



**FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD DE CHILE**

**Monografía para optar al Curso de Especialización de Postítulo en
Terapias de Artes, Mención Musicoterapia**

**“Actividades en el trabajo grupal musicoterapéutico
en niños con discapacidad visual y déficit asociados”**

Nombre del Alumno: Reinaldo Farías Serey
Profesora Guía: Andrea Fuentes Groetaers

2010

Índice

I. Introducción.....	5
II. Marco Teórico.....	7
1. La discapacidad visual y ceguera.....	7
1.1 Defectos oculares congénitos producidos por impedimento del desarrollo del embrión.....	12
1.2 Ceguera producida por neoplasia.....	14
2. Déficit asociados a la ceguera.....	14
3. Impacto de la ceguera en el desarrollo psicomotor del niño.....	17
III. Musicoterapia.....	22
1. Definición de musicoterapia.....	22
2. Musicoterapia con niños especiales.....	23
3. Musicoterapia y discapacidad visual.....	25
4. Metodología.....	26
5. Modelos musicoterapéuticos referenciales para el trabajo con niños con discapacidad.....	28
5.1. Modelo GIM.....	28
5.2. Modelo Alvin.....	29
5.3. Abordaje Plurimodal.....	30
6. Trabajo corporal y movimiento.....	33
7. El Juego en terapia.....	35
IV. Contexto de práctica.....	36
1. Colegio Hellen Keller.....	36
2. Espacio Físico.....	37
3. Setting e implementos.....	37
4. Sesiones: grupales e individuales.....	38
5. Características de los pacientes.....	38
6. Objetivos del Proceso de intervención.....	42
V. Actividades grupales en musicoterapia y trastorno visual.....	44
1. Etapas del proceso terapéutico.....	44
2. Descripción de actividades y objetivos.....	46
3. Dificultades presentadas en algunas actividades.....	65
4. Uso de protocolos y fichas para evaluación y planificación de sesiones.....	66
VI. Aprendizajes personales.....	67
1. Importancia de la entrevista a padres para sesiones grupales.....	67
2. Importancia de la supervisión.....	67
3. La estructura en sesión.....	68
4. Importancia de objetivos para la sesiones.....	68
5. El desarrollo de etapas en el trabajo terapéutico con niños.....	69
6. Experiencia del rol terapeuta y coterapeuta.....	69

VII.	Conclusiones.....	73
VIII.	Bibliografía.....	77
IX.	Anexos: protocolo.....	80

I. Introducción.

“La educación y el tratamiento especial del niño disminuido, que muchas veces comienza en la infancia, es una tarea de equipo en que toman parte la familia, el maestro, el médico y el terapeuta. No puede tener éxito a menos que todas las partes interesadas trabajen juntas y aunadas hacia la misma meta: el bienestar de un ser humano”. Juliette Alvin.

La discapacidad visual en el niño conlleva a que éste manifieste una serie de características que demuestran, ya en sus primeros años de vida, un retraso en el desarrollo de sus cualidades cognitivas, motoras, emocionales y sociales. Estos niños necesitan imperiosamente que se potencien sus fortalezas al máximo para poder enfrentar estos retrasos y así poder adaptarse de la mejor manera a un mundo que está hecho para personas que poseen visión.

Las presentes páginas contienen la sistematización de mi experiencia en el trabajo musicoterapéutico, con un grupo de siete niños y niñas entre 5 y 7 años, los cuales poseen discapacidad visual y algunos de ellos también poseen déficit asociados como retraso cognitivo y parálisis cerebral. Este grupo corresponde al nivel prebásico superior del Colegio Hellen Keller, ubicado en la comuna de Ñuñoa, Santiago, el cual atiende sólo a niños que presentan esta discapacidad.

Se realizó esta experiencia entre agosto y diciembre de 2009, cumpliéndose un total de 13 sesiones. Estas sesiones las realicé con mi compañero Víctor Barahona Espinoza, en conjunto a la supervisión semanal de la profesora Andrea Fuentes Groetaers, Psicóloga y Musicoterapeuta de la Universidad de Chile.

Los niños del grupo terapéutico eran heterogéneos en cuanto a la discapacidad visual que tenían. Algunos poseían ceguera total y otros tenían visión parcial o baja visión, lo cual les permitía poder recibir estímulos visuales. Por otra parte, se agregaba a esta heterogeneidad la comunión de niños con discapacidades cognitivas junto a niños con capacidades cognitivas normales. Esto nos llevó a desarrollar las sesiones con sus actividades y objetivos en función del grupo total, para poder atender desde ahí las particularidades propias de cada uno de los niños y niñas.

El colegio nos brindó desde el primer momento una muy buena acogida y disposición a la hora de entregarnos lo necesario para poder realizar nuestra práctica profesional. Tuvimos la posibilidad de desarrollar las sesiones en una sala acogedora que a la hora que realizamos éstas, estaba ajena a contaminación acústica.

El trabajo terapéutico lo desarrollamos en tres etapas, en las cuales estaba presente el trabajo sonoro-musical, el corporal y el verbal.

Pretendo en mi presente monografía dar énfasis a las actividades que se desarrollaron en este proceso grupal y la sistematización de éstas, para poder ilustrar de alguna manera una posibilidad, desde la disciplina musicoterapéutica, de abordaje de la discapacidad visual en niños.

Por último debo señalar que las siguientes páginas están basadas en la experiencia de una oportunidad bellísima, que me permitió poder conocer a seres especiales que me otorgaron la increíble posibilidad de acompañarlos por un momento de su desarrollo.

II. Marco teórico.

1. La discapacidad visual y ceguera.

La visión es una capacidad esencial en el desenvolvimiento y desarrollo de un niño. Ella entrega una gran parte de la información que recibimos de nuestro entorno y es fundamental para el desarrollo gradual de habilidades y conocimiento del medio.

Existe una diversidad de terminologías asociadas a la discapacidad visual, las cuales de alguna manera entran en consenso general de país en país con pequeñas diferencias.

Pero, antes de seguir ahondando en la visión, creo que es fundamental detenernos y preguntarnos qué es una discapacidad. Podemos pensar esta terminología desde tres aristas diferentes. En primer lugar podemos entender discapacidad como “una capacidad diferente”¹ para realizar alguna función específica. También “como un sistema que funciona alterado a cómo debería funcionar, ya sea sensorial, motor o sensitivo”²; y en tercer lugar se puede entender a modo de “distorsiones o disfunciones generalmente en los aspectos más elevados de la evolución, como la inteligencia, la memoria y la capacidad de aprendizaje y repetición”³

La discapacidad siempre es producto de múltiples factores; puede ser originada por un factor genético, producida durante el período de gestación, en los primeros días de vida del bebé, o durante su vida.

Por otra parte la OMS a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada en el 2001, define discapacidad como “un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación”; distinguiendo “deficiencia” como un problema que afecta a una estructura o función corporal; limitaciones como la dificultad para realizar acciones o tareas y restricciones de la participación como problemas para participar en situaciones vitales.

¹ Federico, Gabriel F, “El niño con necesidades especiales”. Editorial Kier. S.A., Buenos aires 2007. p. 21-39.

² Idem.

³ Idem

Luego, con respecto a la discapacidad que trata este capítulo, es importante distinguir que la **discapacidad visual** es la carencia, disminución o una alteración de la visión y que aunque se corrija con instrumentos externos pueden alcanzar a ver con mucho esfuerzo y con una gran dificultad algunos objetos a una distancia muy corta. Dentro de esta discapacidad se encuentra la ceguera que es “la pérdida total de la visión, debida a daños producidos en los ojos o en la parte del sistema nervioso encargada de procesar la información visual, a causa de traumatismos, enfermedades, desnutrición o defectos congénitos”⁴.

También es importante saber que “en el mundo hay aproximadamente 314 millones de personas con discapacidad visual, 45 millones de las cuales son ciegas”⁵, alcanzando la ceguera tan sólo un 14.3% del total de las discapacidades visuales.

El niño con discapacidad visual posee una desventaja en su desarrollo, ya que, “el sentido de la visión entrega al individuo el 80% de sus conocimientos que a su vez estimulan el 80% de su conducta”⁶ Es por esta razón que es imprescindible advertir esta discapacidad precozmente para poder otorgar al niño la estimulación necesaria a través de los demás sentidos que posee. Se cree que el niño ciego nace con el sentido de la audición o el tacto más desarrollado que los niños que poseen visión, pero esto no es así. Estos sentidos se desarrollan a veces hasta límites increíbles, gracias a una oportuna y adecuada estimulación, compensando la discapacidad visual que puedan poseer.

Para poder entender la discapacidad visual es también necesario dilucidar los siguientes conceptos:

Agudeza Visual: “es la capacidad visual que tiene una persona en comparación con la normalidad”⁷. Dicho en otras palabras es la capacidad que tiene el ojo de distinguir propiedades de un objeto a cierta distancia. Se expresa por una fracción en que el numerador representa la

⁴ Glosario. Recuperado el 20 de mayo de 2010, de <http://www.fonadis.cl/glosario/index.php>

⁵ Datos y cifras de la OMS. Recuperado 22 de mayo de 2010 de, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

⁶ Sánchez-Cano, Manuel, Bonals, Joan, “La evaluación psicopedagógica”. Editorial GIRAÓ, de IRIF, S.L, Barcelona. 2007. p. 241-242

⁷ Sánchez-Cano Manuel, Bonals Joan, “La evaluación psicopedagógica”. Editorial GIRAÓ, de IRIF, S.L, Barcelona. 2007. p. 249-252

distancia entre el sujeto y un objeto, que normalmente está a seis metro de distancia y el denominador representa la distancia que percibe la visión de una persona normal. Ejemplo de una persona con visión normal estaría representado por una Agudeza Visual (AV) de 1 (6/6) y una persona con ceguera se representaría su AV con 0. “Una persona con AV de 10/20, por ejemplo quiere decir que vea 10 m lo que una sin discapacidad vería a 20 m y tendría una AV de 0,5”⁸ lo que al ser multiplicado por 100 nos daría una agudeza de 50%.

Es así que en los informes oftalmológicos se pueden encontrar los siguientes indicadores para representar la AV:

- Fracción: 10/20, 20/200, 3/12.
- Decimales: 0.5 , 0.1, 0.25
- Porcentajes: 50%, 10%, 25%.

Campo Visual: “capacidad para percibir los objetos situados fuera de la visión central”⁹. Se mide en grados y podemos distinguir el lateral, el inferior y el superior.

Las patologías visuales pueden provocar alteraciones en el funcionamiento normal de los parámetros mencionados.

Es importante distinguir que a diferencia de la discapacidad visual podemos encontrar alteraciones que son completamente corregibles con lente ópticos, proporcionando una visión perfecta al utilizarlos, este es el caso de la hipermetropía, la miopía y el astigmatismo. A estas alteraciones la ONCE, que es el Organismo Nacional de Ciegos Españoles, análoga a la UNCICH en Chile, les llama “Alteraciones en el funcionamiento normal de la visión”.

A continuación presentaré a grandes rasgos la definición de estas alteraciones extraídas de “Curso básico de autoaprendizaje sobre relación y comunicación con personas con ceguera y deficiencia visual”¹⁰ que se encuentra en el sitio web de la ONCE.

⁸ Idem

⁹ “Ceguera y deficiencia visual. Pdf. Recuperado el 18 de Julio de 2009, de <http://www.once.es/http://files.sld.cu/arteydiscapacidad/files/2009/08/ceguera-y-deficiencia-visual.pdf>

¹⁰ “Ceguera y deficiencia visual”. Recuperado el 20 de mayo de 2010, de <http://www.once.es/otros/trato/trato.htm>

Hipermetropía: incapacidad de ver a una distancia normal de lectura las letras de un periódico. En ella su córnea y cristalino son más cortos respecto a la longitud axial del ojo. Este defecto de refracción se compensa con lentes convexas.

Miopía: incapacidad de ver con nitidez las imágenes lejanas. Aquí el cristalino y la córnea son más potentes en relación a la longitud del ojo. Se compensa con lentes cóncavas.

Astigmatismo: incapacidad de ver una imagen nítida de los objetos lejanos o cercanos, debido a que los meridianos del ojo presentan distinta curvatura.

Estas alteraciones en la visión **pueden ser corregidas con lentes ópticos**, los cuales corrigen la alteración **proporcionando una visión perfecta**.

Existen diversos factores que pueden incidir en la visión, pero los parámetros más usados son los de Agudeza Visual y de la Amplitud del Campo Visual ya antes nombrados, los cuales determinan y clasifican la discapacidad visual y son los más usados en el sistema de salud. En Chile y en muchos países de occidente se distingue el concepto de **ceguera legal** “cuando la visión es menor de 20/200 ó 0.1 **en el mejor ojo y con la mejor Corrección**”¹¹.

Este concepto varía de país en país:

“¹²Límite superior de la ceguera legal en términos de agudeza visual (Herren y Guillemet, 1982)

Suecia.....	1/30 (0,03).
Alemania.....	2/50 (0,04).
Francia, Holanda.....	1/20 (0,05).
Canadá, España, Italia, USA, UK.....	1/10 (0,10).”

En cuanto a la amplitud del Campo Visual para la ceguera legal corresponde a inferior a 10°.

¹¹“La ceguera en Chile. Recuperado el 11 de mayo de 2010, de http://www.educared.cl/educared/hojas/articulos/detallearticulo.jsp?articulo=10780&repositorio=58&pagina=1&idapr=50_1040_esp_4_

¹² Cuadro extraído de Artículo elaborado por Manuel Bueno Martín sobre definiciones y clasificaciones en torno a la deficiencia visual. http://www.juntadeandalucia.es/averroes/caidv/interedvisual/ftp_p_/def_bajavision_ceguera.pdf

Encontramos además clasificaciones por encima de la clasificación de ceguera antes señalada la cual distingue niveles de deterioro visual que dejan un residuo visual que puede ser compatible con algunas tareas de la vida diaria:

«¹³ Herren y Guillemet (1982)

Categorización	Limite inferior	Limite superior
Ciego Total	0	DC= 0.5 mt (*)
Ciego Parcial	1/50 (0,02)	2/50 (0,04)
Amblíope Profundo	3/50 (0,06)	4/50 (0,08)
Amblíope P.D.	1/10 (0,10)	4/10 (0,40)

(*) Medida de la agudeza visual de lejos que debe entenderse como la capacidad de la persona para contar dedos a 0,5 m.

(**) Amblíope propiamente dicho.

También se encuentra otra clasificación que he extraído del Artículo elaborado por Manuel Bueno Martín sobre “Definiciones y clasificaciones en torno a la deficiencia visual” que ha servido a países para poder clasificar los niveles de visión y así poder diseñar políticas publicas:

La **Visión Casi Normal** se correspondería con los **niveles de “deterioro visual”** situado en la **gama de visión normal** o de **visión casi normal** (AVL entre 2,0 y 0,8.; siendo la AVL normal igual a la unidad <1,0>).

La **Baja Visión** (visión parcial) se correspondería con los niveles de (a) **deterioro visual moderado** (AVL entre 0,25 y 0,12), **baja visión moderada**; y (b) **deterioro visual grave** (AVL entre 0,1 y 0,06) y/o campo visual de 20° ó menos), **baja visión grave**.

La **Ceguera** (en uno o en ambos ojos; en términos de ceguera legal, siempre en el ojo de mejor visión, tomando la de ambos ojos siempre con corrección óptica) se correspondería con los niveles de (a) **deterioro visual profundo** (AVL entre 0,04 y 0,02; ó DC a menos de 3 m; o campo visual de 10° ó menos), **baja visión profunda**; (b) **deterioro visual casi total** (AVL de menos de 0,02; DC a 1 m ó menos; MM (*) a 5 m ó menos; o proyección/percepción de luz; o un campo visual de 5° ó menos), **ceguera grave o casi total**; y, (c) **deterioro visual total** (Ninguna percepción de luz), **ceguera total**.

¹³ Idem.

Y en el ámbito de las funciones y características educativas la Doctora Natalie Barraga, pionera en la investigación de la estimulación visual en niños con discapacidades visuales describe cuatro niveles en su libro “Desarrollo senso-perceptivo”. 1992:

- a) **Ceguera:** Carencia de visión o sólo percepción de luz. Imposibilidad de realizar tareas visuales.
- b) **Discapacidad visual profunda:** Dificultad para realizar tareas visuales gruesas. Imposibilidad de hacer tareas que requieren visión de detalle.
- c) **Discapacidad visual severa:** Posibilidad de realizar tareas visuales con inexactitudes, requiriendo adecuación de tiempo, ayudas y modificaciones.
- d) **Discapacidad visual moderada:** Posibilidad de realizar tareas visuales con el empleo de ayudas especiales e iluminación adecuada similares a las que realizan las personas de visión normal.

