

LA DIDÁCTICA DE LA RELAJACIÓN CON PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN UN TALLER DE CANTOTERAPIA

*The didactics of relaxation with adults with
intellectual disabilities in a singing therapy workshop*

Lucía CASAL DE LA FUENTE

*Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de
Pedagogía y Didáctica. Avda. Xoan XXIII, s/n. Campus Norte. 15782 Santiago de Compostela
lucia.casal@hotmail.com*

Recepción: 8 de mayo de 2017

Aceptación definitiva: 23 de marzo de 2018

RESUMEN: La confianza en las artes, y particularmente en la música, está cobrando un peso considerable en el ámbito terapéutico español, siendo el usuario que se vale de ellas cada vez más diverso. Múltiples investigaciones internacionales, especialmente ligadas a las neurociencias, han probado la efectividad del canto como terapia en muy diferentes colectivos, pero en España se ha explorado poco. La técnica vocal indica que el primer paso para dominar la voz es el buen uso del cuerpo, y la relajación lo facilita. Las técnicas de relajación son cada vez más dispares y solicitadas, pero las directrices para trabajarlas con grupos vulnerables son limitadas. Este artículo ofrece un ejemplo sobre cómo trabajarlas con personas con discapacidad intelectual en temprana adultez. A través de un estudio de caso y dentro de un taller de cantoterapia cuyo fin se vehiculó a la mejora de los procesos de participación con colectivos vulnerables, se validaron actividades de relajación. Nuestro estudio muestra que, en general, los tiempos de acercamiento a la muestra previos a la intervención y el hecho de que un equipo de profesionales estuviese presente en las sesiones son los factores que facilitaron el buen desarrollo del programa. Específicamente, para la relajación segmentada el trabajo kinestésico frente a un espejo reforzó la comprensión, resultando la relajación muscular progresiva más ardua de trabajar en comparación con la autógena. Sin embargo, esta última se presentó como más compleja de dirigir, aunque parece surtir resultados más notables que la primera.

PALABRAS CLAVE: relajación; didáctica; adultez; discapacidad intelectual; cantoterapia.

ABSTRACT: Confidence in arts, and particularly in music, is becoming more prominent in the Spanish therapeutic field, being users more and more diverse. Although multiple international reports, especially those coming from the field of neurosciences, have proved the effectiveness of singing as a therapy in very different groups, in Spain it is understudied. The vocal technique indicates that the first step to control our voice is the good use of the body, and relaxation facilitates it. Relaxation techniques are increasingly divergent and requested, but few guidelines have been set to work them with vulnerable groups. This paper offers an example on how to work them with young adults with intellectual disabilities. Through a case study and within a singing therapy workshop, which goal was channeled to the improvement of participation processes with vulnerable groups, some relaxation activities were validated. Our study shows that, generally, the approaching times with the sample before the intervention, and the fact that a team of professionals was present in the sessions, are the factors that facilitated the good development of the program. Specifically, working in front of a mirror reinforced kinesthetic understanding when segmented relaxation was practiced Progressive muscle relaxation seems to be the most arduous, being autogenous relaxation the most difficult to guide, but the one whose results are more remarkable.

KEY WORDS: relaxation; didactics; adulthood; intellectual disabilities; singing therapy.

1. Introducción

A LO LARGO DE LOS AÑOS LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (PcDI) sufrieron diferentes formas de marginalización: reclusión en instituciones, discriminación, exclusión en la participación social, estigmas externos e internos y adversidad ante apoyos sociales y emocionales inadecuados (Idusohan-Moizer, Sawicka, Dendle y Albany, 2015); e incluso hasta hace poco en el campo de los estudios sobre discapacidad, la intelectual era menos prominente que otras formas de discapacidad (Carlson, 2015). Este fue uno de los grupos vulnerables, así denominados por la situación desventajosa en que se encuentran para desenvolverse en la vida, que generaron una más incisiva tarea jurisprudencial o actividad de defensa en el seno del Consejo de Europa (Sanz Caballero, 2010). Así, la marginalización de los derechos sociales de los grupos vulnerables, específicamente los de las PcDI, sigue siendo una realidad, a pesar de haber sido aprobados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo a finales de 2006 en Nueva York (ONU, s. f.), y ratificados por España en el *Boletín Oficial del Estado* número 97 de 2008. Sin embargo, el interés por mejorar estos aspectos en este colectivo, así como por la integración y experimentación de y con otras disciplinas en su educación y cuidado –como puede ser la música–, ha llevado a muchos profesionales a desarrollar y validar variados programas de intervención.

Hoy ya es indiscutible el discurso que une música y calidad de vida, pues la primera puede llegar a influir muy positivamente en la segunda, ya no solo en seres humanos, sino en seres vivos en general. De este modo, la prédica que emana de la Musicoterapia soporta las propiedades de la música y sus efectos positivos en ellos. La AMTA (2017) define la Musicoterapia como la profesión que utiliza la música

para abordar necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales de las personas. Realiza intervenciones basadas en evidencias clínicas y empíricas para alcanzar ciertos objetivos que se fijan después de haber evaluado las fortalezas y debilidades de cada caso. A continuación, se proporciona un tratamiento que incluye la creación, el canto, la escucha de música o el movimiento. Se pretende, a través de la música, fortalecer las habilidades de las personas y transferirlas a otras áreas vitales. Especialmente, la Musicoterapia ayuda a encontrar otras vías de comunicación, útiles para quien tiene dificultades para expresarse a través de palabras.

Existen tres tipos principales de Musicoterapia diferenciados: la musicoterapia activa, la pasiva y la psicósíntesis (Bence y Méreaux, 1988). La primera favorece el diálogo y el intercambio comunicativo, gracias a un mediador sonoro: se trata de que la persona use su voz, toque un instrumento o de algún modo sea partícipe en la creación de sonido. En la segunda, la persona recibe música, siente sus vibraciones, la escucha... pasando a ser un sujeto pasivo y tan solo receptor. Y en la tercera, la música, para la cual la persona o grupo es también pasivo con respecto a la producción del sonido, se combina con otro tipo de relajación. Sin embargo, ninguna práctica parece ser más efectiva que otra. En el recientemente publicado *Music Therapy Handbook*, Baker (2015) hace una revisión de estudios que implican a la Musicoterapia. Entre ellos, alude a tres investigaciones que, aun refiriéndose a poblaciones diversas, apuntan hacia un resultado semejante: ausencia de diferencias entre los tipos de Musicoterapia más opuestos, la activa y la pasiva. Así, Silverman (2003; en Baker, 2015) no encontró diferencias entre el uso de música grabada y en directo o entre grupos estructurados y la escucha pasiva de música; Klassen *et al.* (2008; en Baker, 2015) hallaron la Musicoterapia activa tan efectiva como la pasiva; y Whipple (2004; en Baker, 2015) encontró todo uso de la música altamente efectivo en su estudio.

