



---

**Universidad de Valladolid**



# Propuesta de intervención en afasia con ayuda de la música

*Trabajo de Fin de Grado.*

Autor: Sergio Palomo Zapatero.

Tutora: María José Valles del Pozo

Curso: 2014- 2015

## Índice:

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Objetivos del trabajo.....	5
Metodología del trabajo.....	6
Fundamentación teórica.....	7
1. Afasia.....	7
Afasia de Broca.....	8
Afasia de Wernicke.....	10
Afasia de Conducción.....	12
Afasia Global.....	13
2. Música y Lenguaje.....	15
Metodología de la rehabilitación afásica con ayuda musical.....	19
Terapia de entonación melódica.....	19
Actividades.....	23
Práctica Rehabilitadora Afásica Musical.....	24
Conclusión.....	32
Anexos.....	33
Bibliografía.....	34
Declaración personal de no plagio.....	35

## **Resumen.**

Hoy en día, la música aparece en múltiples aspectos de nuestra vida cotidiana: cuando vemos la televisión, salimos a correr o viajamos. La música entra tan de lleno en nuestras vidas que es capaz hasta de cambiar nuestras emociones o percepciones de las cosas. Una de las funciones más importantes de la música es que es utilizada en el ámbito clínico como ayuda en la rehabilitación de algunas patologías, entre ellas el lenguaje. En este trabajo analizaremos una patología del lenguaje, la afasia, y descubriremos los paralelismos y nexos de unión que existen entre la música y lenguaje, que nos harán entender por qué la música aporta tan buenos beneficios a la rehabilitación de esta patología. Después se propondrán una serie de técnicas y actividades como la terapia de entonación melódica (TEM), canto de canciones, series de palabras, ritmos etc que los logopedas deben incluir en su intervención afásica como un recurso más a la hora de trabajar en este tipo de rehabilitación, ya que ayudan a mejorar aspectos tan importantes del lenguaje y habla como son la articulación, prosodia, fluidez y estructuración del discurso.

## **Palabras Clave.**

Afasia, Música, Lenguaje, Rehabilitación, Terapia de entonación melódica, Actividades.

## **Introducción.**

Este trabajo, "Propuesta de intervención en afasia con ayuda de la música musical" trata de proponer al lector un acercamiento teórico al daño neurológico específico en afasia aportando consideraciones teóricas contrastadas de diversos autores y en algunos casos las propias para, poco a poco ir adentrándonos en el tema y explicar por qué la música o la rehabilitación musical repercute positivamente en esta patología y que beneficios podemos extraer de ella al trabajar con este tipo de pacientes. Se hablará de algunas técnicas específicas para la afasia como la terapia de entonación melódica (TEM) y de su posterior puesta en escena. También se propondrán otras actividades con música destinadas a complementar la rehabilitación afásica. Indicaremos los objetivos que trabajaremos y hacia que tipo de afasia estarían más indicadas cada actividad o técnica. En definitiva este trabajo pretende demostrar que la música es un complemento más en la terapia de la afasia y propone la descripción de una serie de técnicas y actividades mediante la música con el objetivo de utilizarlas con un paciente afásico.

Al no contar con un paciente en concreto no sabremos si los resultados serán satisfactorios en un paciente específicamente, pero sí que podemos indicar que este trabajo recoge distintos estudios sobre técnicas y actividades que han dado buenos resultados a esta población en general teniendo como finalidad aportar una facilitación a los logopedas a la hora de trabajar la afasia con la ayuda de la terapia musical.

La música nos acompaña a lo largo de nuestra vida en muchas actividades de nuestro día a día, la mayoría de las veces en forma de ocio, como por ejemplo a la hora de viajar en nuestro coche, cuando hacemos deporte, cuando salimos de marcha con nuestros amigos o simplemente para relajarnos, pero como veremos a lo largo del trabajo la música tiene también una utilización terapéutica.

La musicoterapia, es la utilización de la música con fines terapéuticos y puede abarcar múltiples campos de la rehabilitación, pero dentro de la logopedia, la música se nos presenta como una herramienta para trabajar el desarrollo del lenguaje, su recuperación o su reeducación.

Este trabajo puede servir a los logopedas como un recurso más a la hora de tener a mano una selección de actividades para trabajar con los pacientes utilizando la música como medio, ya que ésta es un recurso algo olvidado por los profesionales y que tenemos que tener más en cuenta a lo largo de la rehabilitación afásica ya que nos reporta muchos beneficios.

Con este trabajo no nos planteamos proponer una intervención íntegra con música para un paciente afásico, sino proponer actividades de diferentes características para trabajar la

afasia en momentos puntuales durante su rehabilitación, ya que sería contraproducente tratar una afasia únicamente con música o centrarse durante una sesión completa en realizar las actividades que plantearemos a continuación. Esto es así, por una parte, porque la afasia, como cualquier otra patología, necesita un tratamiento interdisciplinar, y la logopedia es parte de ese tratamiento. Además dentro de la rehabilitación logopédica en afasia se necesitaría realizar otro tipo de actividades, ya que la música no deja de ser un apoyo a la rehabilitación y el paciente una vez mejorados ciertos aspectos de su lenguaje necesitará desprenderse de la música y comenzar a trabajar sin esa ayuda. Por otra parte, si realizamos una sesión completa con música estaríamos hablando de musicoterapia, y entraríamos en el campo de actuación de un musicoterapeuta, por lo que dejaría de ser de nuestra competencia. Este trabajo por tanto se estructurará en una serie de actividades, dónde en función del objetivo a trabajar serán más indicadas para el inicio, mitad, y final de sesión, es decir que las primeras actividades que se nos presenten estarán indicadas para el principio de una sesión y las últimas para el final.

### **Objetivos del trabajo.**

El objetivo principal de este trabajo es proponer una serie de actividades y técnicas beneficiosas para la rehabilitación de la afasia con la ayuda de la música.

Para ello será imprescindible presentar al lector los datos generales de la patología y de ciertas teorías lingüístico-musicales que den validez a la explicación de que la terapia con música es conveniente y beneficiosa para este tipo de rehabilitación.

Una vez presentada la información científica contrastada, como hemos dicho, seleccionaremos un conjunto de actividades y técnicas destinadas a complementar la rehabilitación de la afasia desde un apoyo musical.

Finalmente indicaremos los objetivos que se persiguen con esas técnicas y actividades y determinaremos que actividades producirán efectos positivos en determinadas afasias e indicaremos, si fuese así, que la utilización de las mismas es contraproducente para otros tipos de afasias.

Otro objetivo importante en este trabajo será el de incentivar a los logopedas para la utilización de la música en la rehabilitación del lenguaje, ya no sólo en la afasia, sino en cualquier otra patología.

### **Metodología del trabajo.**

La recogida de información del trabajo se ha realizado mediante la búsqueda de información en distintos manuales de afasia y musicoterapia de los que hemos extraído los datos generales de la patología, de la terapia de entonación melódica (TEM) y de musicoterapia.

Búsqueda en la web de diversos artículos e imágenes utilizando el buscador de Google y bases de datos como Dialnet utilizando palabras clave como “Música”, “Lenguaje”, “Afasia”, “Afasia de Broca, A. Wernicke, A. Conducción y A. Global” y “Musicoterapia”. Los artículos utilizados son textos expositivos sobre generalidades de la música y de investigaciones sobre los paralelismos de la música y el lenguaje.

Finalmente algunas de las actividades indicadas han sido realizadas durante el periodo de prácticas o son de elaboración propia. Otras están extraídas de manuales de musicoterapia.

## **Fundamentación teórica.**

Para adentrarnos en este trabajo comenzamos haciendo una breve exposición de la patología a investigación: La afasia.

### **1. Afasia.**

Según Ardila (2005) podríamos definir la afasia como:

Una alteración en la capacidad para utilizar el lenguaje; un déficit en la comunicación verbal resultante del daño cerebral, una pérdida adquirida en el lenguaje como resultado del algún daño cerebral, caracterizada por errores en la producción (parafasias), fallos en la comprensión y dificultades para hallar palabras (anomia) o simplemente, una pérdida o trastorno en el lenguaje causada por un daño cerebral. Afasia se refiere, en consecuencia, a una alteración adquirida en el lenguaje oral. Las afasias pueden presentarse durante o después de la adquisición del lenguaje (Ardila, 2005, p. 32).