Ante todo lo expuesto, es de vital importancia que quienes trabajamos con niños y adultos con necesidades especiales, independiente de nuestra especialidad, nos familiaricemos con los conocimientos y conceptos generales de las distintas problemáticas de salud, con el fin de poder entender diagnósticos de especialistas, poder comunicarnos en un equipo multidisciplinario de la salud y así dar respuesta a tratamientos idóneos que nos permitan brindar y facilitar una mejor calidad de vida y herramientas a nuestros pacientes.

1.1. Defectos oculares congénitos producidos por impedimento del desarrollo del embrión.

Existen también malformación o anomalías congénitas que dan como resultado situaciones clínico patológicas que están directamente relacionadas con la visión, resultado del impedimento del desarrollo embrionario en la etapa de gestación, como por ejemplo: la Anoftalmía, Displasia septo-óptica, la Microftalmía, Ojo quístico congénito, Ciclopía, Colobomas Palpebrales, Coroides y Retina y la Megalocórnea entre otras. Nos obstante, me referiré en este capítulo a las tres primeras, ya que tienen directa relación con mi experiencia de práctica.

Anoftalmía: “es una ausencia total de estructuras oculares y tejidos neuroectodérmicos dentro de las órbitas oculares”¹⁴. Casi siempre existen los párpados.

Displasia septo-óptica: “es una enfermedad congénita caracterizada por hipoplasia¹⁵ de uno o ambos nervios ópticos que se acompaña de malformaciones cerebrales de la línea media y disfunción hipotálamo-hipofisiaria”¹⁶. En otras palabras es el desarrollo incompleto o detenido del nervio óptico.

Microftalmía: “un ojo o los dos severamente hipoplásicos al nacimiento”¹⁷, es decir uno o ambos ojos se encuentran notoriamente más pequeños que lo normal.

Estas malformaciones tienen una serie de causas o etiopatogenias, las cuales responden a causas ambientales como la exposición a pesticida y temperaturas altas producidas por incineradores en el embarazo, infecciones maternas como rubéola, toxoplasmosis y varicela entre otras. Se destacan también otras causas como “influenza, fiebre o hipertermia, abuso de solventes y exposición a radiación o drogas como talidomida, isotretinoína, warfarina y alcohol”¹. También puede asociarse a factores genéticos cromosómicos.

Estas patologías presentan además una disminución en el porte de la cavidad ocular, “debido a una falta de estímulo por la pérdida extrema de función para el desarrollo y crecimiento de dichas estructuras”, por tanto, el tratamiento físico consiste en estimular la órbita ocular por medio de prótesis que restablezcan la proporción normal de la cavidad ocular.

¹⁴ Rev. chil. pediatr. v.76 n.3 Santiago jun. 2005. Recuperada el 20 de mayo de 2010 del sitio web http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062005000300008&script=sci_arttext

¹⁵ Desarrollo incompleto o detenido de un órgano o parte de éste.

¹⁶ Idem

¹⁷ Navas-Aparicio, María del Carmen. Hernández-Carmona, Sergio J. “Anoftalmía y microftalmía: descripción, diagnóstico y conducta de tratamiento. Revisión bibliográfica”. Julio-Agosto 2008. Recuperado el 10 de Julio de 2010 del sitio web <http://www.smo.org.mx/revista/pdf/8204/2008-82-4-205-209.pdf>

1.2. Ceguera producida por neoplasia.

No sólo se pueden manifestar defectos oculares en el desarrollo del embrión, sino también puede producirse por factores hereditarios en cualquier etapa del desarrollo de un individuo. Una de estas patologías hereditarias es la **neoplasia**: “enfermedad poco común que se transmite de padres a hijos y se caracteriza por hiperactividad de la glándula tiroides, las glándulas suprarrenales y las glándulas paratiroides”¹⁸.

Existe una causa de ceguera que es **el craneofaringioma**, que se caracteriza por ser “una neoplasia benigna cuyo origen se relaciona tanto a proliferación de restos embrionarios de la Bolsa de Rathke como a metaplasia de células maduras de la hipófisis anterior”¹⁹.

El craneofaringioma produce síntomas de tres formas diferentes:

- Lesión del nervio óptico
- Incremento de la presión en el cerebro.
- Alteración de la función de la glándula pituitaria.

2. Déficit asociados a la ceguera

En muchos casos los niños y adultos que presentan una discapacidad visual además nacen con otro déficit asociados que acrecientan las necesidades terapéuticas y educativas especiales. “Algunos déficit asociados son la parálisis cerebral, el déficit auditivo, y el déficit cognitivo”²⁰.

Parálisis cerebral

“La parálisis cerebral es una enfermedad neurológica causada por una lesión en el encéfalo inmaduro y está caracterizada por un trastorno no progresivo del sistema motor”²¹. Está asociada

¹⁸ Kronenberg , HM. “Plyglandular disorders“. 2007: chap 250. Recuperado el 10 de Julio de 2010 del sitio web <http://www.lifespan.org/adam/spanishhealthillustratedencyclopedia/5/000399.html>

¹⁹ Alvarez-Peña, “Nueva Alternativa en el Manejo del Craneofaringioma Sólido Quístico: Bleomicina Intracavitaria más Resección Neuroendoscópica”. 1999. Recuperado el 10 de Julio de 2010 del sitio web http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v60_n4/craneofaringioma.htm

²⁰ Sánchez-Cano, Manuel, Bonals, Joan, “La evaluación psicopedagógica”. Editorial GIRAÓ, de IRIF, S.L, Barcelona. 2007. p. 252

además del déficit visual, al déficit auditivo y al retraso mental. “Afecta el tono muscular, la postura y el movimiento de la persona...esta denominación contempla a todas las lesiones cerebrales”²²

Se distinguen tres síntomas consensuados entre los especialistas: espasticidad, discinesia y ataxia, y se presentan según la zona lesionada en el cerebro.

Espasticidad: “es el incremento sostenido de la tensión cuando un músculo es estirado pasivamente”²³ el músculo se mantiene permanentemente contraído. “Esta implica una lesión en el sistema piramidal”²⁴

Discinesia: “movimientos anormales e involuntarios, incluyen masticación repetitiva, movimiento oscilatorio de la mandíbula o gesticulación facial”. Esta parálisis presenta “disonías, rigidez, corea y disquinesia”²⁵. “Implica una lesión del sistema extrapiramidal”²⁶

Ataxia: esta parálisis presenta “carencia de equilibrio y coordinación en las acciones musculares”²⁷. “Implica una lesión en el sistema cerebeloso”²⁸

También puede presentarse en niños de **forma mixta**.

La parálisis cerebral además puede clasificarse según la localización de la zona afectada.

“**Tetraplejía** donde los cuatro miembros están afectados, **Diplejía** si están involucrados los

²¹ Russell J.Love, Wanda G. Webb “Neurología para los especialistas del lenguaje y del habla”. Editorial Panamericana. 1998. p 301

²² Federico, Gabriel F, “El niño con necesidades especiales”. Editorial Kier. S.A., Buenos aires.2007. p 46

²³ Spaich E.G y Taberning C.B. “Estimulación eléctrica y espasticidad: una revisión. 2002. Recuperado el 18 de Junio de 2010 del sitio web

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionfis/estimulacion_electrica_y_espasticidad.pdf

²⁴ Idem

²⁵ Federico, Gabriel F, “El niño con necesidades especiales”. Editorial Kier. S.A., Buenos aires. 2007. p. 46

²⁶ Spaich E.G y Taberning C.B. “Estimulación eléctrica y espasticidad: una revisión. 2002. Recuperado el 18 de Junio de 2010 del sitio web

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionfis/estimulacion_electrica_y_espasticidad.pdf

²⁷ Idem

²⁸ Idem

miembros inferiores o brazos, o **Hemiplejía** cuando es un hemicuerpo²⁹ En menor cuantía se observan las monoplejias, las triplejias o las paraplejias.

Las causas de la parálisis son múltiples y se pueden dar durante la etapa de gestación (embarazo), al momento de nacer (perinatal) o después del nacimiento entre los primeros seis meses de vida.

Etapa	Causas
Prenatales	Intoxicación materna Traumatismo de la madre Exposición a rayos X Rubéola, toxoplasmosis Hipertensión arterial (madre) Adicción a drogas, tabacos o alcohol (madre) Alteraciones en el desarrollo intrauterino Cromosomas
Perinatales	Anoxia perinatal (falta de oxígeno) Problemas con el cordón umbilical (estrangulamiento) Pelvis muy estrecha Mala utilización del forceps Nacimiento con bajo peso o prematuro Parto avalancha Placenta envejecida
Postnatales	Traumatismo de cráneo (golpes y rotura de cráneo) Deshidrataciones Virus Anestesia Intoxicaciones por metales pesados

Es importante destacar que “2 de cada 1000 niños en edad escolar presentan parálisis cerebral”³⁰ y un 25% a un 50 % de estos casos presentan discapacidad visual³¹. Esto se traduce en discapacidades visuales, problemas para hacer movimientos visuales ajustados y de enfoque; “el estrabismo común también en las parálisis puede causar diplopía y ojo ambliope”³².

²⁹ Federico, Gabriel F, “El niño con necesidades especiales”. Editorial Kier. S.A., Buenos aires.2007. p. 44

³⁰ Russell J.Love, Wanda G. Webb“Neurología para los especialistas del lenguaje y del habla”. 1998. p. 301.

³¹ Sánchez-Cano, Manuel, Bonals, Joan, “La evaluación psicopedagógica”. 2007. p 241-242

³² Idem

Déficit auditivo

Son muy escasos los casos de discapacidad visual y déficit auditivo. Sin embargo “son más abundantes los que presentan un déficit visual parcial y uno auditivo parcial también” ; cabe destacar que al presentarse el déficit visual en conjunto con el auditivo estos no suman sus dificultades terapéuticas y educativas, sino que se multiplican, ya que “se trata de niños con unas necesidades de intervención muy especializadas para garantizar el acceso a la información, pues sus dos canales principales de entrada de información se encuentran afectados”³³.

Déficit cognitivo.

La discapacidad visual en el caso de los niños con déficit cognitivos, estaría directamente relacionada a las dificultades intelectuales, debido a que éstas privan al niño de una idónea estimulación, lo cual no le permite desarrollar satisfactoriamente el sentido de la visión. “Muchos niños afectados por el síndrome de Down poseen una agudeza visual muy baja, a pesar de la corrección óptica”³⁴

3. Impacto de la ceguera en el desarrollo psicomotor del niño.

Los niños con discapacidad visual presentan distintos procesos mentales y neurales en comparación al niño vidente. Algunos estudios electroencefalográficos demostraron que existe una diferencia en los ritmos eléctricos cerebrales entre cerebros de niños ciegos y videntes, esto es debido a que “la carencia de estímulos retinianos aferentes en el lóbulo occipital producen cambios neurodinámicos que afectan a todo el cortex”³⁵, no obstante, “se sugiere la presencia de procesos compensatorios en los analizadores motores que se desarrollan con la pérdida de la visión”³⁶, además del desarrollo de los sentidos de la audición, el tacto y el olfato. Estos procesos compensatorios se despliegan en la medida que el niño sea bien estimulado a temprana

³³ Sánchez-Cano, Manuel, Bonals, Joan, “La evaluación psicopedagógica”. Editorial GIRAÓ, de IRIF, S.L, Barcelona. 2007. p. 253

³⁴ Idem

³⁵ -³⁹ Ochaita Esperanza y Rosa Alberto. “Estado actual de la investigación en psicología de la ceguera”. Universidad Autónoma de Madrid. 1988. Recuperado el 8 de Julio de 2010 del sitio web http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=48292

edad, para así lograr alcanzar todas sus potencialidades, se desarrolle como persona independiente, sea capaz de interactuar con sus pares, con el medio que lo rodea y tomar por sí mismo las decisiones adecuadas para su vida.

“Durante las dos primeras etapas del período sensorio-motor, el bebé ciego se desarrolla de forma semejante al vidente”³⁷. Es a partir de los 4 meses de vida que el desarrollo del niño ciego se diferencia del desarrollo del niño vidente. El niño no vidente comienza a sustituir la información visual del medio a través del sentido de la audición, más la táctil propia de la etapa. Esto “supone un considerable retraso respecto a la coordinación visión-prensión en los videntes”³⁸, ya que el niño ciego coordina recién la prensión a través de la audición alrededor de los 10 a 12 meses, permitiéndole al niño poder alcanzar y ubicar los objetos guiándose únicamente mediante el sentido de la audición en virtud de que éstos emitan sonidos. También estudios realizados demuestran que si bien no hay diferencia de un niño ciego con un niño vidente en la adquisición temprana de la correcta postura corporal, sí “el inicio del gateo y la marcha están considerablemente retrasados por la falta de motivación que supone la ausencia de estímulos del mundo exterior”³⁹

Por otra parte existen también notorias diferencias entre la maduración del lenguaje por parte de los niños ciegos en comparación con los videntes; no obstante, “entre los dos y tres años aproximadamente, el lenguaje de los invidentes puede considerarse normal, a excepción de la adquisición de los términos deícticos, tanto personales como espaciales”⁴⁰.

Sin duda alguna la carencia de visión conlleva a una baja adquisición de la imagen corporal, manifestándose “en un considerable retraso en la utilización de los pronombres «yo» y «mi»,

³⁹ Ochaíta Esperanza y Rosa Alberto. “Estado actual de la investigación en psicología de la ceguera”. Universidad Autónoma de Madrid. 1988. Recuperado el 8 de Julio de 2010 del sitio web http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=48292

⁴⁰ Idem

como en las posibilidades de autorrepresentación en el juego simbólico”⁴¹. Luego, para compensar la deficiencia visual, el niño ciego desarrolla su “sistema háptico” a niveles de extrema sensibilidad, siempre y cuando reciba una apropiada estimulación, permitiéndole así poder conectarse con su ambiente y sustituir la información no entregada por la falta de visión.

Todas estas variaciones del desarrollo en la etapa sensoriomotora, inciden directamente en retrasos y limitaciones en las etapas siguientes del desarrollo cognitivo, desapareciendo paulatinamente al comienzo de la adolescencia.

Por otra parte estas alteraciones, llevan al niño a experimentar frustraciones, aumentando enormemente la necesidad de sentirse querido, contenido, aceptado, con mayor necesidad de afecto y autoestima. Ellos al no poder captar el mundo de la misma manera que los niños videntes necesitan imperiosamente de métodos y medios especiales que le permitan alcanzar su desarrollo en plenitud. Es aquí donde el musicoterapeuta en conjunto a la educadora diferencial y otros profesionales de la salud deberá diseñar metodologías que atiendan las distintas necesidades y características que el niño ciego va presentando en el transcurso de su desarrollo integral.

La musicoterapeuta Josefá Lacárcel Moreno en su libro “Musicoterapia en educación especial”1995, describe las características psicomotoras y del ambiente del niño ciego, las cuales presentaré a modo de resumen:

- Aprehensión atípica desde pequeños.
- Restricción de movimientos.
- Miedo a lo desconocido.
- Mala percepción espacial.
- Sobreprotección de su familia.
- Desarrollo muscular insuficiente.
- La expresividad se encuentra disminuida.
- Posturas inadecuadas. La cabeza hacia abajo produce desviación de columna.

⁴¹ Idem.

- Tiende a poner los pies abiertos, lo cual le da mayor sensación de seguridad.
- Mala coordinación.
- Estereotipos: movimientos semivoluntarios, balanceo, giro de cabeza, aleteo de ojos, manipulaciones repetidas de los globos oculares, golpear simétrico de las manos, hiporestensión e hiperflexión de la cabeza, piruetas, balanceo excesivo antero-posterior sobre las plantas de los pies, movimientos repetidos de las manos y de los brazos, muecas y expresiones faciales frecuentes.
- Coordinación audio-manual con retraso.
- Recogida de la información con dos dificultades: lentitud y secuencialidad.
- No tiene sentido de la profundidad.
- Retraso en operaciones concretas.
- Dificultad para generalizar.
- Retardo en el juego simbólico.
- Habilidad para el juego verbal.
- Son muy selectivos al tacto. Es necesario que toquen.
- Presentan “ecolalia” (repetición de frases o palabras), a veces sin saber lo que dicen, ya que hay cosas que no puede tocar, por lo tanto no puede entender lo que dice.
- Dificultad para utilizar los pronombres “yo” y “mi”. Falta de imagen de sí mismo. Esquema corporal deficiente.
- Les cuesta aceptar las normas sociales.
- Retraso en la socialización.
- Inferioridad y falta de confianza.
- Sensible a la frustración.
- Suele padecer de ansiedad.
- Criterios rígidos, suelen ser testarudos.
- Utilización de mecanismos de defensa y de fantasía.

