se tratase, concentrándonos en regular el aire, tratando de expirar la misma cantidad de aire todo el tiempo, evitando los descontrolados. Es mejor que el soplo dure menos pero que el aire salga constante, de una forma regular. Es complicado, pero con la práctica se va ganando en tiempo y constancia. Lo haremos varias veces.
- Intentando ser consciente del control del aire y de lo que sucede en nuestro cuerpo, tomamos aire, retenemos tres segundos y emitiremos en voz áfona los números del uno al diez, articulando de forma exagerada, si cabe. Luego de pronunciar la palabra “diez”, debe darse una pequeña retención de un segundo, y justo después expulsamos el aire sobrante. Lo haremos también tres veces. Repetimos a continuación la actividad pero ahora con voz natural. Será más difícil aguantar, pues en fonación se invierte más aire.
- Tomamos aire a medida que vamos elevando los brazos en forma de cruz hasta llegar a juntar las palmas de las manos arriba de todo, por encima de nuestra cabeza, con los brazos estirados. Debemos llenarnos de aire. Con los brazos arriba y nuestras palmas juntas, nos ponemos de puntillas (y estiramos el cuerpo), y en ese momento

empezamos emitimos una /a/ mientras nuestros pies tocan el suelo completamente y van descendiendo nuestros brazos hacia la posición inicial. Repetiremos el proceso seguidamente con resto de vocales, en un tono que resulte cómodo a cada persona.

Se planeó también una actividad final de evaluación, que se expone a continuación.

Actividad final

Evaluación con las y los usuarios, pensada para ser realizada al final de la Sesión Nº 5. Se formularán las siguientes preguntas:

- ¿Qué actividad de las que hemos hecho en estas sesiones fue la que más os gustó?
- ¿Y la que menos?
- ¿Cuál ha sido la más difícil?
- ¿Y la más fácil?
- ¿Qué nota le pondríais a estas sesiones que habéis tenido? (Del 1 al 10).

Metodología y recogida de datos

Puesto que la intención es comprender el ajuste de las actividades para con la muestra y ofrecer pautas de mejora en el diseño de las mismas, esta investigación es de corte cualitativo, así como su metodología, que se ciñó a este proceso general:

- Observación durante un mes del grupo con el que se desarrollaría el taller.
- Diseño y aprobación -esta última, por parte de la plantilla de DC- de cinco sesiones.
- Implementación de las sesiones con la muestra. El método de muestreo utilizado ha sido accidental: el grupo seleccionaba contaba con 13 personas (6 mujeres y 7 hombres) en adultez temprana, usuarios de la Fundación Down Compostela. Cabe resaltar que dentro en la fundación existen tres grupos de adultos que trabajan a diferentes ritmos y niveles en función de sus posibilidades. El grupo seleccio-

nado fue el intermedio, atendiendo al nivel de producción oral. Entre los primeros contactos con el centro y la finalización del programa pasaron 6 meses⁵.

Las técnicas de recogida de datos han sido las siguientes:

- Observación y análisis de las sesiones: durante las observaciones se tomó nota de las actividades que no pudieron ser llevadas a cabo; las que sufrieron modificaciones sobre la marcha y las que son susceptibles de cambio; todas ellas con sus debidas justificaciones.
- Entrevistas con personas del equipo profesional que trabaja en DC para conocer su opinión y criterio profesional sobre el desarrollo de las sesiones. Se utilizaron para aclarar dudas, recibir sugerencias y realizar un seguimiento y apoyo sobre el estado de la investigación.

Resultados

Los datos cualitativos fueron clasificados de cara a la simplificación de la información. A continuación se exponen, sesión a sesión, los datos obtenidos y consideraciones pertinentes, de modo cronológico.

Se ofrecen tablas que contienen datos sobre las tareas de respiración propuestas: observaciones sobre su desarrollo y, según proceda, sobre aquellas que no han sido hechas y las que son susceptibles de cambio, con sus debidos motivos.

Quisiéramos destacar que este taller fue íntegramente desarrollado en gallego, lengua co-oficial con el castellano en la Comunidad Autónoma de Galicia, y que se han hecho las debidas traducciones para la composición del artículo.