Según Fernández Guinea y Lopez-Higes (2005) el término de afasia tiene cuatro rasgos característicos:

- a) Aparece en personas que han sufrido algún tipo de daño cerebral, como enfermedades cerebrovasculares, traumatismos cráneo-encefálicos, infecciones, tumores, etc.
- b) Es un trastorno adquirido, que supone que el individuo poseía un cierto grado de habilidad previa.
- c) Implica problemas relacionados con el lenguaje y la comunicación, en cualquiera de sus modalidades.
- d) No es un problema sensorial o intelectual aunque puede ir acompañado de otros déficits.

Una vez recogida la información de ambos autores podemos crear una definición propia de lo que entendemos como afasia:

La afasia podría definirse como una alteración en la capacidad de producir o comprender el lenguaje como resultado de algún daño cerebral adquirido en las zonas destinadas a esta función, considerándose afasia cuando la pérdida lingüística se produce una vez que lenguaje ha sido adquirido. La afasia puede manifestarse a través de distintos tipos de modalidades del lenguaje oral y escrito.

Dentro de las principales causas neurológicas capaces de producir alteraciones en el lenguaje encontramos: los accidentes cerebro-vasculares (ACV), los traumatismos cráneo-encefálicos (TCE), los tumores cerebrales, las infecciones del sistema nervioso, las enfermedades nutricionales y metabólicas y las enfermedades degenerativas.

Los cuatro tipos de afasia más importantes, con los cuáles vamos a trabajar son:

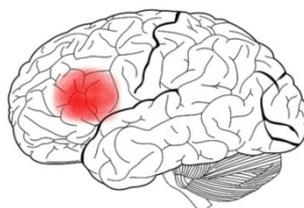
- Afasia de Broca.
- Afasia de Wernicke.
- Afasia de Conducción.
- Afasia Global.

A continuación, incorporamos un resumen personal de los tipos de afasia ayudado de las aportaciones de los manuales de afasia: Fernández Guinea, S. y López – Higes, R. (2005) *Guía de intervención logopédica en afasias*; Ardila, A. (2005) *Las afasias*. ; y Peña-Casanova, J. (1984) *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*.

### **Afasia de Broca.**

Según Fernández Guinea y López – Higes (2005, p. 39) “la afasia de Broca se produce por una lesión extensa que afecta la región suprasilviana, prerrolándica, frontolateral del hemisferio izquierdo (Área de Broca)”.

Imagen 1: Zona de localización.



Fuente: Wikipedia.org<sup>1</sup>

Siguiendo conjuntamente los manuales de Peña-Casanova (1984), y Ardila (2005), podemos indicar que en este tipo de afasia existe un predominio de los trastornos expresivos sobre los comprensivos. Se caracteriza por la presencia de un lenguaje no fluente, manifestando un déficit en la expresión con dificultades de articulación y la posible aparición de apraxia/dispraxia del habla. En cuanto a los errores articulatorios encontramos las simplificaciones silábicas *plata- pata.*, anticipaciones *pata- tata.*, perseveraciones *bota-boba.*, y sustitución de fonemas fricativos (*f,s,z,j*) por oclusivos (*p,t,k,b,d,g*). En cuanto al léxico existe una reducción de vocabulario y numerosas dificultades para encontrar

---

<sup>1</sup> Página web: [es.wikipedia.org/wiki/Área\\_de\\_Broca](https://es.wikipedia.org/wiki/Área_de_Broca)

palabras. Además la extensión de las frases es muy corta llevando al habla telegráfica, sustantivada y agramatical por la falta de las palabras función (preposiciones, conjunciones, determinantes) pudiendo estar acompañadas también de errores en los morfemas gramaticales y de parafasias fonéticas y fonémicas. Por todo esto la expresión verbal es muy lenta y costosa, llegando incluso a expresar las palabras de forma silábica con dificultades prosódicas añadidas, pero como veremos después, la música puede ayudar a este tipo de pacientes para que su prosodia, entonación y articulación mejore, con la utilización de diversas técnicas musicales. Por otra parte la comprensión verbal es mucho más buena que la expresión aunque este tipo de pacientes tienen ciertas dificultades en comprender construcciones gramaticales complejas.

La repetición en la afasia de Broca según (Ardila, 2005, p. 95) es “inadecuada, existiendo desviaciones fonéticas y parafasias fonológicas, simplificaciones en sílabas. (...) Además este tipo de pacientes tienen grandes complicaciones en denominar y señalar, aunque en general manejan mucho mejor la señalización”. En cuanto a la escritura Peña-Casanova, (1984, p. 70) indica que es muy deficitaria ya que “está afectada tanto por los problemas de tipo afásico como por los trastornos asociados de tipo motor”.

Cómo veremos después, la utilización de la música es muy positiva en este tipo de pacientes, ya que según (Ardila, 2005, p. 95). “la producción de series automáticas (contar, días de la semana, etc.) es superior a la producción en lenguaje espontáneo. A esto hay que añadir que la producción de las series automáticas con el canto ayudará a mejorar la expresión tal y como indica Ardila a continuación: “el canto frecuentemente mejorará la producción verbal no sólo en lenguaje automático, sino también en el repetido, evocado y en general todo tipo de expresión verbal en estos pacientes”.

Peña-Casanova (1984) cuenta sobre la afasia de Broca que:

En su forma clínica más típica, las lesiones se presentan de forma aguda y dan lugar a una primera fase en la que el paciente presenta un mutismo o simples vocalizaciones. Normalmente ese mutismo evolucionará hacia una estereotipia verbal. A medida que va pasando el tiempo, el cuadro clínico evoluciona y van disminuyendo las dificultades, mucho más rápido que en las afasias de Wernicke ya que tienen conciencia de déficit. Poco después el paciente empieza a decir palabras como su nombre, el nombre de sus familiares, o el de objetos comunes. Esta aparición de palabras aisladas se acompaña de un incremento paulatino de expresiones más o menos automáticas y unidas al lenguaje emocional. La anomia<sup>2</sup> es variable en intensidad según los casos clínicos. En general, todos estos déficits se

---

<sup>2</sup> Anomia según la RAE (2015) Trastorno del lenguaje que impide llamar a las cosas por su nombre.

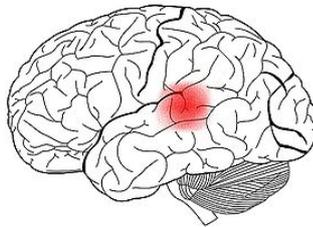
van reduciendo a medida que pasa el tiempo y mejora el cuadro. (Peña-Casanova, 1984, p. 70)

En cuanto a las alteraciones neurológicas asociadas, (Peña-Casanova, 1984, p. 70) indica que “muchos pacientes con afasia de tipo Broca presentan alteraciones motoras en forma de hemiplejía, hemiparesia derecha o dispraxia. Las alteraciones de la sensibilidad y de los campos visuales son, en la extremidad izquierda”.

### **Afasia de Wernicke.**

Según Fernández Guinea y López – Higes (2005, p. 41) “La afasia de Wernicke se produce por lesión en el tercio posterior de la circunvolución temporal superior (área de Wernicke) en el territorio de la rama inferior de la arteria cerebral media.”