En el caso del niño ambliope (véase modulo II. Capítulo 1), el cual presenta visión residual, presenta otras características distintas en su desarrollo, pero no de menor exigencia en su tratamiento y estimulación⁴²:

- La información que recibe es deficiente en calidad y cantidad.
- Distingue secuencialmente. No generaliza al mirar
- Bajo conocimiento del mundo que lo rodea y el lenguaje.
- Le falta desarrollar la imitación, debido a la falta de modelos visuales.
- El ritmo de aprendizaje es lento.
- La estabilidad emocional es irregular.

Es necesario destacar la importancia del diagnóstico, y el conocimiento por parte del profesional del desarrollo futuro de la patología del niño ambliope, descubrir si el cuadro terminará en la ceguera total o no, para poder determinar con eficacia los distintos tratamientos.

⁴² Lacárcel M. Josefa. “Musicoterapia en educación especial” Editorial Universidad de Murcia.1995. p. 60-69

III. Musicoterapia

1. Definición de musicoterapia.

Es de gran importancia dar significado al concepto de musicoterapia; por una parte para dilucidar el trabajo que ejerce el musicoterapeuta, corregir falsas ideas sobre su trabajo y para poder darnos a conocer, distinguírnos y reconocernos de una manera objetiva, clara y precisa dentro de un equipo multidisciplinario y al interior de una comunidad, como así también poder distinguirla de las experiencias musicales de carácter funcional que la mayoría de la gente practica.

No existe una definición universal del significado de Musicoterapia. Varios musicoterapeutas han acuñado su propio concepto, como así también algunas organizaciones de salud. A continuación describiré algunas definiciones y planteamientos.

Para la musicoterapeuta **Juliette Alvin**, "la musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación, reeducación y el adiestramiento de adultos y niños que padezcan trastornos físicos, mentales y emocionales"⁴³

Uno de los representantes del Abordaje Plurimodal, **Diego Schapira**, sostiene que "la musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o establecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal o interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento"⁴⁴

Kenneth Bruscia propone que la musicoterapia es "un proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir llegar a la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio"⁴⁵.

⁴³ Bruscia, Kenneth. Definiendo la Musicoterapia. 1997, pag 137

⁴⁴ Schapira, Diego. "Musicoterapia Facetas de lo Inefable". 2002 pag.32

⁴⁵ Bruscia, Kenneth. Definiendo la Musicoterapia. 1997, pag 43

Rolando Benenzon describe nuestra disciplina como “una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos corporo-sonoromusicales, para desarrollar, elaborar y reflexionar un vínculo o una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupo de pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y rehabilitarlo y recuperarlo para la sociedad”⁴⁶

A partir de todos estos enunciados es vital destacar que la musicoterapia ocupa la música como medio y no como fin, que debe ser ocupada dentro de un proceso secuenciado con objetivos definidos, orientados a la necesidad que presentan los distintos pacientes en sesión, diseñados únicamente por el profesional especialista que es el Musicoterapeuta.

A mi parecer el postulado que más me representa y apoyó el trabajo en práctica, es el que hace Diego Shapira, porque unos de los objetivos medulares que tuvimos nosotros en práctica fue el potenciar funciones del niño para que el pudiera integrarse de mejor manera en sus relaciones tanto intra e interpersonales, otorgándole así una mejor calidad de vida.

2. Musicoterapia con niños con necesidades especiales

La musicoterapeuta Juliette Alvin plantea que la música para el niño con necesidades especiales no es percibida de mejor manera por éste o de una manera más o menos sensible en relación al niño sin necesidades especiales, no obstante, dice que sí puede tener una **significación especial**, “porque puede ser un sustituto de cosas imposibles, o un medio de autoexpresión y de comunicación superior a otros”⁴⁷, llegando a ser algunas veces el único medio posible.

Los niños con necesidades especiales requieren de estímulos para desarrollar enlaces y núcleos neuronales, “el estímulo cumplirá un rol fundamental para su desarrollo”⁴⁸. Ante ello la musicoterapia es fundamental en este proceso sobre todo a temprana edad, “tomando en cuenta

⁴⁶ Benenzon, Rolando. “La Nueva Musicoterapia”. 1998, pag. 141

⁴⁷ Alvin, Juliette. “Música para el niño disminuido”. 1965. pag 25-43.

⁴⁸ Federico, Gabriel F, “El niño con necesidades especiales”. 2007. pag 29

que hasta los tres y cuatro tendremos mayores posibilidades de ayudarlo favoreciendo la capacidad plástica de adaptación”⁴⁹

El musicoterapeuta interactúa con el niño mediante la música, el juego y la actividad corporal. “La música enriquece la vida, y por este motivo es necesario que rodee al niño en un ambiente musical rico y controlado”⁵⁰, potenciando así las posibilidades que cada niño tiene de expresarse tanto a nivel individual como grupal.

La musicoterapia se emplea desde tres maneras en sesión⁵¹:

- a. Activa: el niño juega, canta manipula instrumentos, u otros objetos.
- b. Receptiva: el niño escucha.
- c. Receptivo-activa interdisciplinar: desarrolla actividades de otras disciplinas: dibujo, expresión corporal, modelado, tejido, cosido, etc.

Objetivos para el trabajo con niños con necesidades especiales.

Los objetivos que a continuación presento, representan y aúnan la visión de la musicoterapeuta Josefa Lacárcel como de Juliette Alvin en el trabajo con niños con necesidades especiales.

- Fortalecer las potencialidades cognitivas, emocionales y físicas.
- Facilitar la expresión.
- Potenciar la imaginación y la creatividad.
- Desarrollar destrezas de aprendizajes, haciendo énfasis en la sensibilidad musical del individuo más que en su aptitud o ejecución musical.
- Propiciar un ambiente lúdico y recreativo

⁴⁹ Idem

⁵⁰ Lacárcel M. Josefa. “Musicoterapia en educación especial”. Editorial Universidad de Murcia.1995. p. 9

⁵¹ Idem

3. Musicoterapia y discapacidad visual.

Como ya sabemos el niño con discapacidad visual debe compensar la información del medio, que no le es entregada por el sentido de la visión, mediante la utilización y expansión de la sensibilidad de los sentidos de la audición, el tacto y el olfato, así como también de la “percepción háptica” en conjunto⁵². Sólo la estimulación idónea y temprana de los sentidos que posee, le permitirá al niño con discapacidad visual poder superar el retraso en su desarrollo. (Ver capítulo 3 del módulo II).

La musicoterapia deberá desarrollar sus actividades en orientación a aumentar, ejercitar y potenciar la capacidad auditiva, táctil y de movimiento, permitiéndole al niño usar libremente el espacio, contactarse con su imagen corporal en relación a los instrumentos y el medio.

El musicoterapeuta mediante la música, el juego y recursos corporales trabaja los sentimientos del niño con discapacidad visual, lo cual ayuda al niño a expresar sus “frustraciones, producto de las limitaciones en su desarrollo que cada vez se hacen más frecuentes”⁵³, facilitándole así la posibilidad de proyectar su mundo interno, el cual, muchas veces se contienen durante muchos años sin posibilidad de ser expresado mediante el lenguaje tradicional, lo cual los lleva a replegarse a sí mismos y a manifestar trastornos en la conducta afectiva y social.

Toda comunicación en el trabajo musicoterapéutico debe otorgarle al niño la posibilidad que mediante cada sonido y experiencia corporal-táctil idee un concepto significativo del entorno y de sí mismo en relación a la experiencia vivida⁵⁴.

⁵² Gibson (1966) define el sistema háptico como "la percepción del individuo del mundo adyacente a su cuerpo mediante el uso de su propio cuerpo". El sistema de percepción háptica es especial porque puede incluir los receptores sensoriales ubicados en todo el cuerpo y está estrechamente relacionado con el movimiento del cuerpo, de forma que puede tener un efecto directo sobre el mundo que está percibiendo. Concepto extraído de sitio web <http://es.wikipedia.org/wiki/H%C3%A1ptica>

⁵³ Federico, Gabriel F, “El niño con necesidades especiales”. Editorial Kier. S.A., Buenos aires. 2007. p. 28-29.

⁵⁴ Alvin, Juliette. “Música para el niño disminuido”. 1965. p162

Objetivos en musicoterapia y discapacidad visual.

Algunos de los objetivos orientados a la discapacidad visual son los siguientes:⁵⁵

- Recuperar la seguridad psicológica. Autorrealización
- Desarrollar de la expresión emocional.
- Desarrollar la seguridad física a través del ritmo y del movimiento.
- Posibilitar la organización de las facultades físicas y psíquicas.
- Facilitar los movimientos de marcha, coordinación, lateralidad y equilibrio.
- Potenciar el control de la respiración y tensión muscular.
- Facilitar la adquisición de valores culturales de apreciación musical.
- Potenciar la creatividad, fantasía e improvisación.
- Desarrollar el sentido de la dirección.
- Facilitar la adquisición de destrezas instrumentales.
- Propiciar sensibilidad y vivencia de los valores musicales.
- Facilitar la percepción auditiva, táctil y kinestésica.

3. Metodología

El **método** en musicoterapia responde a la manera en que el musicoterapeuta procederá para alcanzar los objetivos planteados en función de la necesidad del paciente o grupo terapéutico. “En términos generales entendemos como método los procedimientos utilizados para entender o explicar algo...reviste formas distintas según la peculiaridad de la ciencia que lo utiliza”⁵⁶.

Existen dos métodos en musicoterapia.⁵⁷

El Pasivo: principalmente de escucha

⁵⁵ Lacárcel M. Josefa. “Musicoterapia en educación especial”. Editorial Universidad de Murcia.1995. p.

62

⁵⁶ Lacárcel M. Josefa. “Musicoterapia en educación especial”. Editorial Universidad de Murcia. 1995. p.

31

⁵⁷ Idem

El Activo: el niño participa mediante la acción.

Por otra parte la metodología en musicoterapia se asocia a uno o varios **modelos musicoterapéuticos**, los cuales el musicoterapeuta elige como guía y sustento teórico para abordar su trabajo terapéutico, para dar así respuestas a las necesidades de los pacientes a intervenir.

Estos modelos a su vez presentan **técnicas**⁵⁸ que definen la acción para llevar a cabo el modelo elegido. Estas técnicas independiente del modelo musicoterapéutico responden a los dos métodos antes señalados que tienen relación a la experiencia musical del paciente en sesión:

Activas

“...a través de los esfuerzos del paciente, para actuar, improvisar o crear música, bien sea solo o con otros pacientes”⁵⁹.

Receptivas

“... como resultado de la escucha del paciente...escucha de música en vivo o grabada, que puede ser improvisada o pre-compuesta por el paciente, terapeuta u otros”⁶⁰

Cabe destacar que la musicoterapeuta Josefa Lacárcel, en su libro “Musicoterapia en educación especial”. Universidad de Murcia. 1995, distingue también el uso en musicoterapia de la técnica **Activa-receptiva interdisciplinar**, cuando tiene relación con otras disciplinas como la expresión corporal, el dibujo, el tejido, etc.

⁵⁸ **Técnicas:** la acción que define la implementación de herramientas (sonoro-musicales) las cuales se utilizan para llevar acabo los distintos modelos teóricos. González, Mireya”Introducción a la musicoterapia”. 2008. GUIDED IMAGERY AND MUSIC (GIM). Helen Bonny. (Apuntes de clase disponible en Postítulo en Musicoterapia. Universidad de Chile.

⁵⁹ Bruscia, Kenneth. Definiendo la Musicoterapia. Editorial Amarú, Salamanca, España. 1997. p. 57-58

⁶⁰ Idem

4. Modelos musicoterapéuticos referenciales para el trabajo con niños con discapacidad.

Para abordar el trabajo con niños con discapacidad visual y poder lograr los objetivos anteriormente señalados, propongo como referencia “el Modelo GIM, “el Modelo Alvin”, y el “Abordaje plurimodal”. Estos los presentaré a continuación a modo de resumen y referencia para poder entender los sustentos teóricos que nos sirvieron para desarrollar la intervención musicoterapéutica en el Colegio Hellen Keller, la cual está descrita en el modulo IV y V de esta monografía.

4.1. Modelo GIM. Guided Imagery and Music. Imágenes guiadas con música.

Este modelo data de fines de la década de 1960, y es reconocido como uno de los cinco modelos musicoterapéuticos por el Congreso de Musicoterapia realizado en 1990, en la ciudad de Washington, Estados Unidos. Este modelo responde a un método musicoterapéutico receptivo. Se basa en la audición musical en estado de relajación para provocar imágenes, símbolos o emociones con finalidad creativa.

Es un modelo que ocupa “la imaginería como instrumento en terapia para fomentar la curación, el crecimiento holístico y fomentar la auto aceptación”⁶¹.

Este modelo permite⁶²:

- Desarrollar el pensamiento simbólico
- Producir estados alterados de conciencia
- Relajación profunda
- Crear conciencia de si mismo
- Facilitar una transformación personal

Propone una serie de fases en la sesión:⁶³

⁶¹ Bonny. Helen, Savary. Louis. “La música y su mente” Edición en español. Editorial Edad Nueva Era, España.1993. p.16

⁶² González, Mireya. 2008. GUIDED IMAGERY AND MUSIC (GIM). Helen Bonny. (Apuntes de clase disponible en Postítulo en Musicoterapia. Universidad de Chile.

⁶³ Bonny. Helen, Savary. Louis. “La música y su mente” Edición en español.1993. pag 51

Fases	Autoinducción	Inducción grupal
Inducción	Relajación	Relajación
	Concentración	Concentración
Ejercicio	Cuenta atrás Situación en escenario	Cuenta atrás Situación en escenario
	Viaje musical guiado por el paciente.	Viaje musical guiado por el terapeuta.
Finalización	Escucha Cuenta final (3 a 1)	Escucha Cuenta final (10 a 1)
Reflexión	Reflexión personal	Compartir con el grupo

El musicoterapeuta antes de comenzar la guía del viaje musical, debe ser capaz de advertir el estado de ánimo del paciente. Luego elige una música que acompañará toda la sesión que dura alrededor de 30mn. Después induce a una relajación y concentración al paciente. Una vez lograda la relajación del paciente, lo lleva a un escenario imaginario, a modo de programa, donde el paciente va comentando las impresiones y sensaciones al terapeuta. Una vez realizado el programa guiado con música se finaliza con una cuenta regresiva. Luego se discute las impresiones surgidas durante la imaginación para comprender las emociones e imágenes provocadas a través de la música y su significado en la vida cotidiana del paciente.

4.2. Modelo Alvin

Este modelo se puede implementar tanto individual como grupal. Responde tanto al método activo como receptivo y posee tres enfoques: el clínico, el educativo o rehabilitador y el recreativo: ⁶⁴

El Clínico: el musicoterapeuta es parte del tratamiento médico o psicológico de trastornos físicos, mentales o emocionales.

El Educativo o rehabilitador: La música se utiliza en un marco de instrucción para avanzar y desarrollar destrezas de aprendizaje. Se trabaja con niños y adultos con algún handicap.

⁶⁴ Ubilla, Patricia. 2008. El Método Alvin. (Apuntes de clase disponible en Postítulo en Musicoterapia. Universidad de Chile.

El Recreativo: La música se utiliza como diversión y entretenimiento. No se hacen demandas al paciente y se da énfasis en crear una atmósfera y un estado de ánimo positivo en el momento presente. No se hacen esfuerzos para adquirir o mejorar comportamientos a futuro.

Plantea además que el musicoterapeuta debe trabajar en un equipo multidisciplinario, secuenciando gradualmente los objetivos según el avance del paciente.

Utiliza la **improvisación libre referencial** (alusivo a consignas externas a la música) y **no referencial** (consignas estrictamente musicales), el juego, la escucha de música receptiva y la expresión corporal. Considera la escucha, la improvisación instrumental y el cantar como las actividades principales en sesión.

Juliette Alvin en el proceso terapéutico describe tres fases:⁶⁵

Fase 1: Relacionar el yo con los objetos: objetos personales, objetos del entorno, objetos de terapeuta.

Fase 2: Relación con el yo y el terapeuta: personalidad propia, terapeuta.

Fase 3: Relacionar el yo con otros: padres, compañeros, grupo

5.3. Abordaje plurimodal.

El Abordaje Plurimodal se configura a fines de la década de los 90, se enmarca tanto en el método receptivo como activo. “Es plurimodal, ya que, no está inscrito de manera indisoluble en ninguno de los denominados modelos teóricos musicoterapéuticos”⁶⁶, y está abierto siempre a recibir técnicas y herramientas terapéuticas que den resultados.