Sesión Nº 1

La primera sesión en DC se desenvolvió como se esperaba, en un ambiente de comodidad, tanto con las personas participantes del grupo como con las logopedas que ayudaron en el trabajo y lo supervisaron: Angélica Vila y Cristina Rey.

(5) Para un detalle más especificado del cronograma, quien lee puede consultar Casal (2013b, p. 60).

ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Respiración	Fue necesario ayudar a algún usuario a seguir las órdenes, a colocarse, etc. Por ejemplo, cuando se les indicaba que tenían que poner las manos en el abdomen para observar la respiración, o en los hombros del compañero, en algún caso tuvimos que agarrar las manos de la persona en cuestión y ponerlas en su abdomen ⁶ y explicar de nuevo el ejercicio. Sonreían cuando percibían las sensaciones que se le invitaban a sentir o directamente lo verbalizaban. Estos son indicadores de que efectivamente consiguieron descubrir la buena respiración.

Tabla 2. Observaciones de la Sesión Nº 1.

Al final de la sesión se han hecho 4 preguntas, a modo de sondeo, con el objetivo de intentar saber qué les había suscitado la sesión: ¿Qué actividad os resultó más difícil? ¿Cuál os resultó más fácil? ¿Qué actividad os gustó más? ¿Cuál os gustó menos?

Las respuestas obtenidas a estas preguntas no pudieron ser susceptibles de evaluación, pues se consideraron como no válidas, tanto por parte de la investigadora como por parte las empleadas de DC. Se hiciese la pregunta que se hiciese, las personas participantes simplemente citaban todas as tareas que recordaban haber hecho, sin responder al criterio delimitado. Se consideró tratar esta cuestión en tutorías venideras con las logopedas, para buscar otra forma de preguntarles lo mismo y obtener respuestas más fiables, y por lo tanto, que respondan filtrando la información y focalizando sus respuestas en el criterio de la pregunta⁷.

(6) Francisca Cuart (2000, p. 26) nos recuerda la importancia de palpar nuestro cuerpo para autoexplorarnos en los ejercicios de respiración, a los que ella denomina de “gimnasia respiratoria”.

(7) En una entrevista posterior con la logopeda Cristina Rey salió a la luz, con respecto a esta cuestión, que, efectivamente, les lleva tiempo situarse, y que siendo la primera sesión, al plantear esas preguntas no íbamos a obtener respuestas que nos valiesen para tener en cuenta para la investigación.

ACTIVIDAD	JUSTIFICACIÓN
Explicación de la respiración intermedia.	No fue explicada porque se consideró que con la explicación de la respiración superior e inferior (como extremos) sería suficiente, pues se apreció que aunque iban siguiendo las explicaciones, quizás incluir la respiración intermedia sería añadir un obstáculo no necesario para la consecución de los objetivos. De hecho, así opinaron las logopedas.
Respiración delante de un espejo	No se trabajó la respiración superior e inferior delante de un espejo para evitar demasiados cambios de posición. Al final se hizo en posición de sentada en la colchoneta, y por parejas. Se indicó que una persona le pusiera las manos en los hombros a su pareja para corregirla, en caso de que los elevase, evitando de esta forma la respiración superior.

Tabla 3. Actividades que no se han hecho de la Sesión N° 1 y justificación.

Sesión N° 2

Antes de comenzar esta sesión se llevó a cabo una entrevista con las trabajadoras del centro Angélica Vila, Genma Rodríguez y Cristina Rey, quienes nos trasladaron su impresión sobre el desarrollo del taller. Estos puntos fuertes y de mejora se pueden consultar en el Cuadro 5 de Casal (2013b, p. 65), con sus debidas reflexiones.

ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Respiración	El primer ejercicio propuesto resultó verdaderamente complicado, empleamos más tiempo en él del previsto pero consiguieron hacerlo con ayuda del personal. En el segundo ejercicio planteado sólo se les mandó tomar aire, retenerlo un par de segundos y soltarlo, por una desviación en el seguimiento de la programación. En el tercero también necesitaron ayuda para tapar bien las fosas nasales, pero se pudo igualmente llevar a cabo.

Tabla 4. Observaciones de la Sesión N° 2.