Imagen 2: Zona de localización



Fuente: Wikipedia.org<sup>3</sup>

Siguiendo conjuntamente los manuales de Peña-Casanova (1984), Ardila (2005) y Fernández Guinea y López–Higes, (2005) podemos decir que al contrario que en la afasia de Broca, en este tipo de afasia existe un predominio de los trastornos de comprensión, siendo la articulación y la fluencia mucho más normales que en la afasia de Broca, aunque variará dependiendo del paciente. Como acabamos de decir, este tipo de afasia tiene una fluidez verbal normalizada en general, pero puede sufrir en bastantes ocasiones problemas de anomia, apareciendo irregularidades en la fluidez, convirtiendo ese discurso normal en un discurso aumentado o excesivamente aumentado (logorrea), ya que al no dar con la palabra que quieren expresar intentan buscar otros medios como los circunloquios, donde en vez de nombrar la palabra dan el significado de esa palabra o sus rasgos más característicos alargando su habla y haciéndolo en algunas ocasiones, muy densa, pesada e ininteligible. También hemos indicado al principio que la articulación estará generalmente normalizada, sin embargo la expresión se caracteriza por múltiples transformaciones afásicas de parafasias fonéticas y semánticas, neologismos, paragramatismos, aunque son mucho menos graves que en la afasia de Broca. Todo esto que hemos indicado hace entender que la producción será muy ininteligible (jerga) afectando en parte al ritmo de habla donde

<sup>3</sup>Página web: [es.wikipedia.org/wiki/Área\\_de\\_Wernicke](https://es.wikipedia.org/wiki/Área_de_Wernicke)

aumentaran las pausas, y la velocidad disminuirá. Esa fluidez, se podrá mejorar mediante técnicas musicales, ayudando a reconducir el discurso y haciendo que la producción sea más rápida y más eficiente con menor número de errores fonéticos. Finalmente hemos de destacar el desconocimiento que puede tener el paciente de su defecto (anosognosia) haciendo que este no sea capaz de darse cuenta de sus errores y por tanto, de corregirlos, aumentando el tiempo de intervención. Con fortuna, aunque lentamente, la jerga y la anosognosia disminuyen con el tiempo de evolución.

Peña-Casanova (1984) indica que existen distintos tipos de afasias de Wernicke en función de la comprensión verbal:

En fases agudas y en los casos más graves, existe una profunda alteración de la comprensión verbal. El trastorno de la comprensión es importante, pero su intensidad es variable, algunos pacientes presentan una grave alteración, siendo incapaces de comprender una mínima palabra, mientras que otros presentan cierta comprensión. En determinados casos, la comprensión verbal oral y escrita presenta una alteración de la misma intensidad y la expresión es logorreica y en forma de jerga, en estos casos se habla de afasia de Wernicke masiva. En otros casos se observa una mayor preservación de la comprensión escrita respecto a la comprensión oral (afasia de Wernicke de vertiente auditiva). En otros se observa la disociación inversa: predominio de las alteraciones de la expresión y de la comprensión escrita sobre las alteraciones orales (afasia de Wernicke de vertiente visual). En los casos en que no hay logorrea (desde el principio o tras mejoría) se pone de relieve una falta de vocablos por lo que aparecen pausas en las que el paciente busca la palabra tras la que pueden aparecer parafasias o neologismos. Peña- Casanova (1984 p. 71).

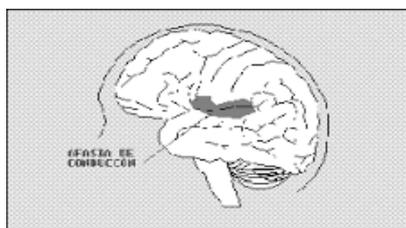
Según Peña-Casanova (1984, p. 73). “La repetición acostumbra a estar afectada en grado similar a la comprensión y a las capacidades expresivas del paciente (...) y la denominación está siempre alterada y las ayudas que se ofrecen a los pacientes son de escasa utilidad. En relación a la escritura, Peña-Casanova, (1984, p. 73) indica que “La escritura está afectada, pero la capacidad grafomotora (automatismos, grafismos) está preservada. Sin embargo las transformaciones de la escritura pueden conducir a una jerga escrita”.

En cuanto a las alteraciones neurológicas asociadas, (Peña-Casanova, 1984, p. 73) expone que “los pacientes con afasias de tipo Wernicke no acostumbran a presentar otros trastornos neurológicos evidentes. A lo sumo, en las fases agudas se puede observar una discreta paresia o alteración de la sensibilidad”.

## **Afasia de Conducción.**

Fernández Guinea y López – Higes (2005, p. 41) Indican que “la afasia de conducción se produce por una lesión que afecta las vías de sustancia blanca (fascículo arqueado, fascículo longitudinal superior) que conectan el área de Wernicke y de Broca”.

Imagen 3: Zona de localización



Fuente: Neuropsicol.org<sup>4</sup>

Siguiendo el manual de Fernández Guinea y López–Higes, (2005) en las afasias de conducción:

El lenguaje es fluido pero está compuesto por frases cortas de palabras, existiendo entonación normal en el habla espontánea, aunque pueden ser frecuentes las parafasias fonéticas y los problemas de anomia, con conductas de aproximación, lo que hace que aparezcan pausas. La repetición está severamente alterada (y más cuando las palabras y las frases son más largas) teniendo un nivel casi normal de comprensión auditiva. En escritura y en el dictado aparecen con frecuencia omisiones, inversiones y sustituciones de letras. Fernández Guinea y López–Higes, (2005, p, 42)

En este tipo de afasia, no será tan importante la utilización de la música como en otras, ya que la entonación y prosodia son normales, trabajaremos con música principalmente la repetición, longitud de frases y algo de fluidez.

Dentro de la categoría diagnóstica de la afasia de conducción, según Fernández Guinea y López–Higes, (2005, p. 43) se han distinguido dos tipos de pacientes diferentes:

- Aquellos con un déficit en repetición prominente debido a un deterioro de la memoria fonológica a corto plazo.
- Aquellos con deterioro de programación de salida fonológica para palabras aisladas, junto con una monitorización relativamente preservada dando lugar intentos frecuentes de corrección (conducta de aproximación) que puede ser lo más prominente en repetición.

<sup>4</sup> Página web: <http://www.neuropsicol.org/Np/Afasia.htm>

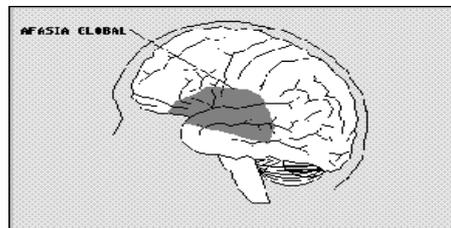
En cuanto a alteraciones neurológicas asociadas pueden aparecer “leves paresias de poca importancia y también podrían observarse apraxias ideomotoras”. (Peña- Casanova, 1984, p 79).

### **Afasia Global.**

Fernández Guinea y López – Higes (2005). Indican que:

La afasia global se produce por un infarto en las ramas de la arteria cerebral media. La destrucción de tejido afecta a grandes porciones de la zona del lenguaje (región fronto-parieto-temporal izquierda), que engloba desde el área de Broca hasta el área de Wernicke. Fernández Guinea y López – Higes (2005, p. 43).

Imagen 4: Zona de localización.



Fuente: Neuropsicol.org<sup>5</sup>

Para acercarnos un poco a las características propias de la afasia Global (Fernández Guinea y López – Higes, 2005, pp 43- 44) expone que:

Este tipo de afasia es el más grave, ya que todos los procesos del lenguaje, (comprensión y expresión) están muy afectados. La producción verbal es prácticamente inexistente (mutismo), o se reduce a palabras aisladas o fragmentos de frase que se producen con gran esfuerzo. Se pueden preservar emisiones estereotipadas en los intentos de verbalización en forma de sílabas o palabras. Además presentan una pobre comprensión auditiva. Algunos son capaces de producir secuencias como rezos, series de palabras o canciones populares. Las personas con afasia global son incapaces de repetir, denominar objetos, leer o escribir. En algunas ocasiones aparece la ecolalia. Comprenden algunas palabras y frases (especialmente de cuestiones referentes a ellos) y se sirven especialmente de los gestos y lenguaje corporal. La afasia global es un síndrome de las personas más mayores. Es probable que los sujetos por debajo de los 40 años desarrollen afasia de Broca incluso con infartos muy graves. Debido a la edad, la afasia Global es el síntoma más común del síndrome de afasia crónica.

---

<sup>5</sup> Página web: <http://www.neuropsicol.org/Np/Afasia.htm>

Tras todo esto podemos indicar que con las personas con afasia Global pueden utilizar las mismas ayudas técnicas musicales que vamos a utilizar en las afasia de Broca y Wernicke pero sabemos que tanto la expresión como la comprensión en este tipo de afasia es mucho peor, así que los resultados/beneficios con las actividades musicales que propongamos serán menores.