⁶⁵ Idem

⁶⁶ Schapira. Diego, Ferrari Karina, Sánchez Viviana, Hugo Mayra. “Musicoterapia, Abordaje Plurimodal”. Editorial ADIM, Argentina. 2007. p. 29

El APM, comparte gran parte su teoría musicoterapéutica, primordialmente con el Modelo de Musicoterapia Analítica, que generó Marie Presley y otros musicoterapeutas que han desarrollado este modelo. Pero también incorpora algunos conceptos de otros modelos y pensadores como: Kenneth Bruscia, Lia Rejanos Mendes Barcillos, Marly Chagas, Marta Negreiros, Ronaldo Milleco, Clive Robbins, Kenneth Aigen, Rudy Garred, entre otros.

Le propone al paciente que “nada de lo que haga en sesión va estar mal o bien, simplemente ocurre”⁶⁷. Lo cual le brinda un espacio terapéutico que ayuda a disminuir los falsos juicios de éste en torno a su desempeño en la sesión.

Este Abordaje o Método presenta cuatro ejes de acción:

- La improvisación Musical terapéutica
- El trabajo con canciones
- La técnica de EISS (Estimulación de Imágenes y Sensaciones a través del Sonido).
- El uso selectivo de la música editada

La improvisación musical terapéutica

Es practicada en terapia aunando las técnicas de improvisación de otros modelos, como por ejemplo del Modelo Alvin.

El trabajo con canciones

Propone una serie de usos a la posibilidad de cantar en sesión:

- Canto conjunto: canto en conjunto al grupo o con el terapeuta al principio de las sesiones.
- Creación: creación de canciones entre paciente y terapeuta.
- Improvisación: Paciente y musicoterapeuta improvisan canciones.

⁶⁷ Schapira. Diego, Ferrari Karina, Sánchez Viviana, Hugo Mayra. “Musicoterapia, Abordaje Plurimodal”. Editorial ADIM, Argentina. 2007. p. 104

- Inducción evocativa conciente: Se le pide al paciente que busque en el archivo de su memoria, una o varias canciones relativas al tema que se está trabajando en sesión.
- Inducción evocativa inconciente: De manera repentina e inesperada se le pide al paciente que asocie una canción, la primera canción que se le venga a la mente, fragmento melódico estrofa.
- Exploración de material: Se desarrolla en dos tiempos. Entre dos sesiones, se le pide al paciente que a raíz de lo que va surgiendo en sesión busque para la sesión siguiente canciones que tengan que ver con lo que se está tratando en sesión.
- Asociación libre cantada: Se le pide al paciente que trate de colocar palabras dentro de la música o colocar música dentro de las palabras.
- Cuestionario proyectivo de Canciones: Trata de que el paciente, mediante preguntas de un cuestionario que le hará el terapeuta asocie canciones con distintas facetas de su vida. Por ejemplo: una canción que le recuerde su infancia, una canción que le recuerde a su padre, un antiguo amor, etc.
- Cuestionario social de Canciones: Trata que el paciente, mediante preguntas de un cuestionario que le hará el terapeuta asocie canciones con miembros de su vínculo social: una canción que te recuerde tu vecino, una canción que te recuerde tu colegio, etc.
- Expansión de sentido: a raíz de una canción elegida y cantada por el paciente el terapeuta descifra el verdadero sentido en el momento en que se cantó.
- Confección de cancioneros: Se le propone ir elaborando una recopilación de las canciones que van apareciendo durante el proceso, y aquellas que los pacientes les gustaría y necesitaría tener.
- Material Viajero: Se recopila un material de las canciones más significativas cantadas en sesión por el Mt. y el paciente en improvisación, canto conjunto o creación.
- Dedicatoria: Se realiza en dos fases: Sentados en un círculo se les pide a los usuarios que concentren su mirada en su compañero de la derecha y traten de pensar en una canción a partir de lo que perciben. Después de haber encontrado la canción, se les pide que cada uno cante la canción dedicándosela a su compañero.
- La canción personal: Se crea una canción identificatoria del niño, la cual contemple el nombre del mismo y alguna cualidad o situación singular de la historia personal.

- Trama de canciones: Un integrante comienza cantando una canción a partir de una inducción evocativa. Una vez cantada otro de los integrantes busca en su archivo personal y canta una canción que refleje la emoción o sensación que le dejó la canción cantada por su compañero.

La técnica de EISS (Estimulación de Imágenes y Sensaciones a través del Sonido)

“Consiste en la audición de una secuencia de estímulos musicales, diseñadas de manera criteriosa y artesanal por el musicoterapeuta para un paciente o grupo de pacientes”⁶⁸. Esta técnica se diferencia del Modelo GIM en que ésta no da consigna de espacios, lugares o escenarios. Distingue tres etapas de la actividad:

1. Relajación en posición cómoda.
2. Estimulación sonora, donde el paciente evoca recuerdos, sensaciones e imágenes; no obstante, no hay diálogo entre paciente y terapeuta.
3. Conclusión, donde se verbaliza lo ocurrido, mediante la vinculación de las imágenes y sensaciones con las necesidades del paciente.

El uso selectivo de la música editada

Consiste en ocupar la música editada en función de las subjetividades de los pacientes.

5. Trabajo corporal y movimiento

El trabajo corporal es fundamental en terapia, ya que el niño con discapacidad visual presenta un enorme retraso en muchos aspectos del desarrollo motor y de su conciencia corporal. (Ver capítulo 3 del Módulo II). El niño con discapacidad visual presenta limitaciones en el movimiento, rigidez o hipotonía, traducidas en movimientos inseguros, descoordinaciones y malas posturas cervicales. Muchas veces arrastran los pies y caminan con las piernas abiertas, producto del miedo que les produce el medio que ellos no conocen en profundidad. También

⁶⁸ Schapira, Diego, Ferrari Karina, Sánchez Viviana, Hugo Mayra. “Musicoterapia, Abordaje Plurimodal”. Editorial ADIM, Argentina. 2007. p. 103

poseen una escasa conciencia corporal, junto con una inexpresividad facial y corporal producto de la imposibilidad de imitar y del retraso en el desarrollo producido por la falta de estimulación visual.

Es aquí donde la manipulación de instrumentos le ayuda a ocupar y habitar libremente un espacio entre el instrumento y su cuerpo, sin temor a un obstáculo, ya que los movimientos para desarrollar esta interacción no exceden la longitud de sus brazos. Además gracias a estos movimientos el niño “puede idearse un concepto mental en relación al instrumento y su cuerpo, permitiéndole un paso más hacia la integración física de su ambiente”⁶⁹.

La musicoterapeuta Josefa Lacárcel Moreno sugiere una serie de actividades para poder revertir las limitaciones corporales que presenta el niño con discapacidad visual:⁷⁰

- Percusiones corporales.
- Imitación de ritmos propuestos por el musicoterapeuta o por los propios niños. Improvisación de ritmos ayudados de elementos vocales.
- Diferentes ejercicios en que destaque el compás, el acento, el pulso, la frase rítmica...
- Propuesta de movimientos sin desplazamientos: balanceo, saltos, flexiones...siguiendo un ritmo marcado.
- Ejercicio de coordinación viso-motriz con niños que tienen restos visuales: brazos, manos, etc...siguiendo consignas específicas.
- Ejercicios de desplazamientos siguiendo itinerarios muy delimitados, para captar y percibir figura fondo y espacio dentro de un campo perceptivo.
- Seguir ritmos tomando posiciones en el espacio, a través del desplazamiento rítmico o movimientos al compás de una música dada.
- Danzas con compañeros o en grupo, para percibir las relaciones espaciales en relación a uno mismo y al otro o a los otros.

⁶⁹ Alvin, Juliette. “Música para el niño disminuido”. Editorial Ricordi Americana S.A.E.C., Buenos Aires. 1965. p. 163.

⁷⁰ Lacárcel M. Josefa. “Musicoterapia en educación especial”. Editorial Universidad de Murcia. 1995. p. 65-66.

- Seguir con percusiones o movimientos el ritmo intrínseco de palabras, frases, versos, rimas, refranes, canciones infantiles...

6. El juego en terapia.

El juego plantea en sí mismo una propiedad terapéutica indiscutida a cualquier edad, pero fundamentalmente en la niñez. Es un espacio generoso para la creatividad y la fantasía. “Es el principal medio por el que un niño ensaya actividades y papeles sociales”⁷¹. En el humano y otras especies el juego es una expresión natural que permite aprendizajes de vida.

El juego también le otorga al niño mediante sus reglas una analogía de la vida real, acostumbrando al niño a construir estructuras de comportamiento y adaptación frente las normas.

En terapia crea un ambiente seguro y dadivoso en que “los pacientes pueden aprender a enfrentarse a la agresividad con habilidad, retando, aceptando retos, siendo criticada, hostilizada o rechazada por los demás”⁷².

El juego también le permite al terapeuta evaluar aspectos propios del mundo interior del niño mediante las proyecciones que éste puede dejar entre ver, así como también derribar defensas que los pacientes pueden tener con la terapia.

Son innumerables las propiedades que tiene el juego a la hora de entregar beneficios a niños y adultos que lo practican, y es por eso que el musicoterapeuta debe ocupar en sesión las propiedades que otorga el juego para verter objetivos propios de sesión como por ejemplo los relacionados con la posibilidad de socialización, la liberación catártica de sentimientos, frustraciones y ansiedades entre otros.

⁷¹ Nickerson, Eileen y O’Laughlin, Kay. “El uso terapéutico de los juegos”. En: Schaefer, Charles y O’Connor, Kevin; Manual de terapia de juego Volumen 1. Editorial Manual Moderno, México. 2003. p.161

⁷² Nickerson, Eileen y O’Laughlin, Kay. “El uso terapéutico de los juegos”. En: Schaefer, Charles y O’Connor, Kevin; Manual de terapia de juego Volumen 1. Editorial Manual Moderno, México. 2003. p.164

IV. Contexto de práctica

1. Colegio Hellen Keller.

Nuestra práctica profesional la realizamos en el Colegio Kellen Heller, ubicado en la calle Rosita Renard 1179, Ñuñoa-Santiago. Este colegio atiende a un universo de niños y jóvenes entre los 0 años a los 26 años de edad, que presentan ceguera total o parcial, con visibilidad hasta un 30% del Nivel Normal. Además, el establecimiento atiende a niños que presentan discapacidad visual con algún tipo de deficiencia cognitiva o física asociada.

En el establecimiento se imparte enseñanza pre básica, entre 3 y 6 años de edad aproximadamente, enseñanza básica, de 1° a 8° año: trabajo diario para niños y niñas en cursos de no más de 8 alumnos; y Educación Laboral: en este nivel hay dos instancias de atención: Jóvenes con Enseñanza Media rendida que se preparan profesionalmente en el Curso de Masoterapia, para formarse en el área del masaje estético, de relajación, deportivo y terapéutico y Jóvenes que presentan retos múltiples y que no van a la Enseñanza Media, y se preparan en una formación para la vida y el trabajo

La misión del colegio va dirigida a favorecer el desarrollo las habilidades, capacidades y destrezas de todos sus alumnos, fortaleciendo sus potencialidades y minimizando sus limitaciones, buscando la normalización y el acercamiento de dichos alumnos a las actitudes y hábitos adecuados a un buen nivel de exigencias, con la convicción de que pueden obtener muchos logros en la medida que compartan con sus pares y tengan oportunidades positivas que los beneficien en su desarrollo personal.

Se conforman entonces dos grupos de niños al interior del establecimiento:

Forma 1: Niños con ceguera que poseen discapacidad cognitiva

Forma 2: Niños con ceguera con sus capacidades cognitivas normales.

2. Espacio Físico.

En primera instancia realizamos las primeras dos sesiones en un gimnasio, donde teníamos que limitar el espacio terapéutico con sillas y mesas. Este lugar, si bien nos otorgaba bastante espacio para efectuar nuestras actividades, presentaba una temperatura baja, sumadas a las temperaturas propias del mes de agosto en nuestra ciudad. Se agregaba a ello la temperatura baja del piso de baldosa, el cual nos dificultaba efectuar actividades corporales acostados en el piso o sin zapatos, las cuales podían ser compensadas con actividades que implicaran movimiento, no obstante, las fluctuaciones de temperaturas podían afectar directamente la salud de los niños.

Después se nos brindó la posibilidad de realizar las siguientes sesiones en la sala de estar del colegio. Esta era amplia, luminosa, acogedora, tenía sillones, muebles y estantes con juguetes. Además poseía una alfombra blanca donde situamos el espacio terapéutico, el cual también lo delimitábamos con sillas y sillones que se encontraban en la sala.

3. Setting e implementos

El setting de instrumentos con el cual contábamos para realizar las sesiones estaba compuesto por un metalófono, un tambor, una kalimba, tres pares de claves, cuatro huevitos, dos triángulos, un raspador, una armónica, dos cajas chinas, una flauta dulce, una quena con embocadura y una guitarra. Además contábamos con un notebook con cámara integrada y dos parlantes.

En algunas sesiones agregamos al setting peluches, sábanas, telas de distinta textura, papel celofán, piedras pequeñas, ramas de árboles, pasto, flores y una botella con agua.

4. Sesiones: grupales e individuales.

Sesiones Individuales

Se realizaron sesiones individuales a Antonia y Sebastián, de 8 y 9 años de edad, a partir del 28 de agosto del 2009, los días viernes de 9: 30 a 12.00 am. Ellos pertenecían a Segundo y Primero Básico respectivamente.

Antonia era atendida de 9:30 a 10:30 por Víctor, mi compañero de práctica, llegando a completar un total de 9 sesiones y Sebastián era atendido por mí de 11:00 a 12:00, completando un total de 10 sesiones.

La duración de las sesiones era de 20 a 45 min. cada una.

Cabe señalar que no profundizaré en las sesiones individuales, ya que esta monografía se centra en las actividades del trabajo grupal musicoterapéutico realizado por mi compañero y yo en el colegio antes señalado.

Sesiones Grupales

Se realizaron 13 sesiones a partir del 27 de agosto de 2009, los días jueves, de 11:00 a 11:45 am, a siete niños y niñas de prebásica del colegio, cuyas edades fluctuaban entre los cinco y los siete años.

La duración de las sesiones era de 45 min. cada una.

5. Características de los pacientes.

Tanto los niños y niñas del grupo terapéutico como de las sesiones individuales estaban diferenciados en dos grupos: forma 1 y forma 2. **Forma 1** correspondía al grupo de niños y niñas con ceguera que poseen discapacidad cognitiva y los **Forma 2** correspondían al grupo de niños y niñas con ceguera con sus capacidades cognitivas normales. Ambos grupos

diferenciados, conviven al interior del aula durante toda la educación pre básica y básica que brinda el establecimiento.

Los niños del grupo terapéutico pertenecían al nivel prebásico superior del colegio, los cuales eran atendidos por dos Educadoras Diferenciales.

El grupo de forma 1 lo conforman los siguientes pacientes:

Felipe

- **Edad:** 7 años
- **Años de permanencia en el colegio:** 2 años.
- **Vive con:** Ambos padres.
- **Cantidad de hermanos:** 1 hermana, él es el segundo.
- **Hospitalizaciones:** sí
- **Antecedentes oftalmológicos:** Anoftalmía ocular en ambos ojos.
- **Antecedentes psicopatológicos:** El establecimiento no posee diagnóstico
- **Observaciones de nuestro trabajo:**
 - Ecolalia
 - Movimientos estereotipados
 - Retraso en el desarrollo cognitivo y motor

Valentina

- **Edad:** 6 años
- **Años de permanencia en el colegio:** 2 años.
- **Vive con:** Ambos padres.
- **Cantidad de hermanos:** no tiene
- **Hospitalizaciones:** no
- **Antecedentes oftalmológicos:**
 - Displasia septo-óptica.
 - Visión parcial (Baja Visión). Corresponde a Ambliope.

- **Antecedentes psicopatológicos:** El establecimiento no posee diagnóstico
- **Otros diagnóstico:**
 - Problemas a la Glándula Tiroides.
- **Observaciones de nuestro trabajo:**
 - Retraso en el desarrollo cognitivo.

Virginia

- **Edad:** 5 años
- **Años de permanencia en el colegio:** 2 años.
- **Vive con:** Ambos padres.
- **Cantidad de hermanos:** no tiene
- **Hospitalizaciones:** no
- **Antecedentes oftalmológicos:**
 - Visión parcial. (Baja Visión). Corresponde a la clasificación de Ambliope
- **Antecedentes psicopatológicos:**
 - Retraso Mental
- **Otros diagnósticos:**
 - Microcefalia
 - Síndrome de West⁷³:
 - Epilepsia Sintomática⁷⁴:

Joaquín

- **Edad:** 6 años
- **Años de permanencia en el colegio:** 2 años.
- **Vive con:** Ambos padres.