A pesar de esto, para el presente trabajo entendemos que resulta más propicia la Musicoterapia activa, por estar más vinculada con los procesos de participación de las personas, protagonistas de este artículo, pues se acerca más al hacer, al compartir o al crear. Justificamos esta última afirmación en que no entendemos la participación sin la acción y, por tanto, la Musicoterapia activa respondería mejor al trabajo de los procesos de participación, en la lógica de los principios inclusivos y en línea con los objetivos de este artículo. Hemos escogido trabajar con canto por ser la voz un instrumento democrático incorporado en nuestro cuerpo, que en principio todo el mundo posee, y que no depende de ningún tipo de adquisición material. De este modo, surgió en Galicia la investigación *Voz cantada e colectivos vulnerables: favoreciendo os procesos de participación*, dentro de la cual se contextualiza el presente artículo.

2. Discapacidad intelectual (DI): desarrollo social/personal y su relación con la relajación

González-Pérez (2003: 64-65) describe algunas características del desarrollo social y personal de las PcDI:

- Muchas son aisladas por sus iguales y suelen tener pocas amistades.

- Muestran déficits para las relaciones interpersonales y para su autocontrol.
- La necesidad de integración social que presentan la manifiestan a través de comportamientos llamativos que agraden a los demás y acostumbran mantener una gran dependencia afectiva y comportamental respecto a otras personas.
- Los efectos estigmatizantes del “etiquetaje” suelen ser la causa de que se les trate de modo diferente. Desarrollan un pobre autoconcepto y baja autoestima. Un rasgo distintivo es la labilidad emocional.
- Cuanta más sensación de frustración y fracaso experimentan, menor voluntad expresan para emprender cualquier proyecto nuevo. Esperan fracasar en casi todo lo que emprenden, por eso adoptan una actitud que les lleva a evitar el fracaso más que a buscar el éxito. Desarrollan un sentimiento general de desamparo y creen que los acontecimientos que les ocurren están fuera de su control. Consecuentemente, son vulnerables al estrés y la ansiedad, pero sus mecanismos de autorregulación son pobres y las estrategias de defensa inmaduras y rudimentarias.
- La incapacidad para hacer una crítica de su motivación y comportamiento les lleva a no intentar cambiar su forma de ser.
- Los efectos negativos de un clima familiar deteriorado pueden producir trastornos emocionales y una conducta perturbada.

Es especialmente importante la influencia del clima familiar para el adecuado desarrollo personal y social de las PcDI (González-Pérez, 1993, 2003). La familia ha de tener un papel muy importante como coimplementadora de acciones que van a posibilitar en la PcDI el máximo desarrollo de sus potencialidades, independientemente de que haya otras personas o instituciones que las complementen.

Todos estos factores, ligados al uso de medicación en algunos casos, se vinculan con el nivel de gestión con que las PcDI encaran las situaciones que se les presentan, y pueden generar problemas de ansiedad, ira, estrés, frustración y otras alteraciones en su autocontrol, las relaciones interpersonales, su autoconcepto, etc.

Las investigaciones de Lindsay y Morrison (1996) indican que la práctica de la relajación ayuda a aminorar la ansiedad en PcDI. Textos que revisa Sturmey (2004) apuntan a mejoras comportamentales; y, según Linares y Sánchez (2010), los beneficios con este colectivo también se vinculan al control tónico-emocional y al incremento de capacidades cognitivas como la percepción y la memoria visual. Dos décadas después del trabajo de Lindsay y Morrison, estudios como los de Idusohan-Moizer *et al.* (2015) concluyen que la práctica de *mindfulness* con personas adultas con DI ayuda a reducir notablemente los niveles de depresión y, sobre todo, de ansiedad.

A sabiendas de que el canto refuerza la relajación corporal (Camic, Williams y Meeten, 2013; Clift, Manship y Stephens, 2015), opinamos que uniendo canto y relajación podemos ofrecer a este colectivo una forma peculiar de trabajar algo tan necesario como es el autocontrol a través del aprendizaje de la relajación. A nuestro parecer, ello facilitará sus procesos de participación y, por ende, los de inclusión social. Ya Badía y Araújo de Melo (2009) señalaban como factor intensificador de los procesos de participación a la propia comunicación, aludiendo incluso al uso de dispositivos adaptados y sistemas alternativos de comunicación si fuese necesario.

Cantar incide en la dicción y articulación (suponiendo un apoyo a la logopedia) y, por tanto, en la comunicación; mientras que ejercitar la relajación ayuda en la autoconfianza, siendo tanto esta como la comunicación aspectos clave para participar de y en la sociedad.

3. La relajación en la voz cantada

3.1. *La relajación*

La relajación implica aflojar nuestro cuerpo, haciendo que pierda dureza, y liberar la mente de preocupaciones hasta dejarla en blanco. Nos permite mantener nuestro centro de gravedad emplazado en el lugar correcto, entre la pelvis y el ombligo. “[Debemos derivar] desde él la fuerza necesaria para desarrollar funciones físicas, entre ellas la fonación, sin sobrecargar otras partes” (Quiñones Etxebarria, 1997: 21). La posición horizontal es la más adecuada para la relajación, ya que la musculatura de sostén no tiene que actuar. Es necesario que el lugar para practicar relajación sea cómodo, silencioso –sin ruidos o con música suave–, en semioscuridad, debiendo cubrirse el cuerpo para que no pierda demasiada temperatura.

Los efectos de soltar las tensiones innecesarias ofrecen al cuerpo beneficios como el descanso, el bienestar general y la sensación de más potencia física y mental. Por poner algunos ejemplos, la relajación ha sido usada en programas de formación para atletas con DI (Gorely *et al.*, 2002; en Bouvet y Coulet, 2015); con personas con autismo y en situación de comorbilidad de DI y ansiedad (Wright, 2013); convirtiéndose en una interesante opción terapéutica, mostrando que ayuda a reducir los niveles de ansiedad (Bouvet y Coulet, 2015; Miller, 2008).

Existen muy diversas formas de relajación, pero quizás las más sofisticadas son las propuestas de Schultz (1884-1970), de entrenamiento autógeno, y de Jacobson (1888-1983), de relajación muscular progresiva. La primera es una técnica psicológica que usa el poder de la mente para reducir tensiones que está muy próxima a la meditación. Y la segunda es una técnica fisiológica que parte del supuesto de que reduciendo la tensión neuromuscular decrecerá la tensión muscular y la excitación. En ella, la diferencia entre tensión-distensión y la discriminación de cada músculo y segmento corporal son básicas para que se den los efectos relajantes. Esta última parece más adecuada para PcDI debido a su simplicidad y base física, por eso algunos estudios que relacionan relajación con DI la escogen (Bouvet y Coulet, 2015).

3.2. *La voz cantada*

El uso correcto de la voz es un aprendizaje que debe pasar por distintas etapas que van de la práctica consciente al uso natural de la misma. La educación vocal prepara a la persona para que utilice su voz sin esfuerzo liberando de tensión su laringe, con fonación fluida y descansada.

Para cantar se debe comenzar por un trabajo de relajación corporal, para luego entrenar la respiración costo-diafrágico-abdominal, que es la que verdaderamente otorga la voz y en la cual debemos emplear el diafragma y los músculos abdominales. La mandíbula y la lengua deben flexibilizarse para así conseguir una articulación precisa de vocales y consonantes, derivando en una clara emisión vocal. Localizando la impostación o colocación adecuada de la voz y usando los resonadores faciales se consigue una proyección del sonido amplia y bien timbrada (Williams, 2013; Quiñones Etxebarria, 1997).