Tabla 1. *Esquema general de las patologías afásicas.*

	Broca	Wernicke	Conducción	Global
<b>Características del lenguaje básico</b>				
Lenguaje conversacional	No fluido	Fluido, parafásico	Fluido, vacío	No fluido
Parafasia	Anartria Fonética	Verbal	Fonémica	Estereotípica
Comprensión del lenguaje hablado	Relativamente normal	Afectado	De buena a excelente	Afectado
Repetición	Afectado	De buena a normal	Afectado	Afectado
Señalar objetos nombrados	Relativamente normal	De buena a normal	De buena a excelente	Afectado
Denominación	Afectado	Afectado	Afectado	Afectado
Lectura En voz alta	Afectado	Afectado	De buena a excelente	Afectado
Lectura comprensión	Con frecuencia afectado	De buena a normal	De buena a excelente	Afectado
Escritura	Afectado	Afectado	De buena a excelente	Afectado

Fernández Guinea y López – Higes, (2005, p. 40)

## **2. Música y Lenguaje.**

Como hemos indicado en la introducción, la música se encuentra en muchos momentos de nuestra vida diaria, cuando viajamos, cuando hacemos deporte o salimos de fiesta...Según Trías (1991) citado en Del Campo (2013, p. 146), podríamos definir la música como “el arte de organizar los sonidos en el tiempo y sus variados componentes físicos y experimentales, con el propósito de crear e interpretar las formas expresivas que elaboran o dan significado a la experiencia de la vida humana”.

Del Campo (2013, p. 148) indica que “la música se ha asociado a menudo con la expresión emocional, incluso se le ha denominado «el idioma de las emociones» ya que en ocasiones proporciona un vehículo de expresión de ideas que no podrían expresarse de otro modo fácilmente”, por ejemplo en casos de dolor y pérdida donde es muy difícil encontrar palabras adecuadas que expresen nuestros sentimientos más profundos. Otro ejemplo que podría ilustrarnos hasta qué punto la música puede llevar a pensamientos o ideas emotivas, lo encontramos en las bandas sonoras de las películas y la televisión donde podemos percibir cómo la música contribuye al significado del mensaje que los directores de esos anuncios o películas nos quieren mostrar.

Sin embargo la música no se limita simplemente a estimular nuestros sentimientos, sino que juega un papel muy importante en el conocimiento de nosotros mismos y de lo que nos rodea, en la comunicación con nuestros semejantes, en la apreciación del mundo y sus manifestaciones, en estimular la creatividad... en definitiva, influye en los aspectos educativos y culturales de cada persona. También la música es utilizada en el campo de la medicina, según Alvin (1984), citado en Mercadal-Brotons y Martí Augé (2008, p. 6) “la relación música-medicina ha existido desde la antigüedad, desde que en tiempos antiguos ésta se utilizaba como un método curativo de rito mágico”, hasta el día de hoy, donde la música se utiliza, entre otras cosas, como un apoyo en la rehabilitación. A este hecho lo llamamos musicoterapia.

Según la definición de la World Federation Music Therapy,WFMT (1996) citado en Mercadal-Brotons y Martí Augé (2008, p. 5) Musicoterapia es:

La utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas. Los objetivos de la musicoterapia son desarrollar el potencial y/o restaurar las funciones de la persona de manera que pueda conseguir una mejor integración intra y/o

interpersonal, y consecuentemente, una mejor calidad de vida, a través de la prevención rehabilitación y tratamiento.

Como se ha indicado en la definición, queremos resaltar que existen muchos campos donde la musicoterapia puede aportar funciones rehabilitadoras, y uno de estos campos está dirigido hacia **el lenguaje y a su tratamiento**, nuestro objeto de estudio. Esto es debido a la gran cantidad de paralelismos que existen entre la música y el lenguaje. Como indican Gómez-Ariza et al. (2000) en su artículo *Cognición musical: relaciones entre música y lenguaje*, “existen distintos niveles y unidades de representación en el lenguaje (fonología, sintaxis, semántica) y podemos asumir que cada uno de ellos, como veremos en las tablas a continuación, se asemeja a los diferentes elementos musicales”.

Continuando con la explicación de Gómez-Ariza et al. (2000), el nivel fonológico del lenguaje corresponde a la unidad básica de sonido que es el fonema, y a la secuencia de esos fonemas con sentido para formar una palabra como proceso esencial para adquirir competencia lingüística, mientras que en la música ese nivel fonológico está compuesto por los sonidos más básicos, los tonos, que se caracterizan por tener una frecuencia, intensidad y timbre determinado. El nivel sintáctico en el lenguaje está formado por un conjunto de palabras que forman frases con sentido, mientras que en la música sería equiparable a las reglas por las que se rige la composición musical de una forma armónica. Finalmente el nivel semántico en el lenguaje está constituido por un conjunto de palabras que forman una frase y aportan un significado mientras que en música sería el significado que cada persona quiere dar a sucesiones de sonidos determinados que dan lugar a una melodía.

Tabla 2. *Paralelismos en los niveles de representación música y lenguaje.*

	Música	Lenguaje
Fonología	Tono/ sonido	Fonema
Sintaxis	Frase musical Melodía+ Armonía <sup>6</sup>	Frase
Semántica <i>a partir de:</i>	Emociones (ambiguas) Melodía	Redes de significado Palabras

Es importante indicar que también existen paralelismos entre el habla y la música. Según (Patel, Peretz, Tramo y Labreque, 1998) citado en Serrano (2011, p. 46) “El habla y la música comparten conceptos de altura, duración e intensidad haciendo que existan similitudes entre aspectos prosódicos del discurso verbal y ciertos aspectos musicales”. Esto influye de alguna manera según Serrano (2011, p. 46) en que “exista una relación entre los

<sup>6</sup> Armonía según la RAE (2015) , es la unión y combinación de sonidos simultáneos y diferentes, pero acordes.

aspectos rítmicos y entonacionales de la lengua y las dimensiones melódicas y rítmicas de la música favoreciendo la prosodia y la estructuración sintáctica”.

Tabla 3. *Relación entre el lenguaje musical y el lenguaje verbal: ritmo, prosodia y melodía.*

Lenguaje Hablado	Lenguaje Musical
Ritmo	
Todas las lenguas poseen ritmo (Toledo, en Martínez, 1996) y tiene que ver con la sílaba y el acento en el habla. Existen formas literarias con gran componente rítmico: poemas, rimas, trabalenguas y dichos.	Según Willems, hay tres elementos en el ámbito del ritmo que se han descubrir a través del instinto rítmico: el tempo, el compás y la subdivisión del tempo.
Prosodia y melodía	
La prosodia es el conjunto de rasgos suprasegmentales del lenguaje: acento, tono, duración y melodía. La sucesión de los tonos de los distintos sonidos que forman una curva entre dos pausas se llama entonación (Canellada y Khulman, en Martínez, 1996). La entonación se manifiesta fonéticamente mediante la melodía; por tanto, la relación entre entonación y melodía es equivalente a la mantenida entre fonemas y fonos (Martínez, 1996).	La melodía es la sucesión de distintos tonos y está directamente relacionado con la afectividad del ser humano. Es necesario el dominio de la melodía mediante el trabajo previo de: - Altura del sonido. - Discriminación de la altura del sonido. - Intervalo melódico.

Jordana (2008, p. 52)

En el artículo de Gómez-Ariza et al. citado anteriormente se destaca también el poder mnemónico<sup>7</sup> de la música como otro elemento más para demostrar que esta tipo de terapia es fructífera. Autores anteriores como Serafine, Crowder y Repp (1984) citados por Gómez-Ariza et al. (2000) indican que con la ayuda musical, mediante la utilización de melodías muy características (como canciones recordadas por el paciente) se consiga que el paciente tenga más facilidades para el reproducción del texto mediante el canto, y por consiguiente a su posterior expresión, articulación (ya que influye en la memoria fonológica), ritmo y prosodia, voz (ya que con la ayuda melódica se influye en la mejora de la entonación y el ritmo). Este hecho está demostrado porque si quitamos la estimulación musical, la producción oral del paciente vuelve a empeorar.