⁷³ El síndrome de West también es conocido como “el de los espasmos infantiles”; “los espasmos infantiles son un tipo especial de ataque epiléptico que afecta fundamentalmente a niños menores a un año de edad” Alonso. G, Jose. Lopez. C, Jesús. “Cuerpo de maestros: Audición y lenguaje. Volumen práctico”. Editorial Mad, SL. España. 2006. p. 115

⁷⁴ “ Se refiere a las convulsiones que son atribuibles a una enfermedad cerebral orgánica demostrada” Friedman. H, Harold. “Manual de diagnóstico médico”. Editorial Masson Doyma. México. 2004. p. 437

- **Cantidad de hermanos:** 3 hermanos, él es el cuarto.
- **Hospitalizaciones:** si
- **Antecedentes oftalmológicos:**
 - Visión parcial. (Baja Visión). Corresponde a la clasificación de Ambliope
- **Antecedentes psicopatológicos:**
 - Retraso mental.
- **Otros diagnósticos:**
 - Parálisis cerebral. Diplejía.

El grupo de forma 2 lo conforman los siguientes pacientes:

Ignacio

- **Edad:** 6 años
- **Años de permanencia en el colegio:** 2 años.
- **Vive con:** Ambos padres.
- **Cantidad de hermanos:** Un hermano, él es el segundo.
- **Hospitalizaciones:** si
- **Antecedentes oftalmológicos:**
 - Craneofaringeoma del nervio óptico.
 - Visión parcial. (Baja visión). Corresponde a la clasificación de ambliope.
- **Antecedentes psicopatológicos:** No presenta
- **Otros diagnósticos:** No presenta

Kevin

- **Edad:** 6 años
- **Años de permanencia en el colegio:** 2 años.
- **Vive con:** Ambos padres.
- **Cantidad de hermanos:** 1 hermano. él es el segundo.
- **Hospitalizaciones:** si.
- **Antecedentes oftalmológicos:**
 - Craneofaringeoma operado y tratado.

- Ceguera bilateral
 - **Otros antecedentes:**
- Epilepsia.
- Descompensación metabólica

Renato

- **Edad:** 6 años
- **Años de permanencia en el colegio:** 2 años.
- **Vive con:** Ambos padres.
- **Cantidad de hermanos:** 3 hermanos, él es el cuarto.
- **Hospitalizaciones:** sí.
- **Antecedentes oftalmológicos:** Ambliope bilateral.
- **Otros diagnóstico:** No posee
- **Otros antecedentes:** No posee

6. Objetivos del Proceso de intervención

Objetivos generales.

1. Fortalecer las potencialidades cognitivas, emocionales y físicas.
2. Facilitar la expresión.
3. Potenciar la imaginación y la creatividad.
4. Propiciar un ambiente lúdico y recreativo

Objetivos específicos del trabajo musicoterapéutico en la discapacidad visual

1. Favorecer los movimientos de marcha, coordinación, lateralidad, equilibrio a través de la música y sus elementos
2. Potenciar la creatividad, fantasía e improvisación mediante las actividades de imáginería y cuento sonoro
3. Potenciar la percepción auditiva y táctil, mediante la manipulación de instrumentos y otros objetos.
4. Incrementar la atención, el comportamiento adaptativo, las habilidades comunicativas, a través del juego, actividades receptivas y actividades corporales.

V. Actividades grupales en musicoterapia y discapacidad visual.

1. Etapas del proceso terapéutico

Nuestro trabajo terapéutico se dividió en tres etapas, en la medida en que se fueron desarrollando y consolidando los objetivos en sesión. Cabe destacar que durante el proceso hubo actividades que aparecieron durante las tres etapas; éstas eran realizadas en relación a los objetivos y orientaciones requeridas por la etapa del proceso terapéutico.

Primera etapa. Aproximación diagnóstica

Tuvo relación con el **fortalecimiento de** habilidades sociales y **desarrollo del vínculo**.

En esta etapa las actividades y objetivos fueron orientados por nosotros a:

- Crear vínculo entre terapeutas y pacientes.
- Consolidar estructura para facilitar un ambiente terapéutico conocido y amable para los niños, para así lograr mayor confianza y seguridad en cuanto a su vivencia en el proceso terapéutico.
- Sondear respuestas cognitivas, motrices y emocionales de los pacientes.

Además de lo primordial del vínculo entre paciente y terapeuta, era necesario afianzar éste entre los niños. Esto nos permitió paulatinamente desapegar a los niños de las educadoras que estaban e intervenían en sesión primeras, puesto que ellas consideraban indispensable su presencia en éstas, en parte por la responsabilidad que ellas habían asumido con los apoderados del grupo de niños y segundo para poder conocer nuestro trabajo y confiar plenamente en nosotros, derribando así cualquier tipo de reticencia.

Esta etapa se consolidó en las cuatro primeras semanas del proceso, correspondientes a las cuatro primeras sesiones.

Segunda etapa. Desarrollo

Tuvo relación con el fortalecimiento de habilidades cognitivas y motoras.

En esta etapa las actividades y objetivos fueron orientados por nosotros a:

- Discriminar sonidos.
- Potenciar la seguridad física a través del ritmo y del movimiento.
- Facilitar los movimientos de marcha, coordinación, lateralidad y equilibrio.
- Fomentar la expresión, la consciencia corporal y movimiento.
- Estimular la atención y la concentración.
- Potenciar el control de la respiración y tensión muscular.
- Favorecer la relajación.

Los objetivos de estas actividades comienzan a incorporarse paulatinamente desde la primera etapa, pero es en esta etapa donde alcanzan todo el protagonismo desde el punto de vista metodológico.

Esta etapa se desarrolla entre la quinta y octava semana, correspondientes a la quinta, sexta, séptima y octava sesión.

Tercera etapa. Cierre

Tuvo relación con la relajación, la creatividad y la expresión emocional.

En esta etapa las actividades y objetivos fueron orientados por nosotros a:

- Favorecer la emocionalidad
- Favorecer la relajación.
- Facilitar la imaginación, fantasía y creatividad
- Facilitar la percepción auditiva, táctil y kinestésica.

En esta etapa se vierten objetivos y actividades de las dos etapas anteriores, pero se da énfasis en actividades que propicien la relajación, la creatividad y la expresión emocional, siendo el último objetivo ideal de desarrollarse en esta etapa, luego de haber logrado el vínculo, la confianza y seguridad de los niños en el espacio terapéutico.

Esta etapa se comienza a desarrollar entre la octava y décimo tercera semana, correspondientes a las sesiones entre la octava y la décimo tercera sesión.

2. Descripción de actividades y objetivos.

A continuación presentaré un cuadro resumen que contiene todas las actividades realizadas durante el proceso terapéutico, con el grupo de niños de prebásica superior del colegio Hellen Keller. Estas actividades están en directa relación a las necesidades especiales del niño con disminución visual, necesidades planteadas en el marco teórico de esta monografía. Estas fueron seleccionadas con el fin de satisfacer los objetivos terapéuticos planteados en un comienzo del proceso y para dar respuesta a las necesidades terapéuticas que iban surgiendo a lo largo de éste. Además cada actividad contiene su descripción, objetivos y el momento en que se realizó de acuerdo a la etapa y al número de sesión.

NOMBRE DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO	MOMENETO DEL PROCESO	FECHA
Canción de bienvenida	Cantan junto a los terapeuta canción de bienvenida la cual contiene su nombre y el de los terapeutas	- Crear vínculo entre terapeutas y pacientes. - Consolidar estructura para facilitar un ambiente terapéutico conocido y amable para los niños.	1º Etapa 2º Etapa 3º Etapa	Todas las sesiones
Cuento sonoro "El bosque encantado".	Escuchan e interactúan ante la improvisación de cuento sonoro preparado por los terapeutas. "El bosque encantado". Efectúan representación de los personajes del cuento ocupando la voz y las palmas (animales, gigante, viento, árboles, flores.)	- Sondear respuestas cognitivas y emocionales de los pacientes. - Estimular la atención y la concentración	1º Etapa 2º Etapa	27/08 1º sesión 08/10 6º sesión
Canción del cucú	Cantan junto al terapeuta la adaptación del tema el cucú, emulando con la voz los sonidos de animales: gato, perro, vaca, cucú.	- Sondear respuestas cognitivas y emocionales de los pacientes. - Estimular la atención y la concentración	1º Etapa 2º Etapa	27/08 1º sesión 23/09 4º sesión
Canción de la hormiguita con movimiento	Se mueven y cantan siguiendo con movimientos corporales acciones del personaje de la canción. Bajan y suben caminando según letra de la canción.	- Potenciar la seguridad física a través del ritmo y del movimiento. - Facilitar los movimientos de marcha, coordinación y equilibrio.	1º Etapa	27/08 1º sesión 03/09 2º sesión 10/09 3º sesión 27/11 12º sesión
Presentación de los instrumentos	Conocen los sonidos de los instrumentos y escogen cuál les gusta.	- Sondear respuestas cognitivas, motrices y emocionales de los pacientes.	1º Etapa	03/09 2º sesión 10/09 3º sesión
Cuento sonoro "El pueblo de los niños"	Escuchan e interactúan ante la improvisación de cuento sonoro preparado por los terapeutas. "El pueblo de los niños". Efectúan representación de los personajes del cuento ocupando la voz y las palmas. (Niños). Ejecutan instrumentos	- Fomentar la expresión, la consciencia corporal y el movimiento.	1º Etapa	03/09 2º sesión 10/09 3º sesión

	según intensidad. agógica y ritmo.			
Lateralidad, orientación en el espacio y discriminación sonora de acuerdo a elementos del cuento sonoro	Discriminan el timbre y el lugar donde se esta produciendo el sonido ejecutado por el terapeuta, asociándolo con el nombre de un instrumento. Todos los pacientes están sentados en el suelo de espaldas a la fuente del sonido.	- Discriminar sonidos y potenciar el sentido de ubicación espacial - Estimular la atención y la concentración	1º Etapa 2º Etapa 3º Etapa	03/09 2º sesión 10/09 3º sesión 08/10 6º sesión 29/10 8º sesión
Canción del cuerpo con expresión corporal	Cantan y tocan distintas partes de su cuerpo según texto de canción de las partes del cuerpo.	- Fomentar la expresión, la consciencia corporal y el movimiento.	2º Etapa	03/09 2º sesión 23/09 4º sesión 01/10 5º sesión
Canción del cuerpo con expresión instrumental	Cantan la canción del cuerpo ejecutando instrumentos	- Fomentar la expresión, la consciencia corporal y el movimiento	2º Etapa	03/09 2º sesión 10/09 3º sesión
Canto de los nombres personales de los miembros del grupo con ritmo y ejecución instrumental	Cantan canción que sólo contiene los nombres de los pacientes con distinto ritmo y melodía.	- Crear vínculo entre terapeutas y pacientes - Estimular la atención y la concentración	1º Etapa	03/09 2º sesión
Juego de percutir los nombres personales y luego adivinarlos sólo con el sonido de la percusión	Se propone a los niños que percutan el ritmo asignado a cada uno de los nombres personales, mencionando además el nombre con palabras de cada uno los niños de la sesión, incluyendo los nombres de los terapeutas, para luego identificarlos cuando los terapeutas percutan sólo el ritmo de ellos.	- Potenciar la seguridad física a través del ritmo y del movimiento. - Estimular la atención y la concentración	2º Etapa	01/10 5º sesión
Canción “con instrucciones de movimiento”	Se les propone cantar una canción invitándolos a seguir las instrucciones que contiene ésta, con movimientos tales como: abrir las palmas y palmear, cerrar los puños y palmear, poner un pie adelante y el otro igual dar la vuelta entera y a	- Potenciar la seguridad física a través del ritmo y del movimiento - Facilitar los movimientos de marcha, coordinación, lateralidad y equilibrio.	2º Etapa	01/10 5º sesión

	bailar. En la parte en que bailan, se les invita a que muevan distintas partes del cuerpo como cabeza piernas brazos, etc.			
Ronda	Se les propone a los niños que interactúen y canten en una ronda, realizando los movimientos que ella se proponen.	- Potenciar la seguridad física a través del ritmo y del movimiento	2º Etapa 3º Etapa	01/10 5º sesión 08/10 6º sesión 27/11 12º sesión
Relajación y auto-percepción corporal	Se invita a los niños a recostarse cómodamente sobre la alfombra mientras se oyen sonidos de olas en el mar. Un terapeuta improvisa suaves acordes y el otro comienza a relatar un inventario corporal siempre incorporando la atención en la respiración la música y los sonidos	- Potenciar el control de la respiración y tensión muscular. - Favorecer la relajación.	2º Etapa 3º Etapa	08/10 6º sesión 27/11 12º sesión
Tres instrumentos, tres acciones.	Se tocan tres instrumentos sucesivamente al que cada uno se le otorga una acción que debe ser realizada por los participantes, al tocar el tambor: los niños hacen un sonido con la boca tapando y destapándola (“a lo indio”), al escuchar el sonido del metalófono los niños levantan las manos moviendo los dedos, al oír la guitarra los participantes aplauden	- Estimular la atención y la concentración. - Fomentar la expresión, la consciencia corporal y movimiento	2º Etapa	08/10 6º sesión
Variación de relajación y auto percepción corporal, con trabajo tónico.	Se invita a los niños a recostarse cómodamente sobre la alfombra mientras se oyen sonidos de olas en el mar. Un terapeuta improvisa suaves acordes y el otro comienza a relatar un inventario corporal siempre incorporando la atención en la respiración, la música y los sonidos. El	- Potenciar el control de la respiración y tensión muscular. - Favorecer la relajación. - Fomentar la consciencia corporal.	2º Etapa 3º Etapa	23/10 7º sesión 29/10 8º sesión 6/11 9º sesión 27/11 12º sesión

	inventario va acompañado con la consigna de apretar cada parte del cuerpo que se va mencionando para luego soltarla.			
Imaginería la semilla.	Se invita a los niños a ponerse en una posición de lado en el suelo, simulando ser una semilla. Luego se les invita a imaginar que la semilla empieza a florecer para comenzar a convertirse en un árbol, gracias a los nutrientes recibidos por la tierra y el calor del sol: Le pedimos que levanten una mano simulando ser el primer brote de semilla en busca del sol.; poco a poco se les invita a sentir que esta semilla, empieza a convertirse en un árbol. Una vez logrado esta acción, se les invita a sentarse o ponerse de rodillas imaginando que son un arbolito. Luego se paran para representar un árbol grande, el cual, se mueve con el viento lento y despacio, y fuerte y rápido.	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la imaginación, fantasía y creatividad Favorecer la relajación. - Fomentar la consciencia corporal. 	2º Etapa 3º Etapa	23/10 7º sesión 29/10 8º sesión
Juego caminar lento y rápido al ritmo de la música.	Primero caminan por el setting, luego se les invita a caminar rápido por todo el espacio al ritmo de la música sin chocar entre ellos, luego se les invita a caminar muy lento, al ritmo de la música	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la seguridad física a través del ritmo y del movimiento. - Facilitar los movimientos de marcha, coordinación, lateralidad y equilibrio. 	2º Etapa	23/10 7º sesión 29/10 8º sesión
Expresión a través de ejecución y canto de instrumentos al ritmo de una tonada.	Primero llevan el ritmo de una tonada, luego cantan en conjunto a los terapeutas canción "El pastel".	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la expresión. - Potenciar la coordinación a través del ritmo y del movimiento. 	2º Etapa	23/10 7º sesión