3.3. *El trabajo vocal y la educación fónica*

Los principales objetivos en el trabajo vocal son conocer la técnica fonadora, lograr una tonalidad adecuada y timbrada y llegar a emitir sonidos sin esfuerzo; evitar los problemas que ocasiona el mal uso de la voz y corregir los problemas patológicos. Para una correcta fonación debe existir equilibrio entre posición corporal, relajación pectoral y facial, respiración, articulación y tensión abdominal. Debemos también cuidar la acústica de los ambientes en que estamos, pues repercuten directamente sobre la voz. Así, muchas veces la forzamos, derivando en constricción de la garganta y en fatiga vocal.

La educación fónica se basa en despertar en las personas sensaciones propioceptivas correctas para modelar el esquema corporal-vocal, que sigue esta secuencia: percibir la sensación tensión-distensión corporal (relajación); experimentar la sensación de apoyo que la respiración otorga a la voz; usar una intensidad y una tonalidad adecuadas; utilizar una articulación clara y precisa; impostar la voz en los resonadores, y apreciar la voz a través de la escucha (Quiñones Etxebarria, 1997).

Con actividades de relajación, respiración y fonación, todo ello se puede conseguir, aunque la automatización de los procesos es compleja y lleva años manejar todos estos aspectos a la vez. En definitiva, es importante trabajar la relajación para el dominio de la voz, pues esta es el espejo de nuestra respiración; y la relajación nos sirve para tener consciencia de nuestro proceso respiratorio. Por eso, la relajación debe estar muy cuidada para trabajar la voz, especialmente en los hombros, tórax, cara y cuello.

4. **Justificación: problema, preguntas y objetivos**

El alcance de una vida autosuficiente y emancipada constituye un objetivo prioritario que orienta, desde el inicio, cualquier actuación con personas con síndrome de Down (PcSD). Esta idea se destaca en múltiples documentos de instituciones que trabajan con este y otros colectivos con DI, como pueden ser los planes de acción de la Federación Down España. Aunque actualmente ya está disponible el III Plan de Acción para las personas con síndrome de Down y sus familias en España (Down España, 2016), en el momento de plantear nuestra intervención en el

centro Down Compostela el documento de referencia era el *II Plan de Acción para personas con síndrome de Down en España* (Down España, 2008). Este recoge que el nuevo marco legislativo reconoce el derecho y la obligación de participación en la vida social y el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos que corresponden a las PcSD, así como también se detallan las áreas de intervención en las que Down España se compromete a intervenir.

El presente artículo se encuadra y justifica en el área de “Participación Social y Autonomía” de este plan. Esta área se desglosa en seis programas diferentes, dentro de los cuales se encuentra el de “Competencia social”, cuyo objetivo principal es impulsar la participación de PcSD para asegurar su integración en la vida en comunidad. Este programa define algunas medidas como la priorización de la participación en actividades en pequeños grupos reducidos y adaptados a la edad e intereses personales; destacando también el ofrecimiento de oportunidades para la diversificación de entornos y relaciones personales. En el contexto de esta área, este programa y estas medidas surge nuestro proyecto sobre canto, relajación y DI, único en Galicia, pues hasta la fecha no hemos encontrado experiencias publicadas similares. Sentimos el deber de compartirlo y publicarlo, para que profesionales con vinculación al ámbito terapéutico y educativo puedan servirse de él.

En este sentido, luego de un mes en contacto con la Fundación Down Compostela (DC) y de acuerdo con las consideraciones de la BERA (2011) –ver Tabla 1– y la teoría abordada, diseñamos un taller basado en el trabajo de la técnica vocal, que encajaría especialmente dentro de una de las actividades regulares de la programación del centro: *Logopedia y Lenguaje*, cuyo objetivo es “mejorar la capacidad de expresión y comunicación de las personas con síndrome de Down y otras discapacidades” (Down Compostela, 2017). Las disfunciones principales en las que se incide desde esta actividad son las orofaciales y las auditivas. Entre alguno de los objetivos específicos se encuentran “potenciar la fuerza, coordinación y la movilidad de los músculos orales y faciales”, “fomentar la adquisición de unos patrones correctos de respiración” y “estimular auditivamente desde el nacimiento con: ruidos, sonidos del medio ambiente, voz y sonidos vocales, discriminación auditiva” (Down Compostela, 2017). Con nuestro taller de canto todos estos objetivos se verían reforzados.

Redactadas las actividades y validadas y aprobadas por el personal de DC, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Es capaz la muestra de seguir las actividades diseñadas de este taller? De serlo, ¿en qué medida? De aquí redactamos los objetivos del estudio, que se condensan en:

Objetivo general: impulsar la adquisición de habilidades vinculadas con el cuidado y la técnica vocal en general y con la relajación en particular por las personas participantes en el programa, para favorecer sus procesos de participación.

Objetivos específicos:

- Diseñar e implementar las sesiones del taller de formación para conocer en qué medida son adecuadas.
- Comprobar el grado de seguimiento de las actividades de relajación planteadas en las sesiones para mejorar el diseño de futuros programas.

5. Método

Adoptamos el estudio de caso para esta investigación. De acuerdo con Yin (2013), es la forma convencional para evaluar procesos o implementaciones, y la más apta para estudios en los que quien investiga tiene poco o ningún control sobre los acontecimientos o respuestas de quien participa.

Por su origen, la naturaleza de la tarea propuesta es democrática, ya que la comunidad a la que afecta será partícipe de la misma (ver consideración 18 en la Tabla 1). La investigación se ha hecho con el acuerdo, seguimiento y participación del usuario y del equipo profesional de DC, a quien implica el tema de estudio. Ambos colectivos son los destinatarios de la información, pues los resultados de lo observado durante el proceso investigador fueron devueltos a ellos, para que conozcan la utilidad del trabajo al que se han expuesto y con el que han cooperado. La metodología se ceñirá a la naturaleza del objeto de estudio, siendo, consecuentemente, de corte meramente cualitativo, en sintonía con la problemática y fundamentación teórica planteada. No obstante, se ofrecen algunos datos descriptivos en cuanto a la cuantificación de la asistencia a las sesiones (ver Tabla 3), datos que nos han ayudado a interpretar algunos de los resultados.