Sesión N° 3

ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Respiración	Puesto que la actividad previa de relajación se había realizado por parejas, siguieron trabajando así (4 parejas y un trío), aprovechando la colocación de la tarea anterior. Se repartieron las velas y se fueron encendiendo. Todas las personas fueron capaces de soplar y hacer que se moviera la llama sin apagarse con la excepción de dos casos, en que la vela se debió encender de nuevo. Es de subrayar la responsabilidad mostrada con las llamas de las velas y la seriedad con que abordaron la actividad.

Tabla 5. Observaciones de la Sesión N° 3.

Sesión N° 4

Debido a razones ajenas a la investigación y por necesidades del centro, unos días antes de la realización de la Sesión N° 4 se nos notificó que la Sesión N° 5 no podría desarrollarse. Así que la Sesión N° 4 se enfocó como si fuese la última: se desarrolló de acuerdo a lo programado en el punto 4.3., pero a ello se le añadieron las preguntas de evaluación pensadas para la Sesión N° 5. Mostramos a continuación el desarrollo de la Sesión N° 4 y los resultados obtenidos con respecto a las preguntas de evaluación.

ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Respiración	Los ejercicios tercero y cuarto se realizaron en posición sentada y no de pie, para no perturbar mucho el seguimiento de la sesión, pero esto no supuso un impedimento o distracción para con lo propuesto.
Evaluación	Fue difícil saber lo que les había gustado más o menos; o lo que habían considerado más o menos difícil, pues las respuestas eran poco precisas, por ejemplo “me gustó todo”. Aún así, la logopeda Angélica Vila propuso exponer las preguntas con interrogantes extremos, por ejemplo: • De todo lo que hemos hecho, ¿qué es lo que más te ha gustado; lo que repetirías ahora mismo; o lo que estarías en disposición de hacer otra vez? • De todo lo que hemos hecho, ¿qué es lo que menos te ha gustado; lo que no querías repetir; o lo que no querías hacer de nuevo? Así sí fuimos capaces de obtener respuestas de todas y todos los participantes que asistieron al taller en esta cuarta sesión, que alcanzan la cantidad de 9 de un total de 13.

Tabla 6. Observaciones de la Sesión N° 4.

ACTIVIDAD	JUSTIFICACIÓN	PROPUESTA
Ejercicio 1 de respiración	Angélica Vila, la logopeda que nos acompañaba en esta sesión, propuso que lo hicieran en posición sentada y en fila, para que todas y todos fueran al mismo ritmo, lo cual les ayudaría, y funcionó bastante bien.	Resulta más efectivo realizar este tipo de ejercicios en fila, como propuso Angélica, pues así, por ejemplo, el movimiento de una participante puede influir en el movimiento de otro, lo cual ayuda a seguir el ejercicio.
Ejercicio 2 de respiración	De acuerdo con las indicaciones de esta logopeda, las y los participantes no dominan bien la respiración diafragmática, con lo que se les hace difícil seguir las pautas indicadas. Pedirles que tomen el aire en tres tiempos es un añadido al esfuerzo que supone la inspiración de por sí.	Puesto que ya les costaba tomar el aire en un tiempo y soltarlo en otro, es complicado plantearse que lo tomen en dos o en tres tiempos diferentes. Se deriva de aquí que hasta que no se controle bien la toma, la retención y la exhalación de aire en un tiempo cada una, y se automatice con la práctica, no se debe exigir algo más complicado.

Tabla 7. Actividades susceptibles de cambio de la Sesión N° 4. Justificación y propuesta.

PREGUNTA	RESPUESTA
¿Qué actividad te ha gustado más?⁸	8 personas indicaron la canción y una persona se refirió a los vocalizos. Nadie optó por los ejercicios de respiración.
¿Qué actividad te ha gustado menos?	6 personas se refirieron a lo así denominado por ellas como “gimnasia” o ejercicios más bien físicos y 3 a los de respiración.

Tabla 8. Valoración del taller por las y los usuarios.

La muestra puntuó el taller con una nota de 10 con unanimidad. En palabras de la plantilla de DC es posible que sea debido a que la propuesta suponía una novedad que les hacía salir de la rutina, que además tenía que ver con la música, algo que trabajan poco en DC, y que tanto les gusta.