Centrándonos desde un punto de vista neuropsicológico, podemos ver que existen relaciones entre el lenguaje, la música y las conexiones interhemisféricas para con nuestra

<sup>7</sup> Mnemónico según la RAE (2015) es lo perteneciente o relativo a la memoria.

patología a estudio. Según los artículos de Jordana (2007), Soria-Urios, Duque y García (2011), Helm-Estabrooks y Albert (1994) citado por Vaquerizo (2014, p. 7) podemos extraer que:

En adultos con daño cerebral, teniendo en cuenta que en el hemisferio dominante (generalmente el izquierdo) se localizan las funciones del lenguaje excepto la prosodia, y que la música utiliza ambos hemisferios y comparte algunas zonas cerebrales con el lenguaje, al trabajar con elementos musicales se pretende conseguir que el hemisferio no dominante asuma las funciones dañadas y así puedan recuperarse.

Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 255) hacen una referencia sobre esto indicando que:

Es improbable que el hemisferio derecho intacto, no dominante en el lenguaje, comience súbitamente a hablar por sí mismo. En lugar de esto partimos de la conjetura de que la dominancia del hemisferio derecho para los aspectos melódicos del habla, facilitará la recuperación de las capacidades verbales residuales del hemisferio izquierdo.

Éste es el punto clave de nuestro trabajo, donde a partir de esta teoría se desarrollan diferentes técnicas, como la terapia de entonación melódica (TEM), la más conocida para el tratamiento de la afasia. Según Soria-Urios, Duque y García (2011, p 741) “Esta terapia consiste en enseñar al paciente a cantar las palabras o frases con melodías simples intentando implicar al hemisferio derecho en la producción del habla”. De esta terapia hablaremos a continuación.

## **Metodología de la rehabilitación afásica con ayuda musical.**

Después de lo analizado en la fundamentación teórica, podemos extraer que la utilización de la música como una parte más del tratamiento logopédico de los trastornos afásicos tiene como objetivo ayudar a mejorar la producción oral, y activar los mecanismos de lenguaje y habla para que ésta se produzca de una manera lo más expresiva, inteligible, prosódica y rítmicamente posible.

A continuación expondremos la metodología utilizada para las distintas técnicas y actividades de las que se compone este trabajo.

### **Terapia de entonación melódica.**

Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 252-268) en el *Manual de la afasia y terapia de la afasia* y Peña-Casanova (1984, pp. 173-180) en la *Guía de intervención logopédica en afasias* explican así el programa de la Terapia de Entonación Melódica (TEM).

Según Peña- Casanova (1984, pp. 173-174) la terapia de entonación melódica es:

Una de las terapias más utilizadas desde hace algunos años para la rehabilitación de funciones cerebrales implicadas en el lenguaje. Esta terapia tiene en cuenta el hecho de que muchas personas afásicas conservan la capacidad de cantar palabras y frases a pesar de que presenten importantes déficits en el habla.

Fue creada en 1976 por Sparks y Cols. con el intento de estimular el lenguaje expresivo de afásicos no fluentes muy graves. Este método consiste en la gradual ejercitación, en longitud y dificultad, de tareas melódicas y rítmicas.

Según Ardila (2005, pp. 289-290) Esta terapia consiste en:

Entrenar a los pacientes afásicos a llevar el ritmo de las frases orales, a medida que éstas son entonadas por el logopeda, y posteriormente el paciente intenta producir la frase a partir de que mantiene el ritmo y la entonación. A medida que la terapia progresa el logopeda va eliminando la estimulación y el paciente puede eventualmente suspender el ritmo si mantiene la entonación. La idea de usar el canto como método terapéutico surgió a partir de las observaciones de que determinados afásicos no fluentes eran capaces de cantar y decir palabras en el contexto de una canción.

Sin embargo esta técnica no está dirigida a todos los afásicos ya que según Ardila (2005, p. 290) se ha demostrado que:

La terapia melódico-entonacional sólo es útil en un grupo limitado de pacientes afásicos, específicamente pacientes con defectos importantes en la producción, pobre agilidad verbal, comprensión auditiva relativamente conservada y pobre repetición (esencialmente, pacientes con afasia de Broca). No ha tenido éxito, sin embargo, en pacientes con afasia de Wernicke.

#### Proceso y preparación de la TEM.

La TEM está estructurada en tres niveles. Helm-Estabrooks y Albert (1994 p. 256) indican que “Los dos primeros niveles se entonan las palabras multisilábicas y frases cortas de alta frecuencia. El tercer nivel introduce frases más largas que primero se entonan, después se producen con prosodia exagerada y finalmente se pronuncian de forma normal”.

Peña-Casanova (1984, p. 174), indica además que en todas las frases entonadas, el logopeda da una palmada a la mano izquierda del paciente, una vez para cada sílaba para que el paciente lleve el ritmo y según Soria-Urios, Duque y García (2011, p. 741) además este proceso también se realiza ya que:

Es muy importante que el paciente a su vez haga reproducciones ‘internas’, para sí mismo, de manera que esto lo ayude a corregir la secuencia motora para la articulación de palabras, junto con el entrenamiento en el feedback auditivomotor, con el que el paciente será capaz de reconocer sus propios errores y así modificar su articulación. Como hemos visto, mediante la entonación y el ritmo vamos a implicar al hemisferio derecho de forma auditiva y sensoriomotora, lo cual ayudará al paciente a mejorar su producción silábica, ya que sabemos que el hemisferio derecho también posee potencial lingüístico.

Para aplicar la prueba es necesario preparar previamente los estímulos que se van a utilizar, según Peña-Casanova (1984, pp. 174-176) estos estímulos deben ser:

Palabras de alta probabilidad (como mínimo de dos sílabas) y oraciones considerando la dificultad articulatoria y el número de sílabas y evitando los grupos consonánticos. Los mejores estímulos iniciales son sílabas visualizables (como las bilabiales) y las frases imperativas. También se usan los nombres de familiares y palabras necesarias en la comunicación del paciente.

Cada ítem (palabra, frase) debe presentarse acompañado de figuras o datos que incrementen su valor. Las perseveraciones deben evitarse alternando los estímulos.

Cada ítem debe presentarse con una entonación lenta y constante usando los tonos altos o bajos, y el acento y los patrones rítmicos propios de la lengua normal. El logopeda se sienta delante del paciente para que este pueda observar los movimientos articulatorios. El logopeda toma la mano izquierda del paciente con su mano derecha y da un golpe de voz que entona una sílaba; la mano izquierda la usa para indicar al paciente cuándo ha de escuchar y cuándo ha de entonar.

Será necesario saber que la TEM es efectiva en el paciente, para ello según Peña-Casanova (1984 p. 180), indica que “se ha de evaluar en función de la mejoría de la capacidad de comunicación en la vida diaria”. Este autor expone a continuación que “la TEM se ha de usar con cuidado, ya que la expresión oral conseguida suele ser agramatical”. Por este motivo, es recomendable que el logopeda utilice otro tipo de actividades para perfeccionar los resultados obtenidos con la TEM. Para evaluar la TEM encontramos en los anexos el proceso evaluatorio extraído de: Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 259 y 263) *Manual de la afasia y terapia de la afasia*.

#### Fases de aplicación.

Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 259-263). Explican en su *manual de la afasia y terapia de la afasia* los niveles de aplicación de la TEM.

#### **Nivel 1.**

El primer nivel consta de 5 pasos, de los cuáles, el primero no se puntúa. Cada uno de los cuatro pasos puntuables (del dos al cinco) vale un punto. Si no se consigue el objetivo primordial de un paso en particular con un ítem, ese ítem se deja de utilizar y se introduce el siguiente ítem en el paso 1. Cada ítem se repite a través de los cinco pasos tantas veces como sea posible antes de introducir un nuevo ítem. No debe haber interrupción entre los pasos para puntuar. En cada ejecución de la palabra o frase objetivo, el logopeda ha de coger la mano izquierda del paciente y golpear en la mesa, en cada una de las sílabas de la palabra o frase. El golpeteo se realiza en todos los paso de este nivel. Para aumentar el éxito de las palabras o frases, debemos acompañar la presentación del ítem con dibujos o pistas del entorno (ambientales). Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 259-263)

Tabla 4: Nivel 1 TEM

Nivel	Fase
1	Tarareo.