5.1. *Participantes*

La muestra, seleccionada de forma no probabilística, ha estado compuesta por el grupo de adultos II de DC: 13 personas en adultez temprana con DI moderada, 6 mujeres y 7 hombres. Sendos grupos I y III estaban compuestos por personas adultas con DI profunda y leve, respectivamente. Las personas que componían el grupo II, con el que trabajamos, acudían al centro desde hacía años y habían superado su etapa formativa, encontrándose en el momento del desarrollo del taller en búsqueda de empleo. Es decir, cada participante había finalizado los estudios fijados por el equipo orientador de DC: bien algún programa de cualificación profesional inicial, bien la ESO o algún ciclo de formación profesional, mayoritariamente. Por tanto, procedía la preparación y facilitación de los procesos de inserción laboral. Este nuevo reto implica la formación en habilidades sociopersonales que posibiliten las relaciones en los entornos laborales. Estas son el autoconocimiento, la iniciativa y motivación, el autocontrol, la autoestima, la responsabilidad personal y laboral (Alomar, 2004 y Rius, 2005 en Pallisera, Fullana y Vila, 2005), a los que añadimos la toma de decisiones, la tolerancia hacia la crítica, el trabajo cooperativo o la autonomía, elementos íntimamente ligados a la participación, y que forman parte del desarrollo de la competencia social. Desde la convicción de que a participar se aprende, proponemos un taller basado en voz cantada que pudiera facilitarles el desarrollo de los procesos de participación y, paralelamente, los de inclusión.

Desde la óptica inclusiva, no podemos obviar la perspectiva de las personas que colaboran en este estudio: desde el usuario hasta el personal de DC implicado con la actividad. Como muestra la Tabla 1, hemos seguido reciamente las indicaciones

éticas para la investigación en educación de la *British Education Research Association* (BERA, 2011), específicamente aquellas referidas a personas adultas en situación de vulnerabilidad.

TABLA 1. Consideraciones de la BERA* y decisiones adoptadas en este estudio		
Número de consideración	Contenido	Decisión adoptada
18	Exploración de alternativas para facilitar la comprensión en las personas participantes, debido a su situación de vulnerabilidad (DI), buscando la colaboración y aprobación de otras personas responsables.	Se tuvieron diversas reuniones con el personal de DC para tomar decisiones en cuanto a la respuesta de las y los participantes y adaptación de las actividades.
19	Cumplimiento de los requerimientos legales para trabajar con colectivos vulnerables.	Se solicitó el debido permiso a la dirección de DC, la cual informó de la aprobación del grupo experimental y de sus familiares para la realización del taller y recogida de datos.
20	Detección y eliminación de momentos de no confort y sentimientos de intrusión causados en el grupo por quien investiga.	Para la familiarización con el grupo experimental se asistió a diversas actividades con él en DC durante un mes y sin interrupción, antes del comienzo del taller.
21	Minimización del impacto de la investigación en el trabajo diario de las y los participantes.	La programación y el calendario inicial se adaptaron a las posibilidades ofrecidas por DC, para garantizar el respeto a la actividad ordinaria del grupo.

* Fuente: Guías de BERA 18-21 (2011, pp. 6-7) con información añadida.

5.2. Diseño

El programa completo sobre cantoterapia pretendía que la muestra adquiriese nociones sobre 5 grupos de contenidos:

- Higiene y cuidado vocal (actividad de carácter teórico-reflexivo para dar a conocer pautas de cuidado de la voz).
- Relajación (visual, multisensorial...) y técnicas de autocontrol.
- Respiración (conocimiento del sistema respiratorio y su exploración).
- Calentamiento vocal o vocalizos (ejercicios de gimnasia vocal o fonación).
- Actividades individuales y grupales de canto: exploración de las posibilidades de la voz, improvisación, elaboración de melodías y canciones (individualmente o en grupo, para estimular la participación y colaboración), escucha, repetición, entonación, etc.

Estos mismos contenidos fueron tenidos en cuenta, y además en este orden –de acuerdo con la lógica de la técnica vocal–, para planificar cada sesión. De este modo, en cada sesión se explicaba y ejemplificaba alguna medida de higiene vocal, seguida de ejercicios de relajación, luego de respiración, para dar paso seguidamente al calentamiento vocal y al trabajo de canciones. Puesto que el centro de atención de este artículo es la actividad de relajación, se detalla en la Tabla 2 la descripción de las actividades de relajación que se diseñaron.

TABLA 2. Propuesta de actividades de relajación	
Actividad	Relajación
Justificación	Estas actividades ayudan a conservar nuestro centro de equilibrio en el abdomen bajo, contribuyen a la mejora del control del aire en expiración e inspiración –debido al estado de calma de cuerpo y mente– y favorecen la salida de una voz fluida y controlada.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Liberar la mente de preocupaciones para poder trabajar con el cuerpo. • Aflojar el cuerpo, haciendo que pierda dureza. • Diferenciar entre tensión y distensión. • Discriminar los músculos y segmentos corporales. • Favorecer el descanso y el bienestar general.
Ejemplos	Ejercicios de tensión-distensión corporal por segmentos y tomando el cuerpo como un todo, etc. Uso de mandalas, visualizaciones, etc.
Recursos	Humanos (mínimo 2 profesionales); ambientales (un aula espaciosa con espejo grande, sillas y colchonetas); materiales (ordenador, proyector, altavoces, software adecuado, imágenes y vídeos), etc.

Las actividades concretas de relajación planteadas para las 5 sesiones se pueden leer en detalle en el Apéndice.

Los instrumentos de que nos hemos valido para recoger los datos durante el desarrollo del programa han sido:

- *Taller de formación.* Se diseñó un taller de 5 sesiones de 1 hora de duración. Las actividades fueron validadas y aprobadas por el equipo profesional de DC antes de su implementación con el grupo.
- *Observación directa participante, vídeos y cuaderno de notas.* Se puso especial atención en dos focos. El primero: la actitud, lenguaje verbal y no verbal de participantes y profesionales presentes. El segundo: los motivos de las actividades de la programación que no se pudieron llevar a cabo, las actividades consideradas “susceptibles de cambio” y las modificaciones en la programación que surgieron sobre la marcha.
- *Entrevistas con las personas implicadas.* La investigadora que firma este artículo realizó entrevistas semiestructuradas tanto a la muestra como al personal de DC. Se usaron para aclarar dudas, obtener, clarificar e interpretar datos y conocer la opinión y criterio profesional (en el caso del personal) sobre el desarrollo del taller, así como para conversar sobre el *statu quo* de la investigación.

Los datos extraídos tanto de la implementación del taller (fruto de la observación, de los vídeos realizados y del diario de campo), como de las entrevistas fueron posteriormente categorizados y analizados temáticamente. La asistencia a las sesiones se cuantificó para poder explicar algunas de las cuestiones emergidas durante el proceso.

5.3. Procedimiento

La investigación contó con las siguientes fases:

- *Fase A (1.ª mes)*: Selección del centro y diseño de la propuesta de investigación, que fue presentada a la dirección de DC y posteriormente aprobada.
- *Fase B (2.ª mes)*:
 - Conocimiento y familiarización con los diversos grupos de DC.
 - Selección aleatoria de un grupo. Permanencia y acompañamiento en sesiones de Logopedia y Lenguaje, por ser las más vinculadas en contenido a la investigación.
 - Diseño de las actividades del taller de cantoterapia en función de las características del usuario observado.
 - Entrega de las actividades al personal de DC: validación previa a la puesta en práctica.
- *Fase C (3.ª mes)*. Implementación del taller con el grupo-muestra y recogida de datos.
- *Fase D (4.ª mes)*. Análisis, sistematización de datos y elaboración del informe.

6. Resultados

En general, podemos destacar el éxito del taller debido, en parte, a la alta participación por parte del usuario. En la Tabla 3 se detallan los resultados en cuanto asistencia a cada sesión y por participante.