Sesión recordatorio

A la finalización de la Sesión N° 4 desde DC nos comunicaron que podíamos volver a hacer una sesión, pero contaríamos con menos tiempo del habitual: en vez de una hora, media hora. Las chicas y chicos participantes habían comenzado un curso de formación obligatorio que no les dejaba tanto tiempo para seguir con talleres como este. Tomamos la decisión de no implementar la Sesión N° 5, pues en media hora no daría tiempo a realizar todas las actividades nuevas de esa sesión, pero se acordó repetir la Sesión N° 4, pues fue la sesión con menos asistencia. Dado que era una sesión que la mayoría ya había realizado, sería más fácil ponerla en marcha en poco tiempo, pues se esperaba que lo realizado previamente sería recordado.

Asistieron 10 personas, pero 3 de ellas llegaron tarde y una debió irse en mitad de la sesión. Se detectó un nivel más bajo de colaboración y partici-

(8) No se consideró preguntarles cuáles les resultaron más difíciles/fáciles pues, coincidiendo con el criterio de la logopeda Angélica Vila y siguiéndolo, las y los usuarios asocian a “fácil” lo que les gusta y a “difícil” lo que no les gusta tanto.

pación: esto se justifica en que venían de hacer un curso y se les notaba más cansados que habitualmente. Con el objetivo de documentar la experiencia una de las logopedas filmó la sesión. Este hecho también pudo haber influenciado en este aspecto que venimos de comentar.

Se confirmaron las hipótesis sobre la agilidad en la realización de los ejercicios: quienes habían venido a la sesión anterior sólo necesitaron una explicación breve de cada labor para ponerse en marcha.

Conclusiones

A modo de síntesis, presentamos las conclusiones a las que se llegaron después de la observación, ejecución y análisis de resultados, que servirán como punto de partida para venideras programaciones.

De modo amplio, haremos las consideraciones siguientes sobre el desarrollo general del taller. Consideramos elemental pasar previamente por una fase de conocimiento y observación del grupo para el que se va a diseñar un programa; la apertura a las modificaciones sobre la marcha que puedan darse en el desarrollo de las sesiones; la dicción clara y hasta cierto punto lenta de las instrucciones verbales; la ayuda de otra persona para comprobar que los ejercicios se están haciendo bien; el apoyo en diversos recursos a la vez; la repetición de las instrucciones y las llamadas de atención para evitar desvíos en los puntos de interés, etc.

De modo particular, y con lo que atañe a los ejercicios de respiración, objeto de análisis de este trabajo, se hacen las siguientes consideraciones:

Los ejercicios, en general, deben ser algo más sencillos de lo que se propone en el punto 4.3., pues la mayoría tienen problemas respiratorios y aun no han asumido la respiración abdominal. Con ello nos referimos a que no debemos pedir dos acciones nuevas integradas en un mismo ejercicio, pues puede dar lugar a bloqueo en la muestra a la hora de querer ser ejecutadas. Por ejemplo, si una inspiración profunda es algo ya difícil de hacer, aun lo es más si les pedimos que dosifiquen su aire en tres tercios.

Deben ser evitados los cambios físicos innecesarios. Sobre la marcha se ha visto también que algunos ejercicios de respiración se podían hacer en posición sentada; y si el ejercicio previo de relajación fue en esa posición, no vemos motivo para hacer levantar al grupo, pues estar continuamente cambiando de posición y dando órdenes puede llegar a fatigar bastante.

Es importante y positiva la sensibilización y asunción de la respiración abdominal y su trabajo a través de la kinestesia. Al palparse y sentir lo que se les explica, la muestra se manifestó más receptiva y participativa, al ver su nivel de comprensión más elevado. Alessandroni (2013), aunque en un discurso más centrado en cantantes, insiste también en la importancia de aprender a apreciar los cambios y en la familiarización con la experimentación del cuerpo.