Expresión a través de instrumentos musicales	Se expresan tocando instrumentos al ritmo de blues interpretado por el terapeuta. Luego se les pide que toquen instrumentos por turnos y luego todos juntos.	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la expresión. - Estimular la atención y la concentración 	2º Etapa	29/10 8º sesión
El viaje de los niños navegantes.	Imaginería que abarca toda la sesión. Se les invita a imaginar y representar que son niños navegantes que navegan por los mares en busca de tesoros. Tienen que ir de Isla en Isla, desarrollando distintos juegos y actividades para al final recibir un tesoro que se llevan a sus hogares.	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la imaginación, fantasía y creatividad - Fomentar la expresión. - Potenciar la coordinación a través del ritmo y del movimiento - Favorecer la expresión de emociones 	3º Etapa	05/11 10º sesión
Reconocer las voces de los miembros del grupo	Tapamos los ojos de cada uno del los miembros del grupo con una venda y cantamos la canción hecha para esta ocasión "quien soy". Luego cada niño es invitado a preguntar su propio nombre a otro compañero, primero con voz normal y luego cambiando la voz	<ul style="list-style-type: none"> - Discriminar sonidos y ubicación espacial - Discriminar sonidos y ubicación espacial 	3º Etapa	20/11 11º sesión
Improvisando un cuento sonoro.	Se invita a los niños a continuar un cuento iniciado por los terapeutas	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la expresión de emociones - Facilitar la imaginación, fantasía y creatividad 	3º Etapa	20/11 11º sesión
Baño sonoro	Acostados en el piso, los niños reciben sobre sus cuerpos los sonidos de diversos instrumentos que primero ejecutan los terapeutas y luego ellos nos ayudan a entregar sonidos a sus compañeros	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la relajación y el vínculo - Propiciar la entrega y la recepción de sonidos entre los integrantes del grupo. 	3º Etapa	20/11 11º sesión
Verbalizar como se sintieron durante la semana.	Se invita a los niños a contarnos como se sentían, y qué habían hecho durante la semana después de la	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la expresión de emociones 	3º Etapa	27/11 12º sesión

	sesión			
Cuento sonoro contextura.	Los terapeutas relatan un cuento sonoro. Para ello los niños deben estar vendados. Ellos a medida que van apareciendo elementos en el cuento, tienen que ir tocando distintos elementos que les va pasando el coterapeuta, como ramas de árboles, flores, pasto, piedras, los cuales representan los elementos que contiene el cuento.	- Facilitar la percepción auditiva, táctil y kinestésica.	3º Etapa	03/12 13º sesión
Recepción de regalo musical de los terapeutas.	Los terapeutas improvisan una música a modo de regalo en la última sesión. Ellos escuchan y luego interactúan con instrumentos.	- Favorecer la expresión de emociones	3º Etapa	03/12 13º sesión
Canción de despedida	Cantan junto a los terapeutas canción de despedida la cual contiene sus nombres y de los terapeutas.	- Crear vínculo entre terapeutas y pacientes. - Consolidar estructura para facilitar un ambiente terapéutico conocido y amable para los niños	1º Etapa 2º Etapa 3º Etapa	Todas las sesiones

A continuación clasificaré y describiré algunas actividades en relación a:

- A. Ubicación espacial y lateralidad
- B. Movimiento corporal y juego.
- C. Relajación y conciencia corporal
- D. Expresión emocional
- E. Fantasía y creatividad

A. Actividades de ubicación espacial y lateralidad.

A.a. Nombre: “Lateralidad, orientación en el espacio y discriminación sonora”

Objetivos:

- Potenciar la ubicación espacial y la discriminación de sonidos.
- Estimular la atención y la concentración

Sesiones en que fue realizada: Segunda, tercera, sexta y octava sesión.

Nombre de niños y niñas que participaron: Virgina, Valentina, Renato, Joaquín, Felipe, Kevin.

Duración: 9 minutos

Descripción: Consiste en reconocer desde qué lugar proviene el sonido y el nombre del instrumento que lo produce. Para ello los niños se disponen sentados en la alfombra colocados en hilera todos mirando hacia el mismo lado. El terapeuta ejecuta el instrumento, mientras que el coterapeuta ayuda a los niños a mover sus extremidades en dirección a la fuente sonora.

Esta actividad la desarrollamos durante las tres etapas del proceso terapéutico. Las primeras dos sesiones, sólo la orientamos a potenciar la ubicación espacial de la fuente sonora. Le pedíamos a los niños que nos digieran si el sonido provenía de delante o de atrás de ellos, después si venía desde la izquierda o la derecha de ellos y luego si venía el sonido desde abajo o arriba de su cuerpo. Al pedirles que nos dieran tanta información con respecto a la fuente del sonido durante una misma actividad, se producía mucha confusión por parte de los niños de forma 1, incluso algunas veces de los de forma 2.

Entonces las otras dos últimas sesiones en que las efectuamos, sólo preguntamos a los niños si la fuente del sonido venía de delante o de atrás de ellos, lográndose así con conformidad la actividad.

Otra de las dificultades que pudimos apreciar era que los niños con baja visión tendían a mirar la fuente de emisión del sonido. Ante ello trajimos vendas para sus ojos, logrando así una mayor concentración y efectividad de la actividad.

También ya la tercera vez que realizamos la actividad, un niño de forma 2, Kevin, al resultarle muy fácil lograr distinguir y reconocer lo que le estábamos pidiendo, perdía la concentración rápidamente, ante lo cual le pedimos que el ejecutara un instrumento para que sus compañeros distinguieran de dónde provenía.

Por último, la última vez, les pedimos a los niños que asociaran la fuente sonora con los personajes de un cuento sonoro que habíamos interpretado antes de la actividad. Entonces los niños de forma 1 repetían lo que Kevin un niño de forma 2, asociaba con mucho entusiasmo. Propiciándose con satisfacción la asociación mediante la asociación.

B. Actividades de movimiento corporal y juego.

B.a Nombre: “Ronda”

Objetivos:

- Potenciar la seguridad física a través del ritmo y del movimiento
- Propiciar un ambiente lúdico y recreativo.

Sesiones en que fue realizada: Quinta, sexta y duodécima sesión

Nombre de niños y niñas que participaron: Valentina, Renato, Kevin, Felipe, Virginia, Ignacio.

Duración: 6 minutos

Descripción: Se les propone a los niños tomarse de las manos y en conjunto a los terapeutas cantar y bailar una ronda, ejecutando los movimientos que la letra de ella propone.

Esta actividad la desarrollamos en la segunda y tercera etapa del proceso terapéutico. Tiene la propiedad en si misma del juego, ya que la actividad otorga un ambiente lúdico y recreativo.

Los niños demostraron mucha gratificación al realizarla. Logró cohesionar al grupo en una sesión en que los niños llegaron dispersos por algunas discusiones que habían tenido dos miembros del grupo durante el horario de recreo. A pesar de ser un grupo heterogéneo en características, todos participaron con gran entusiasmo, divirtiéndose mucho y logrando la gran mayoría satisfactoriamente las instrucciones que la ronda proponía, como por ejemplo tomarse de las manos, saltar en un pie, agacharse para luego bailar.

Los niños a medida que van aprendiendo la letra de la ronda, van logrando coordinación y seguridad en los movimientos que ella propone y también fue aumentando la seguridad y la afinación de los niños de forma 2, no así en los niños de forma 1, pero ambos grupos mostraron una mayor cohesión en los movimientos así como en el disfrute de la actividad.

Es importante señalar que es indispensable que los terapeutas ayuden a los niños en algunos movimientos que les son dificultosos, pues tienden a no flexionar las rodillas al agacharse, o no efectuar la media vuelta que se pide que efectúen. El coterapeuta ayuda flexionando y moviendo la parte del cuerpo que requiere la acción, para poder así suplir la falta de imitación y postura incorrecta que algunos niños presentan, producto del impacto de la discapacidad visual en su desarrollo psico-motor.

Por último debo agregar que las dos veces que realizamos esta actividad no asistió Joaquín, quien además de su discapacidad visual presentaba diplejía, ante lo cual se desplaza en silla de ruedas. Luego, cabe señalar que es indispensable incorporar en las actividades corporales a las personas con discapacidad de movimiento, en conjunto a los implementos que los ayudan a subsanar estas discapacidades, tales como sillas de ruedas, muletas, prótesis, andador, etc.

B.b Nombre: “Juego de caminar lento y rápido al ritmo de la música”.

Objetivos:

- Potenciar la seguridad física a través del ritmo y del movimiento
- Propiciar un ambiente lúdico y recreativo.

Sesiones en que fue realizada: Séptima y octava sesión.

Nombre de niños y niñas que participaron: Ignacio, Renato, Felipe, Joaquín y Virginia.

Duración: 5 minutos

Descripción: Se les propone caminar por el setting, luego se les invita a caminar rápido por todo el espacio acompañado de música sin chocar entre ellos, luego se les invita a caminar muy lento acompañados de música

Esta actividad fue desarrollada en la segunda etapa y al igual que la anterior crea un ambiente lúdico. Este tipo de actividad es muy sencilla de realizar y da la oportunidad además de desarrollar lo recreativo con los niños, de propiciar un espacio seguro donde los niños puedan afianzar la seguridad a sus movimientos tanto de marcha como de postura.

En esta actividad participó Joaquín en su silla de ruedas, el cual era conducido por Renato que posee visión residual. Manifestaron gran conexión y disfrute ante la actividad.

Felipe participó de esta actividad acompañado de uno de los terapeutas, pudiéndole brindar la oportunidad de correr con seguridad, para luego contrastar esta acción con movimientos de marcha lentos. Cabe destacar, que faltó potenciar más el correcto movimiento de marcha en Felipe, tomando en consideración que caminaba con las piernas abiertas hacia los lados y con inseguridad.

C. Actividades de relajación y conciencia corporal.

C.a Nombre: “Relajación y auto percepción corporal”.

Objetivos:

- Potenciar el control de la respiración y tensión muscular.
- Favorecer la relajación.
- Fomentar la conciencia corporal.

Sesiones en que fue realizada: Séptima, octava, novena y duodécima sesión.

Nombre de niños y niñas que participaron: Ignacio, Renato, Felipe, Joaquín, Virginia y Kevin.

Duración: 10 minutos

Descripción: Se invita a los niños a recostarse cómodamente sobre la alfombra mientras se oyen sonidos envasados de olas en el mar .Un terapeuta improvisa suaves acordes y el otro comienza a relatar un inventario corporal siempre incorporando la atención en la respiración, la música y los sonidos. El inventario va acompañado con la consigna de apretar cada parte del cuerpo que se va mencionando para luego soltarla.

Esta actividad se realizó en la segunda y tercera etapa de nuestro proceso terapéutico. Esta es una de las actividades mejor recibida por los niños que participaron en ella. La relajación propicia a que el niño pueda tomar conciencia y control de su respiración, esto a su vez le facilita una mayor concentración que le permite luego conectarse con su imagen y sensación corporal, de una manera más conciente y pausada, a través del inventario que hace énfasis en la tensión y relajación de los músculos.

Es necesario que el terapeuta que lleva el inventario logre advertir si hay algún integrante que aún le falta tiempo para alcanzar la relajación, concentración y manejo de la respiración, ya que

no todas las personas tienen los mismos tiempos y en los niños también puede aparecer la falta de atención y concentración ante las consignas señaladas.

Otro factor a considerar en esta actividad, es que si se va a ocupar sonidos de agua o música en la que aparecen estos sonidos, estos no alteren a ninguno de los niños o personas que están escuchándola, ya que puede haber la posibilidad que a alguno le traiga incomodidad e intranquilidad. Esta experiencia fue recogida del trabajo con los niños de atención individual

Por último debo señalar que la relajación logró cohesionar al grupo, y provocó un cambio de ritmo corporal e interno en todo el grupo en una sesión en que estaban bastante dispersos e inquietos así como la visible baja en el tono muscular y el ritmo de la respiración que fue guiada por el ritmo de la música y el ritmo del habla del terapeuta.

D. Actividades de expresión emocional.

D.a Nombre: “Improvisando un cuento sonoro”

Objetivos:

- Favorecer la expresión de emociones
- Facilitar la imaginación, fantasía y creatividad

Sesiones en que fue realizada: Décimo primera sesión.

Nombre de niños y niñas que participaron: Renato, Kevin, Ignacio, Valentina y Virginia.

Duración: 15 minutos

Descripción: Se invita a los niños a continuar un cuento sonoro de forma verbal iniciado por los terapeutas. Este cuento situó la primera escena en una plaza que tenía juegos de fierro y madera, luego se les da la palabra a los niños.

Esta actividad se desarrolló en la sesión número once en la tercera etapa. Los niños mostraron gran creatividad, si embargo, Kevin un niño de forma 2, interrumpía y poco escuchaba a las improvisaciones de los compañeros. Sí logramos percibir el mundo interior de Ignacio, que en su relato hablaba de niños normales que jugaban en una plaza. Se vislumbró además la presencia exacerbada de la televisión con su ficción y agresividad, que quizás a veces llega a ser parte del mayor segmento de la generación actual de niños. También nos llamó la atención la proyección de Valentina, cuando se le preguntó: ¿Qué más había en el cuento?, ella respondió: un niño enfermo, repitiéndolo varias veces.

Esta actividad permite que el niño proyecte su mundo interno a través de la construcción de una historia por parte de él, estimulado por los sonidos. La idea es que el terapeuta contenga lo que van proyectando los niños mediante sonidos que acompañen sus relatos, de esta forma el niño puede sentirse acompañado y escuchado.

Ignacio termina la actividad diciendo que: llegaron los niños y ayudaron al niño que estaba enfermo. De esta manera también se vislumbra el poder curativo y contenedor que tiene el trabajo grupal.

D.b Nombre: “Verbalizar cómo se sintieron durante la semana”

Objetivos:

- Fomentar la expresión de emociones

Sesiones en que fue realizada: Décimo segunda sesión.

Nombre de niños y niñas que participaron: Renato, Kevin, Ignacio, Valentina y Virginia.

Duración: 10 minutos

Descripción: Al comienzo de la sesión se invita a los niños a contarnos cómo se sintieron durante la semana.

Esta actividad se desarrolló la última sesión antes de la sesión de despedida. Al igual que la anterior, está orientada a que el niño exprese su mundo emocional interno. Se logró brindar el espacio para que el grupo pudiera expresar lo que traía. Por una parte Kevin comentó sobre un video juego y sus personajes demostrando la admiración que tiene por uno de ellos; Valentina e Ignacio hablaron de la comidas que habían comido y les gustaba.

Consideramos que la actividad facilitó el espacio para que los niños pudieran compartir con nosotros hechos concretos de su vida diaria, lo cual creemos les otorga contención, seguridad y confianza en el espacio terapéutico. Esta actividad no se efectuó antes, pues mi compañero y yo no la habíamos considerado como actividad propiamente tal, no obstante, la supervisión nos otorgó la confianza para poder efectuarla.

E. Actividades que propician la fantasía y creatividad.

E.a Nombre: “Imaginería la semilla”.

Objetivos:

- Facilitar la imaginación, fantasía y creatividad
- Favorecer la relajación.
- Fomentar la consciencia corporal.

Sesiones en que fue realizada: Séptima y octava sesión.

Nombre de niños y niñas que participaron: Ignacio, Renato, Felipe, Virginia y Joaquín.

Duración: 10 minutos

Descripción: Se invita a los niños a ponerse en una posición de lado en el suelo, simulando ser una semilla. Luego se les invita a imaginar que la semilla empieza a florecer para comenzar a convertirse en un árbol, gracias a los nutrientes recibidos por la tierra y el calor del sol. Le pedimos que levanten una mano simulando ser el primer brote de semilla en busca del sol; poco a poco se les invita a sentir que esta semilla, empieza a convertirse en un árbol. Primero se

sientan, imaginando que son un arbolito en busca del sol con las ramas hacia arriba, hasta convertirse en un árbol grande, el cual, se mueve con el viento lento y despacio, y fuerte y rápido.

El comienzo de ésta es acompañado con sonidos de agua corriendo por un río y la improvisación de acordes de séptima y sexta, en la tonalidad de La mayor, por el terapeuta.

Fue desarrollada en la tercera etapa del proceso terapéutico. Debe realizarse después de una relajación con inventario corporal, para potenciar la concentración del niño, y así poder sumergirse de lleno en la fantasía que otorga la imaginería. Los niños reciben de manera muy grata la actividad y las dos veces que se realizó se logró satisfactoriamente. Es indispensable que los terapeutas ayuden a los niños a conseguir los movimientos que esta actividad plantea. En esta actividad participó Joaquín, el cual en toda la actividad fue ayudado por el coterapeuta.

Esta actividad, al igual que las otras actividades corporales da cohesión al grupo y les produce enorme alegría, y es una muy buena forma de canalizar la energía que traen a la sesión, además de una manera de poder bajar el tono muscular y el ritmo de la respiración favoreciendo la relajación y modulación de la energía corporal.

E.b Nombre: “El viaje de los niños navegantes”

Objetivos:

- Facilitar la imaginación, fantasía y creatividad
- Potenciar la coordinación a través del ritmo y del movimiento
- Fomentar la expresión de emociones

Sesiones en que fue realizada: Novena y décima sesión

Nombre de niños y niñas que participaron: Kevin, Renato, Virginia, Valentina e Ignacio.

Duración: 40 minutos

Descripción: Se les invita a imaginar y representar que son niños navegantes que viajan por los mares en busca de tesoros. Tienen que ir de Isla en Isla, desarrollando distintos juegos y actividades para al final recibir un tesoro que se llevan a sus hogares.