TABLA 3. Asistencia a las sesiones por parte del usuario						
Participantes	S. 1	S. 2	S. 3	S. 4	S. 5	% asistencia
1	X	X	X	X	X	100
2	X	X	X	X	X	100
3	X	X	X	X	X	100
4	X	*	X	*	AUSENTE	60
5	X	X	AUSENTE	X	X	80
6	X	X	X	*	AUSENTE	70
7	X	X	X	X	X	100
8	X	X	X	AUSENTE	AUSENTE	60
9	X	X	X	*	X	90

TABLA 3. Asistencia a las sesiones por parte del usuario (cont.)						
Participantes	S. 1	S. 2	S. 3	S. 4	S. 5	% asistencia
10	*	X	*	*	X	70
11	X	X	X	X	X	100
12	*	*	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE	20
13	AUSENTE	X	X	AUSENTE	AUSENTE	40
% asistencia	84,61	92,3	80,76	61,53	61,53	Promedio ≈ 76,15

* Nota: de aparecer “X”, la persona asistió a la duración total de la sesión; de aparecer “*”, la persona no asistió a la sesión completa, ausentándose en algún momento de ella. Para el cálculo de la asistencia, las sesiones marcadas con “*” computaron 0,5.

A continuación, se exponen los resultados, por sesiones, derivados de las actividades de relajación del taller, cuyo diseño se encuentra en el Apéndice.

6.1. Sesión 1

Observaciones generales (O.G.): Las actividades se llevaron a cabo de la forma esperada con algún problema organizativo. Por ejemplo, en el momento de solicitar cierta postura corporal para realizar un ejercicio concreto, algunas personas se mostraron bloqueadas. La estrategia que hizo efectiva la comprobación de que la muestra al completo estaba trabajando correctamente fue la colaboración e implicación de las logopedas, que fueron ayudando individualmente a las personas participantes a realizar las actividades. El soporte visual de las imágenes proyectadas resultó muy positivo. En la Tabla 4 se muestran las propuestas de cambio para esta sesión. La asistencia fue alta (84,61%, ver Tabla 3).

TABLA 4. Propuestas de cambio (Sesión 1)		
Aspecto susceptible de cambio	Justificación	Propuesta de cambio
Colocación del grupo	Primero se escogió a tres personas al azar para que se levantasen y se pusiesen delante del espejo para hacer los ejercicios. Por cuestión de tiempo en el segundo turno fueron las demás personas a la vez, no siendo el espacio suficiente para todas ellas.	Dividir al grupo en dos desde el principio, para que el reparto sea más equilibrado y no esté un grupo apretado y el otro holgado.

6.2. Sesión 2

O.G.: La muestra afirmó que nunca había visto un mandala, por lo que se explicó el concepto y sus tipos. El efecto originado ante tal novedad fue evidente tanto a nivel oral como actitudinal. Durante la proyección del mismo predominaron las exclamaciones de

sorpresa y de belleza ante él, así como la observación perpleja. Advertidas algunas distracciones individuales causadas por otros estímulos, una vez que, bien la investigadora, bien las logopedas hacían recordar el cometido de la actividad a la persona abstraída, esta retomaba la visualización del mandala, reactivando la atención sin mayor dilación. De esta advertencia también se percataron las dos logopedas presentes en la sesión, de modo que este dato fue triangulado y corroborado con ellas. La muestra manifestó el gusto por el mandala de modo verbal tanto a lo largo de la sesión como al final. En la Tabla 5 detallamos las propuestas de cambio para esta sesión. La asistencia fue muy alta (92,3%, ver Tabla 3).

TABLA 5. Propuestas de cambio (Sesión 2)		
Ejercicios susceptibles de cambio	Justificación	Propuesta de cambio
Ejercicios 2 y 3	El grupo no se sentó, tal y como se preveía en la programación. Aparte de que las sillas no bastaban, resultó más rápido y efectivo perderles que se pusieran de pie frente al espejo para trabajar.	Es más factible hacer la relajación facial de pie frente al espejo: al verse, son capaces de corregirse y entender las explicaciones de forma más efectiva. Organizar y colocar las sillas supone una pérdida de tiempo innecesaria.

6.3. Sesión 3

O.G.: Aunque ya se habían hecho actividades parecidas al Ejercicio 1 en el centro en ocasiones anteriores, especialmente durante los primeros minutos la muestra manifestó dificultades para cerrar los ojos y permanecer en silencio. Pero después de varios recordatorios se hizo el silencio, condición que favoreció el desarrollo del ejercicio, hasta el punto de que un usuario se durmió, por lo que tuvo que ser despertado posteriormente por una logopeda.

En los ejercicios 2 y 3 les pedimos que se colocasen para observarse y corregirse por parejas, de acuerdo a la proximidad en la que se encontraban para facilitar la organización. Los factores que posibilitaron la ejecución del ejercicio fueron la interobservación y el refuerzo que supusieron las imágenes proyectadas, que ayudaban a recordar la tarea. Obsérvense en la Tabla 6 las propuestas de cambio detectadas en esta sesión y la asistencia, que fue alta (80,76%, ver Tabla 3).

TABLA 6. Propuestas de cambio (Sesión 3)		
Ejercicios susceptibles de cambio	Justificación	Propuesta de cambio
Ejercicios 2 y 3	Se les invitó a ponerse en parejas para interobservarse y corregirse.	Actuar en parejas propicia la interobservación y les hace actuar activa y no pasivamente.

Por motivos organizativos de DC, dado que la muestra debía comenzar a hacer un curso de formación obligatorio que provocaba una incompatibilidad de horarios con nuestro taller, se nos informó una semana antes a la implementación de la Sesión 4 que esta sería nuestra última sesión.

6.4. Sesión 4

O.G.: Los tres ejercicios propuestos se desarrollaron adecuadamente, incluso el último de ellos, que bajo nuestro criterio podría ser el que más dificultades llegase a presentar. Es por ello que no se contemplaron propuestas de cambio en las actividades.

Dado que sería el último día de sesión con el grupo, se decidió llevar a cabo en ella lo propuesto sobre evaluación para la quinta sesión. No resultó sencillo descubrir qué actividades les habían complacido más, pues inicialmente declaraban que les había gustado todo; por eso una logopeda propuso plantear interrogantes extremos, por ejemplo:

“De todo lo que hicimos, ¿qué fue lo que más te ha gustado... lo que repetirías ahora mismo... lo que querrías hacer de nuevo?”. Ninguna persona se refirió a las actividades de relajación, siendo el trabajo de canciones y vocalizos –que no son objeto de análisis en este artículo– las únicas respuestas obtenidas: 8 personas se decantaron por la primera y 1 por la segunda.

“De todo lo que hicimos, ¿qué fue lo que menos te ha gustado... lo que no repetirías... lo que no querrías volver a hacer?”. 7 personas anotaron actividades de naturaleza física, a las que se referían como “gimnasia” (respiración y relajación), que son también las que más esfuerzo les supusieron, bajo el criterio de las logopedas. Un usuario con problemas de flexibilidad de cadera contestó a esta pregunta indicando el Ejercicio 3 (Sesión 4) y un último usuario se refirió a la relajación facial.