Consideraciones finales

No podemos despedir este artículo sin mencionar algunos inconvenientes que nos hemos encontrado. Entre las limitaciones de esta investigación podemos destacar su duración. Esta se puede etiquetar como “breve”, pero la situación no permitió que fuese de otra forma. Aunque esta experiencia fue corta, se pensó y se diseñó de acuerdo con las posibilidades reales y las sesiones fueron implementadas como estaba pensado excepto la quinta, que por motivos que han sido explicados en el apartado 5, no ha podido desarrollarse. Es por ello que no podemos decir que se hayan cumplido todos los objetivos en su totalidad, pues el programa no se ha podido terminar de implementar, aunque los motivos hayan sido ajenos a la investigación. Con todo, sí hemos conseguido incidir tanto en la muestra como en el personal que nos acompañó, en su sensibilidad ante la seriedad del trabajo de la voz cantada y todo lo que ello comporta y aporta, haciendo ver las posibilidades que ofrece al trabajo diario con PcDI. Y también hemos comprobado el grado de seguimiento de las actividades por parte de la muestra, generando de este modo información que las observaciones meditadas y reflexionadas nos han ofrecido.

Esta investigación y otras recientes (Idusohan-Moizer, Sawicka, Dendle & Albany, 2015; Davis, Durvasula, Merhi, Young, Traini & Bosnic-Anticevich, 2015), que se llevan a cabo en un ámbito de conocimiento nuevo que une colectivos vulnerables y el desarrollo de las destrezas que atañen al canto, como es la respiración, son insistentes con el concepto de diseño y estructura. Es decir, que solo con intervenciones (Idusohan-Moizer et al., 2015) o módulos (Davis et al., 2015) estructurados, y por ende, premeditados bajo un razonamiento basado en el conocimiento de la disciplina a abordar y el colectivo en quien influir, resultan muy recomendables para el aprendizaje efectivo de procesos complejos, y hasta cierto punto, abstractos, como puede ser el arte

de respirar. Davis et al. (2015) señalan la dificultad de comprensión de este arte, particularmente en el colectivo de PcDI.

Estas evidencias nos llevan a visualizar cómo se está produciendo el proceso de pasar de una sociedad normativa a una sociedad “no sólo pensada, sino también estructurada para dar cabida a la diversidad” (Muñoz, 2001, p. 21), uniendo conocimientos multidisciplinares en la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de todas las personas, con sus capacidades y discapacidades. El tema de la multidisciplinariedad o interdisciplinariedad en el abordaje de la didáctica de procesos tan abstractos, y además, complejos, nos parece fundamental, pues permite unir dos o más artes y ramas del conocimiento para conseguir un objetivo común. Así pues, intervenciones basadas en «*Mindfulness*» son efectivas en tratamientos para trastornos psicológicos y problemas de salud en personas adultas y jóvenes con DI. Resulta de singular interés el estudio de Idusohan-Moizer et al. (2015), mediante el cual unieron psicología con técnicas de relajación como «*Mindfulness*» (en la cual también se trabaja con particular atención la respiración). Su investigación se dirigió también a adultos con DI y probaron que con su entrenamiento sistematizado redujeron los niveles de ansiedad y depresión.

Como investigaciones futuras proponemos el diseño y desarrollo de un programa más completo, si cabe, más duradero en el tiempo y con un seguimiento meditado y controlado para averiguar la consolidación de estos aprendizajes en el tiempo y aplicado a colectivos diversos.

Si quien lee tuviera más interés acerca de la investigación que ocupa este artículo, puede consultar los resultados e implicaciones de la didáctica de las medidas de higiene vocal en Casal (2013a) y de los vocalizos en Casal (2013b); dentro de esta misma investigación con este mismo grupo-muestra.

Agradecimientos

A mi tutora de TFM, Profa. Dra. María A. Muñoz Cadavid, Mery, por servirme de orientadora desde antes de meterme a bordo de este barco.

A *Down Compostela* (fundación y asociación) y a todo su equipo profesional y usuarios, por permitirme llevar esto a cabo, guiarme en mi quehacer, conduciendo las propuestas hacia la mejora y por su participación e implicación. Su ayuda es parte del resultado de lo que habéis leído.

Al *Grupo de Investigaciones en Técnica Vocal*, en especial a su director Prof. Lic. Nicolás Alessandroni, por haberme acogido tan gratamente en mi estancia en La Plata, por todas las gestiones burocráticas para hacer realidad y facilitar mi trabajo en Argentina; y por ha-

berse preocupado por integrarme en sus actividades. Mi inquietud solitaria por el trabajo y la investigación sobre la técnica vocal estaba “en tierra de nadie” y ahora siento que se encuentra soportado, al menos, por las personas que integran GITEV y que he tenido el placer de conocer. Mil gracias.