	Canto al unísono.
	Canto al unísono con decremento.
	Repetición inmediata.
	Respuesta a una pregunta estímulo.

Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 259-263)

### **Nivel 2.**

En este nivel se introducen pausas entre estímulo y respuesta. Para ayudar de forma efectiva al paciente a responder correctamente tras una pausa se utilizan backups, es decir, si un paciente es incapaz de completar un paso con retrasos se le permite retroceder a un paso previo, sin embargo la puntuación del paso será menor. Como en el nivel 1, en esta fase cada ítem objetivo se entona y acompaña de golpeteo. Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 259-263)

Tabla 5: Nivel 2 TEM

Nivel	Fase
2	Introducción al ítem.
	Unísono con decremento.
	Repetición retrasada. (Backup: unísono con decremento)
	Respuesta a una pregunta estímulo. (Backup unísono con decremento)

Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 259-263)

### **Nivel 3.**

El último nivel está dirigido a pacientes con prosodia normal donde utilizaremos frases más complejas. Este objetivo se consigue a través de una técnica llamada hablar cantando ó Sprechgesang. En esta técnica, el ritmo y el acento de cada frase se acentúan, mientras que las características de entonación utilizadas en niveles previos se abandonan y reemplazan por el grado de entonación, constantemente en cambio, o el habla normal. Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 259-263)

Tabla 6: Nivel 3 TEM

Nivel	Fase
3	Repetición diferida. Back up: Unísono con decremento
	Presentación de sprechgesang.
	Sprechgesang con drecremento. (Backup sprechgesang al unisono)
	Repetición diferida. (Backup: sprechgesang con decremento)
	Respuesta a una pregunta estímulo. (Backup: repetición retrasada)

Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 259-263)

## Actividades.

Aparte de la técnica más conocida para la rehabilitación de la afasia, la TEM, en este trabajo se han propuesto una serie de actividades musicales diversas, muchas de ellas utilizadas por los logopedas en sus salas de trabajo y que completan de alguna manera el trabajo con música en afasia. Estas actividades preparadas son lo más lúdicas y creativas posibles ya que independientemente del lenguaje, una de las ayudas más necesarias que nos ofrece la música es la motivación a realizar las actividades propuestas para la sesión. Este tipo de actividades musicales que se han planteado son del tipo de estimulación sensorial, estimulación lingüística, canto, entonación, discriminación auditiva, que ayudarán a los pacientes con afasias por lesión cerebral a mejorar en aspectos vistos en la fundamentación teórica como son de articulación, denominación, repetición, fluidez y ritmo, voz, prosodia y aspectos motores del habla.

También vamos a buscar otras formas de que estos pacientes se comuniquen con otros métodos a través de vivencias creativas musicales y promover la comunicación no-verbal musical abriendo canales de comunicación.

Finalmente será importante que el nivel de frustración del paciente disminuya promoviendo actividades que fomenten un aumento de confianza en sí mismo y de la motivación para así lograr un mejor rendimiento en el tratamiento médico y terapéutico integral.

## **Práctica Rehabilitadora Afásica Musical.**

A continuación vamos a proponer una serie de actividades con música que incluiríamos dentro de las sesiones de rehabilitación afásica. Primero plantearemos esas actividades, después explicaremos los objetivos y finalmente indicaremos a que tipos de afasia irían más dirigidas estas actividades. También incluiremos la puesta en marcha de la TEM.

### **1. Estimulación sensorial con música.**

Para comenzar la sesión con el paciente afásico podemos poner alguna canción estimulante para trabajar la estimulación sensorial y activar al paciente durante el resto de la sesión y así este responda mejor a las actividades posteriores que realicemos con él.

Esta actividad tiene como objetivo de ayudar al paciente para que sea capaz de activar y regular los movimientos de su cuerpo guiado por la música.

Estos movimientos se realizarán de forma activa o pasiva, en función del paciente.

Para trabajar esta actividad utilizaremos la canción de “El árbol de la vida” de Lacrimosa, escena de la creación. Utilizo esta canción ya que produce una gran carga emotiva y motivadora a la vez gracias a la melodía de la obra.

Si lo trabajamos de forma pasiva iremos estimulando las partes del cuerpo, con golpes de ritmo en los brazos ritmo, según la música, vamos preguntándole cosas para que vaya hablando.

Si lo trabajamos de forma activa le iremos indicando al paciente los siguientes movimientos y el los realizará, también le preguntamos cosas para que vaya hablando.

- Movemos los pies y las piernas, primero la derecha y luego la izquierda.
- Giramos las muñecas de derecha a izquierda y de arriba a abajo, mostramos las palmas, y a continuación el dorso y finalmente cerramos y abrimos la mano.
- Movemos el brazo derecho e izquierdo hacia arriba, primero uno y luego el otro, mostramos las palmas, y a continuación el dorso y finalmente cerramos y abrimos la mano.
- Rotamos la cabeza girando el cuello.

Finalmente tendremos que ir notando al paciente mucho más dispuesto para trabajar y mucho más contento.

Dirigida a afásicos que tengan patologías secundarias como hemiparesias, apraxias, debilidad muscular así que este tipo de ejercicio estaría más dirigido a afasia de tipo Broca, Conducción y Global.

## 2. Canciones de series lógicas.

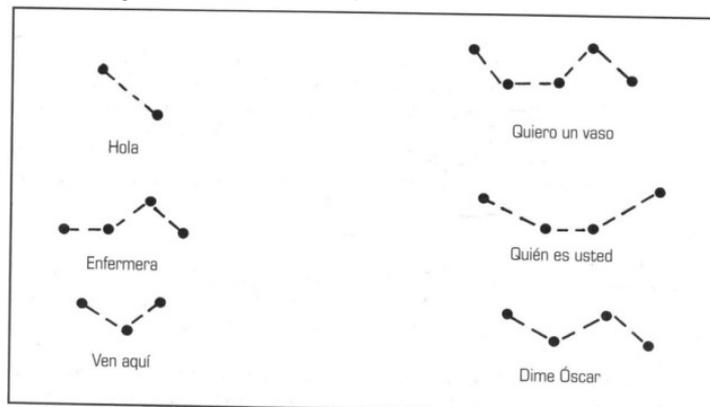
Mientras estamos trabajando con el paciente afásico el lenguaje automático podemos ayudarlo mediante el canto de estas series de palabras como días de la semana, meses del año, y números, de esta manera como hemos visto en la parte teórica su expresión mejorará.

Actividad óptima para las afasias con lenguaje automático no preservado como la afasia de Broca y algunos pacientes con afasia Global (con lenguaje automático conservado).

## 3. Terapia de entonación melódica.

Siguiendo los 3 niveles de la terapia de entonación melódica de Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 259-263), *de la afasia y terapia de la afasia* vistos antes, el logopeda va a presentar una serie de palabras y oraciones para intentar que el paciente las entone y pronuncie de manera correcta (las palabras y oraciones aparecen en el cuadro de abajo). Los dos primeros niveles están constituidos por palabras y sintagmas de alta frecuencia. El tercer nivel cuenta con oraciones que aumentan en longitud. Durante la prueba, en los pasos indicados de cada nivel el logopeda debe de acompañar la emisión de cada sílaba de la palabra ó oración estímulo mediante golpes en la mesa con la mano izquierda del paciente. Los estímulos se entonan lentamente, con tono de voz constante, diferenciando los tonos altos y bajos. Proporcionamos además imágenes o letra escrita como ayuda. Podemos incluir palabras y frases que aparecen en las canciones que usaremos en otras actividades, y queremos que se produzcan correctamente posteriormente para poder trabajar otros aspectos. Si el sujeto se bloquea en alguna palabra, podemos usar técnicas de respiración tranquilizadora, tomando aire por la nariz, sosteniéndolo unos momentos y expulsarlo suavemente, contando hasta cuatro, después de cada fase.

Imagen 5: Muestra de patrones de tono de la TEM



Helm-Estabrooks, N y Martin L. A. (1994, p. 258). Manual de la afasia y terapia de la afasia.