Así se obtuvo respuesta de la mayoría del grupo-clase: solo se consideró la opinión de 9 personas –la asistencia fue media (61,53%, ver Tabla 3)–, las presentes en esta sesión y que contestaron a las preguntas. En definitiva, la actividad de relajación no fue la preferida, siendo destacada, aunque en pocos casos, como de las menos favoritas.

Inesperadamente, DC nos dio la oportunidad de volver, aunque con la duración de la sesión reducida a la mitad, debido al curso de formación que había comenzado la muestra.

6.5. Sesión 5

O.G.: Puesto que solo se disponía de media hora, se acordó con el personal de DC no desarrollar la Sesión 5 y repetir la Sesión 4, pues en esta última la asistencia había sido menor que en las anteriores (ver Tabla 3). Y aunque a esta quinta sesión no se presentó un número mayor de personas que a la anterior –la asistencia fue media (61,53%, ver Tabla 3)–, el grupo realizó las actividades más rápidamente que de costumbre, aunque se les notó con menos disposición para colaborar.

7. Discusión

Se resumen a continuación las condiciones generales que han permitido la consecución de los objetivos:

- Familiarización previa con el grupo-clase para ajustar la programación a sus características y necesidades, y trabajo conjunto con el equipo de DC. De acuerdo con Down España (2016: 25), “los apoyos para la autonomía personal e inclusión social [...] únicamente pueden diseñarse si se realizan en equipo”.
- Presentación paulatina de instrucciones, para hacer viable la asimilación. Pizarro, Yebra y Fernández (2017: 110) apuntan que para que las PcDI puedan “seguir instrucciones y para que éstas sean significativas deberán ser muy simples y concretas”.
- Uso de metáforas imaginativas y visuales para desafiar la memoria y estructura de sesiones clara y compartida con el grupo-clase, aspectos que también resalta Williams (2013). Apertura a realizar modificaciones sobre la marcha en el desarrollo de las tareas, de ser necesario. Los cambios en el diseño son entendidos por Yin (2013) como oportunidades, y para Pizarro, Yebra y Fernández (2017) estos permiten adaptar cada sesión al estado físico y psicológico de las personas.
- Comprobación de que todas las personas están haciendo correctamente cada ejercicio, de ahí la necesidad de al menos dos profesionales por sesión, condición que también destacan Idusohan-Moizer *et al.* (2015), y que Pizarro, Yebra y Fernández (2017) señalan como factor facilitador del trabajo en su experiencia. Pascual-García, Garrido-Fernández y Antequera-Jurado (2014) señalan al monitorado que trabajó en su investigación como factor que hizo posible la obtención de resultados y su valoración.
- Aprendizaje multisensorial (Williams, 2013): apoyo en proyecciones, repetición de instrucciones y ejemplificaciones para que la información llegue por varias vías, potenciando el seguimiento y reforzando la comprensión de las tareas.
- Elusión de movimientos no significativos en los ejercicios y de tiempos de espera evitables, para impedir distracciones.
- Utilización de llamadas de atención, evitando la dispersión y fomentando la concentración, pues las PcDI tienen dificultad para prestar atención a una determinada tarea (Pizarro, Yebra y Fernández, 2017).
- Busca de alternativas para obtener datos del grupo (puntualización aportada por las logopedas). Por ejemplo, preguntar lo mismo de forma diferente, poniendo ejemplos y usando adjetivos extremos (ver observaciones generales de la Sesión 4).
- Repetición de tareas para aumentar la confianza en el usuario, particularidad acentuada también por Williams (2013).
- Propuesta de actividad atractiva y útil para el centro y para su usuario.

En cuanto a este último punto, cabe resaltar la necesidad de familiarizarse previamente con la normativa y programas que rigen el centro donde se pretende hacer la intervención. En nuestro caso, y tratándose de un taller de canto con fines orientados

a la mejora de los procesos de participación, debimos revisar el II Plan de Acción (Down España, 2008) al que hemos hecho referencia antes. Tanto este como el actual III Plan de Acción (Down España, 2016) recogen la necesidad de diseñar y poner en marcha acciones formativas con fines inclusivos. En este último documento, uno de los retos destacados es “asegurar un plan para después de la escolarización” (p. 38), para lo que conviene focalizarse en la inclusión y en la formación orientada a la integración laboral que incluya aspectos sociales e informales. Esto va en línea con una de las dificultades detectadas con este colectivo a las que hace referencia este documento, “dificultades de integración social y diferenciación con los grupos de iguales” (p. 38). En respuesta a esta barrera, este plan concreta en los apoyos tercero, cuarto y octavo la elaboración de planes formativos realistas de continuidad y de proyección para las siguientes etapas del ciclo vital; la preparación previa para afrontar las siguientes etapas vitales, y la participación en experiencias diversas para maximizar oportunidades, respectivamente. En este sentido, nuestro taller conforma un refuerzo específico dentro de estas líneas de actuación, además de aquellas que se mencionaron en el apartado “Justificación: problema, preguntas y objetivos” de este artículo en relación al II Plan de Acción (Down España, 2008), al que se hizo anteriormente referencia y sobre el que fue hilada nuestra investigación.

Algunas de estas condiciones generales que venimos de señalar fueron igualmente evidenciadas en el análisis de los resultados de otras variables dentro de la investigación general, que pueden ser consultados en Casal (2015), texto en el que se mencionan varias publicaciones sobre la investigación en la que se encuadra el presente artículo. De este modo, para el trabajo de las medidas de higiene y cuidado vocal de este taller de canto, el uso de imágenes resultó muy positivo para la interiorización de las consignas; las llamadas de atención fueron también necesarias para reavivar la concentración; así como debió recurrirse a la generación de preguntas alternativas a la hora de indagar en el grado de comprensión de las medidas que estaban siendo expuestas. Tanto para la ejecución de los vocalizos como para el trabajo respiratorio, fue de gran ayuda también contar con al menos dos profesionales para garantizar que el usuario hiciese los ejercicios correctamente. Específicamente, para los ejercicios de respiración se concluyó en la necesidad de una base kinestésica para afianzar su asimilación, base en la cual también se sustentan las actividades de tensión-distensión propias de la relajación muscular progresiva de las que se ha valido nuestro programa.

De modo particular, se concluye en la contemplación de las siguientes cuestiones, derivadas de este estudio, a la hora de trabajar la relajación con este colectivo:

- Trabajar delante de un espejo la relajación segmentada refuerza la comprensión (ver Tabla 5). La posición de pie ayuda al cuerpo a estar más activo y predispuesto al trabajo.
- La observación por parejas fomenta que las personas se apoyen y corrijan (ver Tabla 6).
- La relajación muscular progresiva resulta más ardua que la autógena, especialmente para personas con dificultades físicas. Se recomienda, por tanto, no incidir demasiado en este tipo de relajación para no causar desmotivación o rechazo,

procurando centrarse en la incentivación, destacando los beneficios que esta nos aporta pese a su complejidad.