Referencias bibliográficas

Alessandrini Betancor, N. (2013). Pedagogía vocal comparada. Qué sabemos y qué no. *Arte e Investigación*, 9, 7-13.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2013). Definition of Intellectual Disability.

Bence, L. & Méreaux, M. (1988), *Guía muy práctica de musicoterapia. Cómo utilizar uno mismo las propiedades terapéuticas de la música*. México: Gedisa Editorial.

Casal de la Fuente, L. (2013a). As medidas de hixiene vocal dentro dun obradoiro de voz cantada cun grupo de adultos co discapacidade intelectual. En Centro de Investigación em Educación -CIED- (Ed.), *Atas do XII Congreso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp. 5793-5798), 11-13 setembro. Braga: CIED, Universidade do Minho.

Casal de la Fuente, L. (2013b). Los vocalizos en la introducción al trabajo de la voz cantada: una experiencia con adultos con discapacidad intelectual. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, 5(1), 55-67.

Cuart Ripoll, F. (2000). *La voz como instrumento. Palabra y canto*. España: Real Musical-Carish.

Davis, S., Durvasula, S., Merhi, D., Young, P., Traini, D. & Bosnic-Anticevich, S. (2015). The ability of people with intellectual disability to use inhalers—an exploratory mixed methods study. *Journal of Asthma*, 12, 1-8.

Down España (2008). *II Plan de Acción para las personas con Síndrome de Down en España 2009-2013*.

Estrada Pineda, C. & Chan Gamboa, E. C. (Coord.) (2009). *Apoyo social y colectivos vulnerables. Una herramienta para la intervención contra la violencia de género*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Fiuza Asorey, M. J. (1993). Una propuesta educativa en el aula para la mejora de la calidad vocal infantil. En AAVV (coords.), *Líneas actuales en la intervención psicopedagógica I: aprendizaje y contenidos del currículum* (pp. 612-622). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Fundación Down Compostela (2015). La Fundación.

González-Pérez, J. (2003). *Discapacidad intelectual: concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. Madrid: CCS.

Idusohan-Moizer, H., Sawicka, A., Dendle, J. & Albany, M. (2015), Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: an evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 93–104. doi: 10.1111/jir.12082

Liuzzi, M. J. & Brusso, A. Y. (2014). La respiración en la voz cantada. *Revista de Investigaciones en Técnica Vocal*, 2(2), 40-57.

Muñoz Cadavid, M. A. (2001). Sociedad, educación y atención a la diversidad: el caso de las N.E.E. En M.A. Muñoz Cadavid, *Proyecto Docente de Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial* (pp. 18-103). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

Palacios Garoz, M. Á. (2012). *Elementos de musicoterapia*. Madrid: Editorial Alpuerto.

Parrilla Latas, Á. (2010). Ética para una investigación inclusiva. En VVAA (Coords.), *II Congreso Galego de Investigación en Ciencias da Educación: Etapa de Posgrao, Facultade de Ciencias da Educación* (pp. 69-78). Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.

Quiñones Etxeberria, C. (1997). *El cuidado de la voz. Ejercicios prácticos*. Madrid: Escuela Española.

Stores, R., Stores, G. & Buckley, S. (1996). The pattern of sleep problems in children with Down's syndrome and other intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 9(2), 145-159.

Torres Gallardo, B. (2013). La voz y nuestro cuerpo: un análisis funcional. *Revista de Investigaciones en Técnica Vocal*, 1, 40-58.

Bio autor

Licenciada en Psicopedagogía en la USC con especialidad en terapia familiar y en procesos de formación. A través del Máster en Procesos de Formación (USC) accedí a los estudios de doctorado. El TFM lo realicé sobre cantoterapia y discapacidad intelectual y la tesis la estoy orientando hacia la didáctica del canto en la educación infantil. Tengo experiencia docente en música y canto y actualmente trabajo como investigadora en el Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la USC gracias a una ayuda del Ministerio de Economía y Competitividad.