Palabras							
Mano	Mama	Gracias	Adiós	Coche	Calle	Cocina	Habitación
Hola	Salón	Cuerpo	Cama	Balcón	Vaso	Plato	Cabeza
Tarde	Brazo	Día	Dormir	Ventana	Luna	Sueño	Nubes
Mañana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Cuento	Otoño	Invierno	Primavera	Verano	Escribir	Canción	

Oraciones		
- Buenos días	- ¿Qué hora es?	- ¿Qué hay de comer?
- Me llamo Joaquín	- ¿Cómo estás?	- Gracias, muy amable
- Los árboles del parque	- Comprar el periódico	- Encender la televisión
- No puedo dormir	- Cuéntame un cuento	- Beber agua
- El río lleva agua		

Niveles extraídos del manual Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp.259-263) *Manual de la afasia y terapia de la afasia*.

Nivel 1º.

**a.- Tarareo.** El logopeda tararea el patrón melódico de la palabra o frase a trabajar y cogiendo la mano del paciente da un golpe en la mesa por cada sílaba tarareada. Después el logopeda entona dos veces la palabra acentuando intensamente la sílaba tónica.

**b.- Entonación al unísono:** El logopeda y el paciente entonan la expresión a la vez dando golpes en la mesa.

**c.- Entonación al unísono con apagado:** El logopeda entona y golpea la mesa al unísono con el paciente, pero en la mitad del estímulo el logopeda va apagando su voz dejando que el paciente complete la entonación del estímulo. Cuando el logopeda está callado, no debe mover los labios porque podría dar una ayuda visual al paciente.

**d.- Repetición inmediata:** El logopeda entona la expresión y golpea la mesa mientras el paciente solo lo escucha. Luego, se le pide al paciente que lo repita entonando, pero esta vez el logopeda no entona, simplemente le ayuda dando golpes sobre la mesa.

**e.- Respuesta a una pregunta de prueba:** Cuando el paciente consigue una repetición exitosa, el logopeda inmediatamente debe entonar una pregunta apropiada para la situación (por ejemplo. "¿Qué acabas de decir?"). Para este caso la producción no se acompaña de golpes, el logopeda la única ayuda que da es entonación de la pregunta que él realiza.

### Nivel 2º.

**a.- Introducción al estímulo:** El logopeda, solo, emite de forma entonada la palabra o frase dos veces acompañada por golpeteo en la mesa. En este apartado debemos utilizar dibujos o señales ambientales relacionadas.

**b.- Unísono con apagado:** El logopeda entona y golpea el estímulo al unísono con el paciente, sin embargo, a mitad de éste, el logopeda debe ir apagando su voz para que sea el paciente por sí solo quien termine el estímulo.

**c.- Repetición con pausa:** El logopeda y el paciente vuelven a entonar y golpear el estímulo. Pero en este caso existe una pausa de 6 segundos que hay que respetar. Finalmente se le pide al paciente que entone el estímulo sin ayuda verbal por parte del logopeda, pero sí con apoyo en el golpeteo.

**d.- Respuesta a una pregunta de prueba:** El logopeda después de otros 6 segundos de pausa debe entonar con rapidez la pregunta ¿qué acabo de decir?, y el paciente debe responder sin ayuda verbal ni golpeteo.

### Nivel 3º.

**a.- Repetición diferida:** El logopeda entona y golpetea el estímulo, y tras seis segundos de pausa es el paciente el que debe repetir el estímulo, siendo la única ayuda posible por parte del logopeda la del golpeteo.

**b.- Introducción del Sprechgesang:** El logopeda presenta el estímulo en sprechgesang dos veces. No se deben cantar las palabras, sino presentarlas de forma lenta, rítmica y con acento exagerado, El logopeda ha de acompañar también con el golpeteo.

**c.- Sprechgesang con apagado:** El logopeda y el paciente realizan el estímulo en sprechgesang, pero el logopeda debe ir apagando su voz para que el paciente finalice solo.

**d.- Repetición hablada diferida:** El logopeda presenta el estímulo con prosodia normal y sin golpeteo. Después de seis segundos, el paciente debe emitir el estímulo con prosodia normal.

**e.- Respuesta a una pregunta estímulo:** Tras un intervalo de 6 segundos el logopeda realiza al paciente una pregunta apropiada para la situación: ¿qué acabas de decir?, con prosodia normal. El paciente debe de responder también con prosodia normal.

#### **4. Cantar canciones famosas de la época del paciente.**

En esta actividad vamos a cantar una canción de una época de buenos recuerdos del paciente, como puede ser su juventud. Para realizar esta actividad el logopeda debe de partir de los gustos musicales del paciente, que hemos podido conocer a lo largo de las sesiones o durante la presentación del paciente. A partir de eso elegimos una canción y el logopeda y el paciente van cantándola entre los dos. Esta actividad podemos realizarla de forma activa y pasiva, donde el paciente primero escucha la canción y después la canta o directamente la canta.

Con esta actividad el paciente trabaja la articulación, la entonación y prosodia, proyección de la voz, control de la fluidez verbal, además activamos la memoria.

Dirigida a afásicos de Broca, Conducción y Global ya que mejora la articulación, la entonación, la proyección de la voz, y la prosodia y a afásicos de Wernicke y Conducción ya que ayuda a controlar la fluidez de su discurso.

#### **5. ¿Qué nos trasmite esta canción?**

Una vez que escuchamos y cantamos la canción podemos pedirle al paciente que nos cuente los sentimientos que le transmiten esa canción, a qué le recuerda (y el puede respondernos que a alegría, tristeza, hechos pasados etc...).

Esta actividad estaría dirigida a afasias de Wernicke, ya que nos ayuda a organizar el discurso. También sería una buena actividad para afasias de Broca pero en fases muy avanzadas cuando ya estemos trabajando con lenguaje espontáneo y a afasias de Conducción para aumentar el número de palabras en la frase.

#### **6. Canciones temáticas.**

Escuchamos varias canciones con una temática determinada (trabajo, vegetales, animales, lugares, colores). Los pacientes tienen que identificar el tema, escuchando la música y exponiendo entre ellos cuál es la respuesta. Por lo que esta actividad es necesaria la presencia de varias personas o que el logopeda hable con el paciente dándole feedback

Como ayuda podemos enseñarles imágenes. Finalmente podemos pedirles que nos digan todas las palabras que hemos trabajado.

Actividad dirigida a todos los tipos de afasia.

Ya que con esta actividad trabajamos el vocabulario, la articulación, denominación y expresión oral muy necesarias en todos los tipos de afasia.

### **7. Rellenar con palabras los huecos de una canción.**

Con esa misma canción que hemos trabajado, le entregamos al paciente una hoja donde viene la canción, donde tendrá que completar los huecos con unas determinadas palabras a trabajar. Por ejemplo con una canción de animales donde cada hueco sea un animal, porque como hemos indicado debe de ser una canción ya trabajada antes para que le sea más sencillo.

Esta actividad está dirigida a todos los tipos de afasia, no es una actividad propia de música como la actividad anterior, pero se trabaja con la música.

El objetivo es trabajar la escritura, sobre todo en el trazo y también es buena actividad para la adquisición de vocabulario. En el caso de que el paciente tenga dificultades de lectura, el logopeda puede leerlo para ayudarlo.

### **8. Patrones rítmicos con instrumentos.**

Con un triángulo o con unas claves vamos realizando distintos golpeteos con distintos ritmos y el paciente tiene que repetirlos con su propio cuerpo o con los instrumentos. Es muy importante ir secuenciando estos movimientos desde más sencillos a más complicados en función del paciente. También habrá que tener en cuenta en los afásicos de Broca el nivel de movilidad.

Después podemos incluir pequeñas frases con esos ritmos y los pacientes tienen que repetirlos.

Esta actividad sirve para trabajar el habla, ya que ayuda a conseguir un discurso más rítmico y estaría dirigido a afasias de tipo Broca y Wernicke.

### **9. Comprensión musical y articular cuál es el instrumento.**

Para esta actividad el logopeda pone un vídeo con diferentes instrumentos que van sonando y el paciente tiene que reconocerlos y denominarlos. Como variante de esta actividad puede ser el mismo logopeda el que toque estos instrumentos ó el paciente si puede. Tras esto el paciente tiene que decir cuál es el nombre del instrumento que ha sonado.