- La relajación autógena (ver Ejercicio 1, Sesión 3 en el Apéndice) fue la más complicada de dirigir, necesitando más tiempo para la fase de concentración. No obstante, el efecto relajante fue mucho más evidente en esta sesión que en otras, aspecto detectado y verbalizado también por las logopedas.

Aunque en pocos casos, la actividad de relajación fue de las menos favoritas entre los usuarios, de acuerdo con sus verbalizaciones. La logopeda que trabaja diariamente con el grupo interpretó este resultado vinculando el gusto a la ejecución. De esta forma podemos concluir, de acuerdo con sus argumentos, que lo que les cuesta más esfuerzo lo exteriorizan relacionándolo con lo que les disgusta o les gusta menos y viceversa.

A continuación discutiremos varias cuestiones que a nuestro juicio merecen una atención singular en este apartado.

En primer lugar y con respecto a la Sesión 4, fue advertida una rápida ejecución de los ejercicios propuestos por parte de la muestra, en contraposición con las primeras sesiones. Esto se puede aducir en que, por un lado, la muestra ya conocía la dinámica de las sesiones, lo cual permite una mayor confianza en lo que se hace y genera menos dudas a la hora de participar. Y, por otro lado, quien había venido a la Sesión 4 estaba también presente en esta sesión de repaso y, por lo tanto, conocía los ejercicios. Aun así, y quizás debido al alto nivel de actividad del grupo en esa semana tal y como apuntaron las logopedas, se les notó con menos disposición a colaborar. Es posible que esto tenga que ver con el hecho de que se nos había permitido grabar esta sesión, y aunque la exposición a las cámaras es habitual para este grupo, la espontaneidad siempre puede verse afectada, algo que el equipo educativo que colaboró en este taller puntualizó.

En segundo lugar, cabe destacar que no se han incluido datos comparativos con resultados de otros grupos que no participaron en el taller porque el grupo con el que se trabajó fue el grupo II, compuesto por personas adultas con discapacidad intelectual moderada. Los grupos I y III estaban compuestos por personas adultas con discapacidad intelectual profunda y leve respectivamente. Es por ello que descartamos comparar resultados con personas con diferentes niveles de discapacidad intelectual, por la complejidad que supondría controlar esta variable y su incidencia en los resultados sin poder pasar todas ellas por el taller. A pesar de esto los resultados sugieren que el usuario se benefició del taller, información triangulada también a través de las entrevistas con el personal de DC, que nos felicitó por la propuesta y corroboró el cumplimiento tanto de nuestros objetivos como de sus expectativas, acentuando la utilidad y calidad del taller para su centro.

En tercer lugar, otros trabajos subrayan favorablemente la participación de las familias en este tipo de intervenciones (Chapman *et al.*, 2013; Idusohan-Moizer *et al.*, 2015; varios casos en Robertson, Hatton, Baines y Emerson, 2015) y en otras de carácter más general (González-Pérez, 2003), rasgo a valorar en futuras intervenciones, pues ayudaría a reforzar la práctica en los hogares. Esto último despierta especialmente

en la revisión que hacen Robertson *et al.* (2013; véase en ella Hutzler y Korsensky, 2010; Robertson *et al.*, 2011) o en Idusohan-Moizer *et al.* (2015).

En cuanto a la interpretación de los resultados, recientes estudios con centro de interés en la relajación, como Chapman *et al.* (2013), sugieren la interpretación cautelar de los resultados. Creemos que nuestros resultados también deben atenerse a esta circunstancia, pues el tamaño de la muestra y la duración del taller fueron limitados, inconveniente también manifestado en otros estudios como en el de Pizarro, Yebra y Fernández (2017). Aunque Yin (2013) insiste en la tendencia de presentar resultados de estudios de caso a través de generalizaciones analíticas, y en evitar usar términos confusos como “muestras pequeñas”; según Idusohan-Moizer *et al.* (2015) estos “inconvenientes” parecen ser frecuentes en este tipo de investigaciones, además de la falta de preocupación de los equipos de investigación en interesarse por conocer directamente la opinión de la muestra. En cuanto a este último aspecto, debemos resaltar que en nuestro caso sí hemos tenido muy presente tanto el parecer de la muestra como el de la institución de acogida, debido al carácter democrático adoptado para nuestra investigación. No obstante, creemos que se necesitan estudios longitudinales sobre esta temática para ofrecer resultados más completos y con continuidad en el tiempo. Asimismo, quien participa podría beneficiarse de estos talleres durante un periodo más largo.

Este estudio no es sino un ejemplo dentro del abanico de actividades orientadas al bienestar que pretenden fomentar la inclusión, la exploración, y cuya voluntad es modificar y mejorar los procesos de participación de las personas. Las actividades de relajación, cuando son adaptadas a PcDI, ayudan en procesos psicológicos básicos como la percepción o la memoria visual y fomentan una mayor predisposición tónico-emocional, aspectos que Linares y Sánchez (2010) consideran como favorecedores de la adquisición de nuevos aprendizajes. Prácticas diarias y futuras investigaciones podrían servir de estos resultados para su planteamiento, y serían muy necesarias para ofrecer un seguimiento de este tipo de acciones formativas, con el fin de ofrecer conocimiento detallado sobre la relación entre los procesos de participación y la cantoterapia.

8. Consideraciones finales

El reconocimiento de los derechos humanos intentó ir superando la mayor parte de las diferencias entre las personas, proclamando la igualdad en derechos. Especialmente, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, s. f.) marcó un antes y un después en cuanto a la revelación y publicación de estos. Pero el reconocimiento de la igualdad de las personas con capacidades diversas ha sido lento y difícil (Sanjosé Gil, 2010). Por ejemplo, se confundió entre protección social y reconocimiento de derechos, amparando a las personas con discapacidad y subestimando sus posibilidades, más que reconociéndoles sus derechos, y esto se refleja también en la investigación. Por ejemplo, Bouvet y Coulet (2015) entienden que la propuesta de Jacobson es más usada con PcDI por ser más sencilla que la de Schultz. Nuestro estudio lo corrobora, pero también indica que esta segunda surtió efectos relajantes más

sobresalientes, con lo cual, no por ser la propuesta de Jacobson más asequible que la de Schultz para PcDI debemos obviar o descartar esta última, pues esto supondría, en parte, infravalorar o desistir de sus posibilidades con este colectivo. Puede resultarnos más costoso –en cuanto a esfuerzo y tiempo– conseguir realizarla en las condiciones más favorables, pero a través de la persistencia y la adaptación necesaria puede y debe ejercitarse, dados sus beneficios

Nuestra investigación es una apuesta más a favor de la defensa de los derechos sociales, pues se encuadra especialmente en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, s. f.) cuya temática es la Educación. En dicho artículo, y en su punto “2e”, se explicita que se debe proveer de “medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión” (p. 19). Y en su punto 3, se determina que se debe brindar la “posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad” (p. 19). Nuestro taller y nuestra intervención han sido considerados bajo estas líneas de actuación, en sintonía con las necesidades del grupo, de acuerdo a documentos normativos y sin perder de vista la opinión experta del equipo de profesionales que a diario trabaja en DC.