Esta actividad se desarrolló en la tercera etapa del proceso terapéutico. Es una imaginaria que dura toda la sesión.

Comenzamos el viaje invitándolos a subir a un barco, el cual, lo simulamos con dos sábanas amarradas; Colocamos música preparada para la introducción, y uno de los terapeutas narra la introducción a este viaje, y los invitamos a moverse por el espacio pidiéndoles que se imaginen y representen lo que se va narrando:

Los niños llevaban meses navegando en los mares del océano. Han tenido que enfrentar tormentas, días muy calurosos, enfrentar fuertes y suaves vientos que mecían su barco. Tuvieron que enfrentar a piratas y criaturas marinas, sin embargo, han salido victoriosos. En los días con sol saltaban al agua a nadar en el mar. Ellos iban en este viaje buscando algo: ¿Qué buscan los niños navegantes y aventureros? Van a visitar islas buscando tesoros mágicos.

Luego, los llevamos a imaginar que nos encontramos en el primer puerto donde comenzará nuestro viaje. Los invitamos a subir al barco y cantar la canción “Los niños navegantes”, la cual incluye, movimientos de manos y aplausos. Luego, los invitamos a imaginar que llegamos a la primera isla donde habita un “enano”, el cual nos entregará el primer collar mágico que nos permitirá al final cambiarlo por un tesoro. Les decimos que este “enano” nos pide que cantemos una canción imaginándonos que somos unos enanos y que hagamos lo que dice la canción. Cantamos la canción “El enano”⁷⁵ mientras los niños caminan en agachados imitando que son éste personaje y luego se acuestan en el piso simulando que duermen. Les decimos que el enano nos ha dejado el primer collar y se los pasamos.

Nuevamente los invitamos a subirse al barco y cantar la canción principal de esta imaginaria “Los niños navegantes”, la cual contiene esta vez movimientos de pie y zapateo. De pronto le

⁷⁵ Fuentes. G. Andrea, Valdivieso. R. M^a de los Ángeles, Sigren. B. Valeska. “Comunicantando. Una guía de estimulación de lenguaje y audición para niños, sus padres y educadores” Corporación Comunica. Chile 2008. pag 57.

decimos que apareció un delfín y hay que seguirlo, el cual es representado por la guitarra. Les decimos que hemos llegado a la segunda isla, la “Isla del Puente”. Los invitamos a pasar entre medio de unas sillas cantando la canción “El tambor”⁷⁶, para al final tocar tres veces el tambor que tiene uno de los terapeutas, para así conseguir el segundo “collar mágico”. Al terminar esta actividad les decimos que se han ganado el segundo “collar mágico” y les pasamos un segundo collar hecho por nosotros.

Luego los invitamos a subir al barco y cantar la canción “Los niños navegantes” la que incluye esta vez movimiento del barco.

Por último los invitamos a imaginar que llegamos a la “Isla de los niños”, donde se encuentra el tesoro. Para conseguir el último “Collar mágico”, le decimos que los niños que viven en esta isla nos piden que adivinemos como son ellos y como se sienten estos niños que viven en la isla, respetando cada uno su turno al adivinar. Luego, después los invitamos pasar por un túnel para llegar al tesoro. Tienen que pasar por él mientras suena la música, y si para, deben quedarse adentro esperando que vuelva a sonar para poder salir de él. Al final de esta actividad le entregamos el último collar mágico, el cual deberán cambiarlo en conjunto a los otros dos collares por el tesoro que le otorgamos cuando ellos los han dejado al medio del setting acompañados de una tonada que describe la acción.

Creemos que esta actividad es muy completa, pues posee la fantasía que otorga el juego, propicia la creatividad, la expresión corporal, el trabajo con canciones, la representación teatral, el movimiento corporal dirigido, la relajación y el uso receptivo de la música.

Para poder favorecer la emocionalidad de los niños, les pedimos que en la “Isla de los niños” ellos adivinaran como eran y se sentían los niños que vivían en la isla, con el fin de que ellos proyectaran su mundo interior en las características de dichos niños. No obstante, en las dos ocasiones que desarrollamos esta actividad, los comentarios fueron muy escuetos y no entregaron proyecciones significativas.

⁷⁶ Fuentes. G. Andrea, Valdivieso. R. M^a de los Ángeles, Sigren. B. Valeska. “Comunicantando. Una guía de estimulación de lenguaje y audición para niños, sus padres y educadores” Corporación Comunica. Chile 2008. pag 64

Otra de las consideraciones que obtuvimos de esta actividad en el proceso terapéutico, fue que es una actividad bastante larga que implica mucha energía física y concentración por parte de los niños, ante lo cual no es favorable repetirla a la sesión siguiente de haberla realizado, ya que es posible que algún participante pierda concentración o entusiasmo en la actividad por el hecho de agotarse el elemento sorpresa que trae intrínseca esta actividad.

Durante las dos veces que realizamos la actividad pudimos notar que hubo mucha alegría e integración de los niños al navegar en el bote. Notamos una evidente disminución de la ansiedad por parte de Kevin, quien en muchas ocasiones se mostró inquieto y ansioso, sin embargo, en esta actividad disfrutó de igual manera que sus compañeros integrándose muy bien al grupo.

Es indispensable que la canción principal sea reiterativa, con un antecedente y consecuente corto, para así propiciar la posibilidad de memorizarla fácilmente, y así potenciar la interacción y confianza durante toda la sesión, como también para poder evaluar el efecto de la actividad en el grupo.

F. Actividades de percepción táctil y kinestésicas.

F.a. Nombre: “Cuento sonoro con texturas”

Objetivos:

- Facilitar la percepción auditiva, táctil y kinestésica.

Sesiones en que fue realizada: Décimo tercera sesión. (Sesión de cierre)

Nombre de niños y niñas que participaron: Ignacio, Renato, Virginia y Kevin.

Duración: 10 minutos

Descripción: Los terapeutas relatan un cuento sonoro. Para ello los niños deben tener los ojos vendados. Ellos a medida que van apareciendo elementos en el cuento, tienen que ir tocando

distintos componentes que les va pasando el coterapeuta, como ramas de árboles, flores, pasto, piedras, los cuales representan los elementos que contiene la historia.

Esta actividad se desarrolló en la sesión de cierre del proceso, puesto que el cuento sonoro fue un momento del proceso terapéutico en que los niños demostraron mantener la atención y un gran disfrute cuando éste se desarrollaba, así como también nos daba la posibilidad de evaluar como reaccionaban a los sonidos producidos en la musicalización del cuento. A medida que se narraba el cuento, los niños tocaban los elementos que les iba otorgando el coterapeuta, y tenían que ir describiendo las características de la textura de los objetos (si los elementos son suaves, ásperos, fríos, calientes, grandes, chicos, etc.), pero por ningún motivo mencionar el nombre del objeto.

En esta actividad pudimos percibir que los niños que poseían visión residual tendían permanentemente a sacarse la venda de los ojos para poder mirar, no obstante, a medida que avanzaba la actividad se fueron acostumbrando y decían de inmediato las características de los elementos que iban tocando. Notamos que es primordial repetir varias veces la consigna de la actividad y comprobar si los niños la entendieron. Otro punto de mucha relevancia es la disposición de ellos en el setting. Es primordial que estén bien juntos para poder pasarse entre ellos los objetos de manera más expedita. Además es rescatable la atención que otorgan a los sonidos producidos en la musicalización que además de propiciar la concentración relajan el tono muscular.

3. Dificultades presentadas en algunas actividades.

La actividad “percutir los nombres personales con ritmos” para luego reconocerlos sólo por el ritmo, fue una actividad que las dos veces que la realizamos, los niños de forma 1 nunca respondieron conforme a lo que se pedía y los niños de forma 2 se desmotivaban con facilidad, lo cual provocaba desorden y esparcimiento de los niños por el setting. Esto pudo producirse porque no se logró consensuar los ritmos que iban surgiendo de los miembros del grupo. Es entonces fundamental que el musicoterapeuta busque ritmos sencillos y característicos de cada nombre de los miembros del grupo, con el fin de poder ser ejecutados y reconocidos con facilidad.

Otra actividad que no se logró en conformidad fue la actividad “cuento sonoro con ejecución de instrumentos” que se realizó al final de la sexta sesión, encontrándose los niños cansados y ya con baja concentración. Se agregó a ello que nosotros no pusimos límite a Kevin que durante toda la actividad golpeó un tambor con una intensidad alta, interrumpiendo la actividad constantemente. Para este tipo de actividades se recomienda ocupar instrumentos que no puedan provocar altas intensidades, para así no opacar la expresión instrumental de ninguno de los miembros del grupo. Cabe señalar, que el cuento sonoro funcionó exitosamente durante el proceso terapéutico al comienzo de la sesión y con los instrumentos adecuados

4. Uso de protocolos y fichas para evaluación y planificación de sesiones. Ver anexos.

Tanto la planificación de las sesiones como la evaluación de éstas se llevo acabo en un protocolo que era preparado antes de cada sesión y terminado después de efectuarse lo planificado. Este protocolo era revisado sesión a sesión por nuestra profesora guía la cual nos hacía las correcciones pertinentes y sugerencias para nuestro trabajo terapéutico.

IV. Aprendizajes personales

1. Importancia de la entrevista a padres para sesiones grupales.

Durante el proceso musicoterapéutico desarrollado, pude darme cuenta de lo fundamental que son las entrevistas a los padres o adultos responsables del menor, por una parte para poder obtener información sobre la conducta, gustos, miedos y hábitos propios del niño, como también conocer el rol y vínculo que tienen sus familiares con el desarrollo del niño.

Nosotros no hicimos entrevistas a los padres o apoderados del grupo terapéutico, sí las hicimos a los apoderados de los casos individuales. Esa entrevista me otorgó datos importantes que no aparecían en la ficha que poseía el establecimiento sobre Sebastián, el cual traté individualmente. Pude conocer a través de la entrevista con su madre, rechazos específicos de Sebastián hacia sonidos que para la mayoría de las personas son agradables.

De lo anterior pude percatarme que hubiera sido de gran utilidad para complementar nuestro proceso terapéutico esta entrevista a los padres de cada niño del grupo terapéutico, creo que estos datos pueden otorgar antecedentes que beneficien desde un comienzo la planificación de actividades.

Creo que siempre se debe tomar en consideración esta entrevista con su correspondiente ficha sonora y anamnesis antes de cada intervención grupal que haga un profesional de la musicoterapia, ya que puede otorgar antecedentes tan relevantes como una ficha médica diagnóstica.

2. Importancia de la supervisión

La supervisión fue clave en nuestro proceso como terapeutas, ya que nos entregó las directrices para desarrollar el abordaje terapéutico. Nos invitaba después de cada sesión a reflexionar y a obtener una visión acabada sobre nuestro desempeño al interior de ésta, y a vislumbrar aspectos que algunas veces no eran percatados por nosotros, debido a que muchas veces traemos formas

de actuar muy incorporadas. Además la supervisión nos entregaba una visión no comprometida con el vínculo, lo cual nos expandía la visión metodológica de trabajo.

Nos corroboraba o corregía los lineamientos que íbamos trazando semana a semana junto a mi compañero, en cuanto a actividades y tiempos en el desarrollo de éstas. Examinábamos los protocolos y fragmentos de videos, para así dilucidar dudas que no alcanzábamos a resolver. Aprendí que en la sesión siempre van aparecer aspectos trasferenciales, que uno no va alcanzar a incorporar y ahí es la función primordial de la supervisión, la cual entrega observaciones que no están cargadas de dicho aspecto, enriqueciendo así la metodología.

3. La estructura en sesión.

Resulta importante entender que en el trabajo musicoterapéutico con niños, es de primera necesidad entregar confianza y comodidad a éste en sesión, lográndose esto a medida que el niño se familiariza con el espacio terapéutico, conoce las actividades y va entendiendo lo que se realiza semana a semana. Por eso es importante ir forjando estructuras mediante el establecimiento de actividades al inicio y el cierre de éstas, como por ejemplo las canciones de saludo y despedida, las cuales estarán presentes en todo el proceso terapéutico. Lo anterior va otorgando conocimiento al niño de las actividades, éste las reconoce, las participa y las incorpora como propias, otorgándole seguridad y límites conocidos del tiempo terapéutico en este proceso. Para propiciar un ambiente conocido al niño que participa en el proceso, es necesario ir repitiendo en cada nueva sesión, actividades ocupadas en sesiones anteriores, incorporando una o dos actividades nuevas a ésta.

4. Importancia de objetivos para la sesiones

Conformemente al proceso terapéutico realizado y a las supervisiones, comprendí que hay que orientar las sesiones a dos o tres objetivos por cada una de ellas. Esto ayuda a focalizar mejor la atención en las respuestas que los niños dan a una actividad, además facilita un mejor análisis metodológico de cada sesión y un desarrollo paulatino de las habilidades y competencias que el niño trabaja en el proceso terapéutico.

5. El desarrollo de etapas en el trabajo terapéutico con niños.

En el trabajo que realizamos pudimos distinguir que nos sirvió enormemente trabajar las sesiones en función de los objetivos que los niños fueron cumpliendo. En un comienzo trabajamos en función de los objetivos vinculares-sociales y de estructura y diagnóstico. Una vez conseguido estos objetivos pudimos pasar a una siguiente etapa y trabajar objetivos orientados al desarrollo de habilidades cognitivas-motoras. Luego de trabajar estos objetivos pudimos recién empezar a desarrollar la siguiente etapa de actividades directamente relacionadas con la emocionalidad del niño, creatividad y fantasía, aspectos que no hubiera sido conveniente trabajar antes del proceso vincular y cognitivo motor, ya que consideramos que siempre es conveniente trabajar ante todo el vínculo, condicionar la estructura de trabajo, para luego ir paulatinamente desarrollando aspectos de la cognición y la emocionalidad del niño.

Debo señalar que en el proceso desarrollado con los niños, hubiera sido favorable y de gran importancia trabajar posterior a la formación del vínculo terapéutico, la emocionalidad, y no haber esperado hasta las últimas sesiones para abordarla. Esto sucedió, pues no me sentí seguro y con herramientas suficientes para poder trabajar, en aquellos momentos, ese aspecto sumamente importante en la construcción y desarrollo de una persona; más tarde descubrí a medida que se desarrolló el proceso, que, como señalé anteriormente, el terapeuta debe contener lo que van proyectando los niños en relación a aspectos de su emocionalidad, mediante sonidos analógicos que acompañen su relato, de esta forma el niño o los niños pueden sentirse acompañados y escuchados.

6. Experiencia del rol terapeuta y coterapeuta

En un comienzo yo manifesté resistencia al trabajo que íbamos a realizar, ya que no estaba dentro de mis expectativas trabajar con niños de la edad de nuestros pacientes. Trajo conmigo inseguridades y tensiones, que se vieron reflejadas en las primeras sesiones grupales. En el aspecto contratransferencial, se me notaba rígido y muy susceptible a la falta de respuestas de los niños, producida a veces por falta de claridad en las instrucciones que dábamos para realizar una actividad, o por errores u olvidos en las letras de canciones que ocupábamos en nuestras actividades. Esta tensión y rigidez incidía en la proyección de disfrute de mi persona en sesión.

Paulatinamente comencé a visualizar esas defensas y debilidades en mí, en seguida pude superarlas e ir consolidando un mejor desempeño, con un comportamiento más relajado y seguro de mis capacidades.

Por otra parte creo que no me costó desvincularme del rol y la actitud de profesor que tengo asimilada, pues gran parte de mi vida laboral la realizo cumpliendo este trabajo, no obstante, algunas veces me vi sobrepasado a la hora de poner límites cuando Kevin interrumpía o no conseguíamos que se incorporara al grupo. Creo que esto se produjo en gran medida al miedo que tenía yo de poner restricciones y poder emular de alguna medida el rol formador que tengo incorporado como profesor. Esto me limitó y sentí en esos momentos que no tenía herramientas para contener ese tipo de conductas, sino ocupando herramientas desde el ámbito del educador, el cual marca bien los límites conductuales, mediante instrucciones concretas que verbalizan la acción que no debe realizarse. No obstante, como señalaré posteriormente, poner límites en terapia también es un aspecto esencial del encuadre terapéutico, aspecto que reconocí gracias a la supervisión, así pues, incorporé, que la diferencia entre el rol de educador y rol terapeuta, radica fundamentalmente en el enfoque de los objetivos que se presentan en el proceso terapéutico. Este proceso debe comprenderse como un todo, del cual van emergiendo necesidades que orientan los lineamientos a seguir...los objetivos, nunca perdiendo de vista que la terapia es un proceso vivencial y no una suma de módulos de actividades, en el cual los límites deben estar presentes y los objetivos deben emerger de la particularidad del proceso del grupo humano con el cual se trabaja.