En esta actividad trabajamos la articulación, denominación, discriminación auditiva.

Está dirigida a todo tipo de afasias, puesto que en todas ellas es importante el trabajo en articulación y denominación.

## **10. Adivinar el cantante.**

Le ponemos al paciente unas canciones y él tiene que adivinar quiénes las cantan.

También mediante unas imágenes que le ponemos al paciente sobre cantantes, como Julio Iglesias, Frank Sinatra, Elvis Presley, Raphael, Camilo Sesto, Rocío Jurado y él tiene que decir quién son.

Este ejercicio estaría destinado a afasias de Broca, Conducción y Global donde podemos trabajar la articulación.

## **11. Charla sobre gustos musicales.**

La actividad consiste en que los pacientes afásicos tienen que hablar sobre sus gustos musicales. No es una actividad en la que se emplee música pero hablamos de música con el objetivo de estimular el lenguaje.

Al igual que en la actividad, esta actividad estaría dirigida a afasias de Wernicke, ya que nos ayuda a organizar el discurso. También sería una buena actividad para afasias de Broca pero en fases muy avanzadas cuando ya estemos trabajando con lenguaje espontáneo.

## **12. Pictionary musical.**

Actividad sacada del manual Mercadal-Brotons, M. y Martí, J. (2008) *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*.

Esta actividad se realizará en terapia en grupo donde todos los componentes de la terapia se dividirían en dos equipos y se les entrega unas tarjetitas con títulos de canciones sobre un tema determinado.

El objetivo es adivinar las canciones que representan el otro grupo haciendo un dibujo en la pizarra.

Uno de los equipos dibujará en la pizarra un dibujo representativo sobre el tema de la canción y el otro equipo deberá adivinar el nombre de la canción y una vez adivinado el título se cantará el estribillo de la canción. También los pacientes pueden hacer una representación de la temática de la canción, pero hay que tener muy en cuenta las limitaciones.

Esta actividad es muy lúdica, donde los afásicos pueden descubrir otros tipos de comunicación, además trabajamos todos los objetivos de la actividad de canto. Actividad 4.

Actividad que podemos trabajar con todo tipo de afásicos, aunque la parte de representación iría más dirigida a afásicos de Wernicke ya que son los que menos patologías asociadas suelen tener.

### **13. Entonar frases.**

Planteamos distintas oraciones de tipo afirmativo, interrogativo y exclamativo y el paciente tiene que repetirlas poniendo los distintos puntos de entonación en función del tipo de frase. Es interesante realizar esta actividad después de la aplicación de la TEM para ver cómo responde el paciente.

Mediante esta actividad trabajamos la prosodia del habla, la entonación, la articulación.

Dirigido a afasias de Wernicke y a las fases finales de la rehabilitación de la afasia de Broca para mejorar la entonación, la fluidez de frases y la estructuración del discurso.

### **14. ¿Qué te parece esta música?**

Mediante tres tipos de música, una música agradable, una música desagradable, y ruido, el logopeda se los pone al paciente y él tiene que interpretarlos, escuchando y diferenciando los sonidos. Luego podemos preguntarle qué sensaciones ha sentido y dejamos que él nos las cuente.

Con esta actividad trabajamos la discriminación auditiva y la expresión del lenguaje.

Dirigida a todos los tipos de afasia.

### **15. Dibujando la música.**

Entregamos un folio y unas pinturas al paciente. Al ritmo de la música, tiene que dibujar los sentimientos que percibe de esa canción. Una vez terminado, pueden compartirlo con el logopeda y explicar de qué trata.

Propondremos esta actividad al final de la sesión ya que es una actividad de carácter lúdico y nos permite en cierto modo evaluar de manera subjetiva el habla del paciente.

Con esta actividad trabajamos la grafomotricidad y la expresión personal del lenguaje musical mediante el dibujo, también al final de la actividad trabajamos la expresión oral.

Dirigido a cualquier afasia, especialmente a aquellas donde es necesario trabajar la grafomotricidad y la expresión oral.

## **Conclusión.**

De esta investigación podemos extraer como conclusión general que la música sí ayuda a la rehabilitación de la afasia. Sin embargo, la música no es un recurso milagroso, simplemente es un apoyo al lenguaje a la hora de desbloquear al paciente en actividades que le pueden costar trabajo durante las sesiones como por ejemplo en las tareas más puramente lingüísticas (lenguaje automático, repetición, denominación, vocabulario). Estas ayudas se producirán mediante ejercicios de canto por ejemplo. Por otra parte la música ayuda también a trabajar la expresión espontánea cuando el paciente se encuentra “hablando de la música”. Pero sobre todo las actividades con la música se dirigirán a mejorar y afianzar la entonación y el ritmo del habla, lo que entendemos como prosodia, con otro tipo de actividades como entonación de frases, ritmos, o el propio canto que hemos indicado hace un momento.

La música es un recurso muy válido para activar al paciente o relajarlo (No hemos propuesto una actividad relajadora con música como tal, aunque si se encuentra dentro de la actividad de TEM) para que éste afronte la sesión de rehabilitación de la mejor manera posible.

Por estas razones que hemos visto a lo largo del trabajo entendemos que la música será un recurso más a la hora de trabajar con este tipo de pacientes gracias a los múltiples beneficios que reporta.

Creo que con este trabajo hemos alcanzado los objetivos que teníamos marcados ya que nuestro objetivo era demostrar que la musicoterapia es un recurso positivo para la terapia afásica y plantear una serie de actividades donde todo aquello que habíamos planteado de forma teórica se plasmase de forma práctica.

## Anexos.

**Anexo 1. Sistema de registro y evaluación en terapia de entonación melódica.** Extraído de los manuales de Albert, M. I. y Helm–Estabrooks N. (1994). Manual de la afasia y de terapia de la afasia.

Tabla 7. Sistema de registro y evaluación en terapia de entonación melódica

Nivel	Fase	Puntos
1	Tarareo	Ninguno
	Canto al unísono	1
	Canto al unísono con decremento	1
	Repeticón inmediata	1
	Respuesta a una pregunta estímulo	1
2	Introducción al ítem	Ninguno
	Unísono con decremento	1
	Repeticón retrasada (Backup: unísono con decremento)	2 1
	Respuesta a una pregunta estímulo (Backup unísono con decremento)	2 1
	Repeticón retrasada Back up: Unísono con decremento	2 1
3	Presentación de sprechgesang	Ninguno
	Spreche gesang con decremento (Backup spreche gesang al unísono)	2 1
	Repeticón retrasada (Backup: sprechgesang con decremento)	2 1
	Respuesta a una pregunta estímulo (Backup: repeticón retrasada)	2 1

Albert. y Helm–Estabrooks N. (1994 pp. 259 y 263)

## **Bibliografía.**

- Ardila, A. (2005). *Las afasias*. A. Guadalajara, México: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Del campo, P. (2013). La música en musicoterapia, *Brocar* 37, pp. 145-154.
- Fernández, S. y López– Higes, R. (2005). *Guía de intervención logopédica en afasias*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gómez-Ariza, C et al. (2000). Cognición musical: relaciones entre música y lenguaje. *Cognitiva 1*, pp. 63-87.
- Helm-Estabrooks, N y Martin L. A. (1994). *Manual de la afasia y terapia de la afasia*. Austin, Texas: Editorial Panamericana.
- Jordana, M. (2008). La contribución de la música en la estimulación de procesos de adquisición del lenguaje, *Eufonía* 43, pp. 49-62
- Mercadal-Brotons, M y Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. España: Editorial Monsa Prayma.
- Peña-Casanova, J. (1984). *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*. Barcelona: Editorial Masson.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.ªed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Serrano, R. et al. (2011) Música y lenguaje, *Boletín de AELFA* 11, pp. 45-53.
- Soria-Urios, G. Duque, P. y García-Moreno, J.M. (2011). Música y Cerebro (II): evidencias cerebrales del entrenamiento musical, *Rev Neurol* 53, pp. 739-746.
- Vaquerizo, C. (2014). *La música en la intervención logopédica*, (Trabajo de fin de grado inédito). Universidad de Valladolid. Valladolid.