En armonía con los argumentos de Sanjosé Gil (2010) las perspectivas jurisprudenciales no bastan para acabar con la marginación de los derechos de los colectivos vulnerables. Es en la práctica diaria y directa donde los esfuerzos dan fe de cómo se está produciendo el proceso de pasar de una sociedad normativa a una sociedad pensada y estructurada para dar voz a la diversidad, dentro de la lógica del discurso de la inclusión, donde el concepto “participación” es clave. Es por eso que los planes de acción como Down España (2016) suponen una llamada de atención hacia la visión positiva de los retos (entendidos como factores de riesgo) y la visión realista de las dificultades (salvadas por apoyos, entendidos como factores de protección), conjugación que no debiera llevarnos sino a incitar a la proactividad y a diseñar itinerarios de inclusión contextualizados.

Referencias bibliográficas

- AMTA, AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION (2017). *What is Music Therapy?* Recuperado de <https://www.musictherapy.org/about/quotes/>.
- BADIA, M. y LONGO ARAÚJO DE MELO, E. (2009). El ocio en las personas con discapacidad intelectual: participación y calidad de vida a través de las actividades de ocio. *Siglo Cero*, 40 (231), 30-44.
- BAKER, F. A. (2015). Evidence-based practice in Music Therapy. En B. L. WHEELER (Ed.), *Music Therapy Handbook* (pp. 103-115). New York-London: The Guildford Press.
- BENCE, L. y MÉREAUX, M. (1988). *Guía muy práctica de musicoterapia. Cómo utilizar uno mismo las propiedades terapéuticas de la música*. México: Gedisa Editorial.
- BERA –BRITISH EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION– (2011). *Ethical Guidelines for Educational Research*. London: British Educational Research Association. Recuperado de <https://www.bera.ac.uk/researchers-resources/publications/ethical-guidelines-for-educational-research-2011>.

- BOUVET, C. y COULET, A. (2016). Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20 (3), 228-240.
- CAMIC, P. M., WILLIAMS, C. M. y MEETEN, F. (2013). Does a 'Singing Together Group' improve the quality of life of people with a dementia and their carers? A pilot evaluation study. *Dementia*, 12 (2), 157-176.
- CARLSON, L. (2015). Music, intellectual disability, and human flourishing. En B. HOWE, N. JENSEN-MOULTRON, N. LERNER y J. STRAUS (Eds.), *The Oxford Handbook of Music and Disability Studies* (pp. 37-53). USA: Oxford University Press.
- CASAL DE LA FUENTE, L. (2015). Trabajar la respiración con personas con discapacidad intelectual. *Revista de Investigaciones en Técnica Vocal*, 3 (2), 5-36.
- CHAPMAN, M. J., HARE, D. J., CATON, S., DONALDS, D., McINNIS, E. y MITCHELL, D. (2013). The use of mindfulness with people with intellectual disabilities: a systematic review and narrative analysis. *Mindfulness*, 4, 179-189.
- CLIFT, S. M., MANSHP, S. y STEPHENS, L. (2015). *Singing for mental health and wellbeing: findings from West Kent and Medway. Research Report*. Canterbury: Canterbury Christ Church University.
- DOWN COMPOSTELA (2017). *Actividades: Logopedia y lenguaje*. Recuperado de <http://www.downcompostela.org/index.php?idMenu=3&idIdioma=1&pag0=2&int1=14>.
- DOWN ESPAÑA (2008). *II Plan de Acción para las personas con Síndrome de Down en España 2009-2013*. Recuperado de http://www.sindromedown.net/adjuntos/cPublicaciones/56L_iiplande.pdf.
- DOWN ESPAÑA (2016). *III Plan de Acción para las personas con Síndrome de Down y sus familias en España. Retos y apoyos*. Recuperado de <http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2016/07/III-Plan-de-Accion-1.pdf>.
- GONZÁLEZ-PÉREZ, J. (2003). *Discapacidad intelectual: concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. Madrid: CCS.
- IDUSOHAN-MOIZER, H., SAWICKA, A., DENDLE, J. y 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 (Part 2), 93-104. doi: 10.1111/jir.12082.
- JACOBSON, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- LINARES, P. L. y SÁNCHEZ, M. J. (2010). Psicopedagogía de la relajación en el ámbito de la discapacidad intelectual (I). *Políbea*, 97, 4-9.
- LINDSAY, W. R. y MORRISON, F. M. (1996). The effects of behavioural relaxation on cognitive performance in adults with several intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 4 (Part 4), 285-290. doi: 10.1046/j.1365-2788.1996.770770.x.
- MILLER, M. L. (2008). *Teaching Relaxation Skills to Adults with Intellectual Disability and Generalized Anxiety Disorder*. Ann Arbor: ProQuest Information and Learning Company.
- ONU (s. f.). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.
- PALLISERA, M., FULLANA, J. y VILA, M. (2005). La inserción laboral de personas con discapacidad. Desarrollo de tres investigaciones acerca de los factores favorecedores de los procesos de inserción. *Revista de Investigación Educativa*, 23 (2), 295-313.
- PASCUAL-GARCÍA, D. M., GARRIDO-FERNÁNDEZ, M. y ANTEQUERA-JURADO, R. (2014). Autodeterminación y calidad de vida: un programa para la mejora de personas adultas con discapacidad intelectual. *Psicología Educativa*, 20 (1), 33-38.

- PIZARRO, V., YEBRA, L. y FERNÁNDEZ, J. F. (2017). Musicoterapia y Discapacidad: una apertura emocional hacia una mejor calidad de vida. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 1, 106-126.
- QUIÑONES ETXEBARRÍA, C. (1997). *El cuidado de la voz. Ejercicios prácticos*. Madrid: Escuela Española.
- ROBERTSON, J., HATTON, C., BAINES, S. y EMERSON, E. (2015). Systematic Reviews of the Health or Health care of People with Intellectual Disabilities: A Systematic Review to Identify Gaps in the Evidence Base. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 455-523.
- SANJOSÉ GIL, A. (2010). ¿El valor de la vida se debe medir en función de las capacidades de cada persona?: Reflexiones en torno al aborto eugenésico a la luz del Derecho Internacional y la Constitución Española. En S. SANZ CABALLERO (Ed.), *Colectivos vulnerables y derechos humanos. Perspectiva internacional* (pp. 113-149). Valencia: Tirant lo Blanch.
- SANZ CABALLERO, S. (Ed.) (2010). *Colectivos vulnerables y derechos humanos. Perspectiva internacional*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- SCHULTZ, J. H. y LUTHE, W. (1969). *Autogenic therapy*. New York: Grune and Stratton.
- STURMEY, P. (2004). Cognitive Therapy with People with Intellectual Disabilities: A Selective Review and Critique. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 222-232.
- WILLIAMS, J. (2013). *Teaching Singing to Children and Young Adults*. London: Comptom.
- WRIGHT, K. P. (2013). Cognitive behavioral therapy for anxiety in a man with autism spectrum disorder, intellectual disability and social phobia. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7 (5), 284-292.
- YIN, R. K. (2013). *Case Study Research: Design and Methods*. USA: Sage.