En las ocasiones que se produjo lo anteriormente señalado, invitaba al niño a que se reincorporara o que realizara la conducta idónea para que funcionara una actividad, evitando las frases como “no hagas esto”, lo cual me llevo a no poder conseguir una respuesta favorable y establecer límites, que son fundamentales en el vínculo con el niño, puesto que tenía miedo de mezclar roles, como señalé anteriormente. Esa transferencia no la pude canalizar cuando ocurrió. Luego, después de conversaciones en supervisión, en cuanto a los límites que se deben establecer, aprendí que algunas veces un “no” puede ser válido desde el punto de vista terapéutico. Además también creo que debí buscar en esas ocasiones un tercer objeto para poder romper con la ansiedad que en alguna medida esa transferencia producía, por ejemplo haber utilizado un instrumento, una canción o un juego corporal para consolidar el límite requerido.

Otro aspecto en nuestro trabajo fue el establecimiento de los roles de terapeuta y coterapeuta. Faltó definir claramente los roles durante las dos primeras etapas del proceso. Esto nos jugó en contra algunas veces a la hora de enunciar las consignas, pues ambos reiterábamos las consignas, produciéndose redundancia en las instrucciones. Además en ocasiones no definimos quién guiaba la actividad y quien tenía que ayudar a los niños a realizar algunas acciones, manifestándose en que los dos hacíamos ambas funciones, faltando en algunos momentos focalización de roles, de observación y orden en las actividades, lo que produjo en estos casos perder de vista la contención de Felipe y Virginia, niños que requerían de mayor trabajo y atención personalizada, trabajo esencialmente coterapéutico.

Una vez que logramos definir bien los roles, lo hicimos definiéndolos por actividades, de manera que en algunas actividades yo cumplía el rol de coterapeuta y en otras, las guiaba en conjunto que tocaba instrumentos cumpliendo el rol de terapeuta. Me sentí bien cómodo en el rol de terapeuta, dirigiendo las actividades, no obstante, siento que me falta depurar el lenguaje y ser más conciso a la hora de dar consignas. Creo que me faltó explorar aún más el aspecto coterapéutico y la observación, pues, como mencioné anteriormente los roles los definimos con satisfacción en la tercera etapa y me acostumbré principalmente a guiar, producto de mi primera profesión. También debí propiciar un ambiente lúdico y de expresión emocional una vez trabajado el vínculo al interior del proceso, aspecto que comprendo ahora en la maduración del proceso, así como también creo que faltó trabajar más las posturas corporales de algunos miembros del grupo que por su discapacidad no estaban bien logradas.

Por otro lado, creo que una de mis fortalezas y que contribuyó a mi proceso como musicoterapeuta, es que fui una persona enseñable, que aprovechó las críticas para construir, y siempre estuve llano a recibir sugerencias respecto a los trabajos que realizamos, lo cual me ayudó a enriquecer constantemente mi trabajo. Siento que gracias a la profesión docente que traigo, me he adjudicado dominio de grupo y seguridad para trabajar con éstos, esto me lleva a no perder el control ni a desesperarme cuando ocurrieron hechos no previstos, brindando contención al grupo. Siento además que fui creativo a la hora de buscar respuestas a necesidades metodológicas, ya sea a la hora de crear música o de proponer una actividad; fui reflexivo y comunicativo, lo cual creo que potenció mi desempeño al interior del equipo de trabajo conformado por mi compañero, nuestra supervisora y yo.

Al finalizar el proceso terapéutico, en conjunto a madurar la experiencia vivida, puedo reconocer mis aprendizajes antes señalados, me doy cuenta que logramos hacer un trabajo sistemático, comprometido, con mucha responsabilidad y cariño. Que fui capaz de superar gran parte de las defensas que manifesté en un comienzo por no sentirme seguro de poder entregar un buen desempeño con los conocimientos que traía conmigo en un principio. Esto me ayudó a comprender que se debe trabajar desde las fortalezas que se posee, y en conjunto al trabajo ordenado y sistemático se va forjando y cultivando la experiencia y propiciando el proceso terapéutico.

VII. Conclusiones

Todo el proceso dio cuenta que logramos el objetivo de facilitar un ambiente lúdico y recreativo, evaluación que realizamos a través de las lecturas que hacíamos sesión a sesión del comportamiento y sonidos del grupo. Logramos establecer el vínculo con el grupo terapéutico, nos insertamos satisfactoriamente en el contexto educacional de los niños, complementando el trabajo que la institución realiza.

Fuimos capaces de trabajar la heterogeneidad del grupo, a pesar de sus diferencias, con actividades que fueron recibidas de buena manera por cada miembro, los cuales entregaron lo mejor de sí en función de sus posibilidades.

El desarrollo del proceso mediante el cumplimiento gradual de los objetivos, nos entregó la posibilidad de observar mejor cada etapa y visualizar si se estaba cumpliendo el plan de trabajo trazado en un comienzo del proceso, a medida que la sonoridad del grupo iba enriqueciéndose, mediante cantos alegres y ordenados, improvisaciones instrumentales con energía, disfrute y seguridad, así como también los movimientos corporales iban demostrando placer, cohesión y relajación, resultado de la vivencia del proceso terapéutico.

Pudimos advertir que las actividades en relación a la corporalidad, el juego y la relajación fueron las que tuvieron mejor acogidas por todos los miembros del grupo, otorgándole cohesión al grupo terapéutico.

El trabajo corporal en el proceso terapéutico dio cuenta de que los niños que poseen más limitaciones físicas, disfrutaban de sobre manera la realización de éstas, otorgándoles un espacio en que el niño se mueve libremente y con confianza, reforzando la seguridad en ellos mismos.

Las actividades de imaginación que facilitaban la creatividad y la fantasía de los niños son de gran importancia en el trabajo con niños con discapacidad, pues producen movimiento interno que compensa sus limitaciones. Además otorgan un espacio importante para que el terapeuta lo utilice para orientar al niño a proyectar su mundo interno, facilitándole así la tan necesitada

expresión emocional que muchas veces está impregnada de frustraciones propias del proceso de desarrollo de la discapacidad.

Por otra parte la utilización de instrumentos musicales por los niños con discapacidad visual, además de facilitar la expresión y la discriminación auditiva, nos entrega una herramienta poderosa para que el niño potencie su sentido táctil, a través de la diversidad de texturas y características físicas que los instrumentos poseen. El trabajo de la expresión corporal en el uso de instrumentos musicales, entrega al niño la posibilidad de ejecutar movimiento corporales seguros, que están al alcance de sus posibilidades, lo cual ayudan enormemente a que el niño establezca una imagen de su cuerpo en relación al espacio y al instrumento. Además la sonoridad, la música que va emergiendo de este proceso, resultado de la relación de los niños, la voz y los instrumentos, es el mejor indicador que tenemos nosotros como musicoterapeutas a la hora de evaluar el logro los objetivos trazados al interior de la terapia.

El proceso me entregó la posibilidad de poder observar cómo la música a través del ritmo, la intensidad y la agógica, otorga una herramienta esencial para trabajar los movimientos de marcha y postura, además de facilitar el trabajo de coordinación de movimientos. Creo que hubiera sido conveniente trabajar más aún estos ítems, gradualmente desde el comienzo de la primera etapa. Si bien éstos se trabajaron, faltó otorgarle más énfasis, desarrollo y continuidad, pudiendo esto contribuir de manera muy provechosa a los niños que presentaban mayor discapacidad visual, por ende mayor retraso en el desarrollo de la marcha y la postura, como fue el caso de Felipe, Virginia y Valentina.

Pudimos percibir que el “cuento sonoro con textura” es una poderosa actividad que en sí misma potencia diversos aspectos del desarrollo cognitivo del niño. Creo que deberíamos haberla realizado a partir de la segunda etapa y no sólo en la última sesión, al igual que las actividades que propiciaban la emocionalidad como ya he mencionado anteriormente.

El niño esencialmente se orienta al juego desde sus primeros años de vida. Este puede entregarle una posibilidad de experimentar el mundo real a través de la seguridad que éste facilita. Es primordial que el musicoterapeuta explote al máximo estas propiedades que el juego posee y que no escatime en tiempo a la hora de realizarlo en sesión, para desarrollar objetivos terapéuticos.

Nuestro trabajo nos mostró que el juego puede incorporarse fácilmente a actividades corporales, destacándose como ejemplo la realización de las “rondas” y la actividad “caminar lento- rápido”, pues estas actividades entregaron un ambiente lúdico y de mucho disfrute a los niños.

Este proceso nos mostró que niños como Joaquín, que además de su discapacidad visual poseía diaplejía, y Felipe que presentaba ceguera total además de su retraso cognitivo, pudieron participar y disfrutar de excelente manera de todas las actividades realizadas sin limitaciones, en virtud de las posibilidades que sus capacidades le otorgaban.

Destaco además lo importante que es desde el punto de vista metodológico el establecimiento de los roles de terapeuta y coterapeuta; estos bien diferenciados otorgan en conjunto a la supervisión, el suplemento para abordar la problemática musicoterapéutica, independiente de la discapacidad con la cual se esté trabajando. Es primordial una muy buena comunicación entre los miembros del equipo terapéutico para poder coordinar las funciones a realizar en relación a las fortalezas de cada uno, y así dar respuesta con satisfacción a las necesidades que la problemática presenta en si misma. También debo señalar que la falta de organización en la identificación del rol terapeuta coterapeuta en un comienzo del proceso conllevó en algunas ocasiones a perder la contención de niños como Joaquín y Virginia.

Esta experiencia demostró una vez más lo indispensable que es el trabajo musicoterapéutico con niños con necesidades especiales y la completa relación que tiene esta disciplina con el tratamiento del niño con discapacidad visual.

Antes de terminar debo mencionar que el proceso de estos dos años y medio como estudiante de musicoterapia, me enseñó que el musicoterapeuta debe aprender a distinguir cabalmente lo singular y único de las propiedades que esta disciplina posee en comparación a las demás disciplinas del área de la salud y la educación, y en relación a las distintas discapacidades con las cuales ésta trabaja, para que desde ahí el terapeuta pueda dar a conocer su función única y así integrarse de manera satisfactoria a un equipo multidisciplinario.

Por último quiero señalar que el proceso vivido en mi experiencia de práctica es uno de los procesos más significativos que he tenido en mi vida y es uno de los trabajos más bellos que la

vida me ha propiciado desarrollar... sin más que decir termino esta monografía y proceso de mi vida citando estas sabias palabras que me marcaron desde un comienzo de este proceso extraídas de un cuento que Gabriel Federico escuchó en un congreso en México y cita en su libro “El niño con discapacidad visual” : “Trabajar es servir: servir es vivir y vivir es amar, porque la vida se nos dio para eso. El que no vive para servir no sirve para vivir.

Si tienes un ángel en tu hogar o trabajas con uno, cuidalo y aprende de él, porque Dios te ha elegido a ti, no a él”.

VIII. Bibliografía

- Alonso. G, Jose. Lopez. C, Jesús. “Cuerpo de maestros: Audición y lenguaje. Volumen práctico”. Editorial Mad. SL. España. 2006
- Alvin, Juliette. “Música para el niño disminuido”. Editorial Ricordi Americana S.A.E.C., Buenos Aires. 1965
- Bonny. Helen, Savary. Louis. “La música y su mente” Edición en español. Editorial Edad Nueva Era, España. 1993
- Bruscia, Kenneth. Definiendo la Musicoterapia. Editorial Amarú, Salamanca, España. 1997
- Federico, Gabriel F, “El niño con necesidades especiales”. Editorial Kier. S.A., Buenos aires. 2007.
- Friedman. H, Harold. “Manual de diagnóstico médico”. Editorial Masson Doyma. México. 2004
- Fuentes. G. Andrea, Valdivieso. R. M^a de los Ángeles, Sigren. B. Valeska. “Comunicantando. Una guía de estimulación de lenguaje y audición para niños, sus padres y educadores”. Corporación Comunica. Chile. 2008.
- Lacárcel M. Josefa. “Musicoterapia en educación especial”. Editorial Universidad de Murcia. 1995
- Nickerson, Eileen y O’Laughlin, Kay. “El uso terapéutico de los juegos”. En: Schaefer, Charles y O’Connor, Kevin; Manual de terapia de juego Volumen 1. Editorial Manual Moderno, México. 2003
- Russell J.Love, Wanda G. Webb “Neurología para los especialistas del lenguaje y del habla”. Editorial Panamericana. España. 1998.
- Sánchez-Cano, Manuel, Bonals, Joan, “La evaluación psicopedagógica”. Editorial GIRAÓ, de IRIF, S.L, Barcelona. 2007.
- Schapira, Diego. “Musicoterapia Facetas de lo Inefable”. Editorial Enelivros. Río de Janeiro. Brasil. 2002
- Schapira. Diego, Ferrari Karina, Sánchez Viviana, Hugo Mayra. “Musicoterapia, Abordaje Plurimodal”. Editorial ADIM, Argentina. 2007

Artículos

- Alvarez-Peña, “Nueva Alternativa en el Manejo del Craneofaringioma Sólido Quístico: Bleomicina Intracavitaria más Resección Neuroendoscópica”. 1999. Recuperado el 10 de Julio de 2010 del sitio web http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v60_n4/craneofaringioma.htm
- Kronenberg , HM.“Plyglandular disorders“. 2007: chap 250. Recuperado el 10 de Julio de 2010 del sitio web <http://www.lifespan.org/adam/spanishhealthillustratedencyclopedia/5/000399.html>
- Navas-Aparicio, María del Carmen. Hernández-Carmona2, Sergio J. “Anoftalmía y microftalmía: descripción, diagnóstico y conducta de tratamiento. Revisión bibliográfica”. Julio-Agosto.2008. Recuperado el 10 de Julio de 2010 del sitio web <http://www.smo.org.mx/revista/pdf/8204/2008-82-4-205-209.pdf>
- Ochaita Esperanza y Rosa Alberto. “Estado actual de la investigación en psicología de la ceguera”. Universidad Autónoma de Madrid. 1988. Recuperado el 8 de Julio de 2010 del sitio web http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=48292
- Spaich E.G y Taberning C.B. “Estimulación eléctrica y espasticidad: una revisión. 2002 Extraído el 18 de Junio de 2010 del sitio web http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionfis/estimulacion_electrica_y_espasticidad.pdf

Revistas

- Rev. Chil. pediatr. v.76 n.3 Santiago jun. 2005. Recuperada el 20 de mayo de 2010 del sitio web http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062005000300008&script=sci_arttext

Apuntes de Clases

- González, Mireya. 2008. GUIDED IMAGERY AND MUSIC (GIM). Helen Bonny. (Apuntes de clase disponible en Postítulo en Musicoterapia). Universidad de Chile.
- Ubilla, Patricia. 2008. El Método Alvin. (Apuntes de clase disponible en Postítulo en Musicoterapia). Universidad de Chile.

Sitios Web

- <http://www.fonadis.cl/glosario/index.php>.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

- <http://www.once.es/>
- <http://files.sld.cu/arteydiscapacidad/files/2009/08/ceguera-y-deficiencia-visual.pdf>
- <http://www.once.es/otros/trato/trato.htm>
- http://www.educared.cl/educared/hojas/articulos/detallearticulo.jsp?articulo=10780&repositorio=58&pagina=1&idapr=50_1040_esp_4_
- http://www.juntadeandalucia.es/averroes/caidv/interedvisual/ftp_p_/def_bajavision_ceguera.pdf
- http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062005000300008&script=sci_arttext
- <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=87&IDPUBLICACION=1797&NOMBRE=Revista%20Mexicana%20de%20Oftalmolog%EDa>
- <http://www.lifespan.org/adam/spanishhealthillustratedencyclopedia/5/000399.html>
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v60_n4/craneofaringioma.htm
- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionfis/estimulacion_electrica_y_espasticidad.pdf
- http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=48292
- <http://es.wikipedia.org/wiki/H%C3%A1ptica>

IX. Anexos: Protocolo.

Protocolo de Musicoterapia

Fecha: _____

Paciente: _____

Sesión No.: _____

Terapeuta: _____

Institución: _____

Supervisora: _____

I. Objetivo(s) de la sesión
II. Técnicas usadas (activa/receptiva ; improvisación libre/estructurada ; voz ; cuerpo etc.)
III. Desarrollo de la sesión/actividades : inicio – medio – final ; momentos repetitivos/ momentos de cambio
IV. Observaciones musicales (paciente-terapeuta)
V. Conclusiones
VI. A considerar para la próxima sesión
