



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de artes

Escuela de postgrado

DESCRIPCIÓN Y REGISTRO DE UN TRABAJO

MUSICOTERAPEUTICO CON NIÑOS DEFICIENTES VISUALES

Proyecto final para optar al postítulo de especialización en terapias de arte
con mención en musicoterapia

ESTUDIANTE
VICTOR BARAHONA ESPINOZA
PROFESORA GUÍA
ANDREA FUENTES GROETAERS

Valparaíso, Chile
2010

INDICE

| | |
|--------------------------|----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
|--------------------------|----------|

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

| | |
|---|-----------|
| 1. Discapacidad y Ceguera..... | 5 |
| 1.2. Discapacidad..... | 5 |
| 1.3. Ceguera..... | 6 |
| 1.4. Grados..... | 7 |
| 1.5. Causas..... | 8 |
| 1.6. Tipos..... | 9 |
| 1.6.1. Tipos de ceguera encontrados en el grupo de práctica..... | 10 |
| 2. Desarrollo Integral del niño Ciego..... | 12 |

CAPITULO II

MUSICOTERAPIA

| | |
|---|-----------|
| 2.1. Definición de musicoterapia..... | 15 |
| 2.2. Efectos benéficos de música y sus dimensiones..... | 16 |
| 2.3. Musicoterapia con niños ciegos..... | 19 |
| 2.4. Técnicas para el trabajo musicoterapéutico, con niños discapacitados..... | 22 |
| 2.5. Enfoque teórico musicoterapéutico..... | 24 |
| 2.5.1. Modelo Nordoff-Robbins..... | 25 |
| 2.5.2. Modelo Alvin..... | 28 |

CAPITULO III.

DESCRIPCIÓN FORMAL DE PRÁCTICA

| | |
|--|-----------|
| 3.1. Contexto Institucional..... | 31 |
| 3.2 El proceso de práctica..... | 34 |
| 3.3. El grupo de niños participantes..... | 35 |
| 3.4. Las Sesiones..... | 38 |
| 3.5. Metodología..... | 39 |

| | |
|------------------------------|-----------|
| 3.6. Técnicas..... | 40 |
| 3.7. Actividades..... | 40 |
| 3.8. Setting..... | 42 |
| 3.9. Evaluación..... | 42 |

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA

| | |
|--|-----------|
| 4.1. Etapas del proceso..... | 44 |
| 4.1.1. Cuadro resumen..... | 45 |
| 4.1.2 Sesiones..... | 46 |
| 4.1.3. Sesión 1..... | 47 |
| 4.1.4. Sesión 4..... | 50 |
| 4.1.5. Sesión 7..... | 53 |
| 4.1.6. Sesión 10..... | 57 |
| 4.1.7. Sesión 13..... | 60 |
| 4.2. Consideraciones generales..... | 64 |
| 4.2.1. Análisis del proceso..... | 65 |
| 4.2.2. Evaluación de objetivos por cada etapa..... | 66 |
| 4.3. Elementos de transferencia y contra-transferencia..... | 71 |
| 4.4. Aprendizaje y proceso personal..... | 72 |

CAPITULO V

| | |
|-------------------------------|-----------|
| CONCLUSIÓN..... | 74 |
| 5.1. Bibliografía..... | 75 |
| 5.2. Webgrafía..... | 76 |
| 5.2. Anexos..... | 77 |

INTRODUCCIÓN

La Población en general tiene respeto por las personas que padecen de ceguera, son percibidos desde afuera como seres vulnerables, por tanto, cuando se les puede prestar ayuda ésta siempre es oportuna. Sin embargo, existe también una tendencia a estigmatizarlos. A su alrededor se generan ciertas creencias que los convierten en una figura bastante desconocida para la sociedad. Su presencia, en comparación con la población vidente, es minoritaria; esto genera la posibilidad de que la persona con esta discapacidad pueda caer en un estado de aislamiento, lo que lo priva en gran medida de todo lo que podría compartir y aportar a su entorno. Por lo tanto uno de los apoyos importantes, comienza con la ayuda en la infancia. Cuando el niño empieza a relacionarse con el mundo, a tomar conciencia de su déficit y de lo que este implica, debe comenzar el proceso de integración a la sociedad. El niño ciego tiene el mismo entusiasmo, alegría y espontaneidad, que el niño sin discapacidad, sin embargo necesita de una asistencia mayor para poder ampliar su campo de acción, para relacionarse con el entorno y no estar en aislamiento. Se le debe hacer tomar conciencia de que él existe para los demás y que es importante para el medio en el que vive.

Esta monografía da cuenta de un trabajo realizado en el colegio Hellen Keller con un grupo de niños de enseñanza pre-básica, que tienen discapacidad visual, total o parcial y otras discapacidades asociadas.

En este trabajo se explican las características generales del déficit visual y su impacto en el desarrollo del niño. Además, se muestran las orientaciones teóricas que se investigaron para emprender esta práctica.

El núcleo de esta monografía deja ver el proceso terapéutico y su evolución en base a las etapas sobre las cuales se trabajaron diferentes objetivos. En este punto, se describen en detalle las sesiones más significativas, las cuales explicitan el avance del grupo y la inclusión de nuevas actividades y aprendizajes por parte de los terapeutas. Estas descripciones están tomadas del principio, el medio y el final de la labor realizada en la práctica.

Se hace un análisis de los resultados obtenidos, prestando atención al impacto y respuesta

generada en el grupo de pacientes. Finalmente, se expone una reflexión personal sobre los aprendizajes obtenidos.

El presente estudio tiene como finalidad entregar un registro de técnicas, objetivos y actividades, utilizadas con un grupo de niños con diversas discapacidades, algunos sólo con déficit visual y otros con déficit asociados a la ceguera. Además, tiene la intención de mostrar el orden interno, las circunstancias y acontecimientos sucedidos en el transcurso de este aprendizaje.

Es necesario precisar que el trabajo de práctica fue realizado por dos alumnos, sin embargo en este registro hay una mirada personal sobre el proceso.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1. Discapacidad y ceguera

La ceguera es un déficit clasificado dentro de las discapacidades físicas. Cuando ha sido causada por algún accidente traumático durante el embarazo, puede ocasionar un daño cerebral el que finalmente se verá reflejado en el padecimiento de más de una discapacidad, por tanto, la ceguera estará asociada a otras discapacidades de carácter cognitivo.

A continuación se describe el concepto de discapacidad y posteriormente el de ceguera.

1.2. Discapacidad

A través de la historia, la discapacidad ha sido definida y clasificada de diferentes maneras. El concepto ha evolucionado y ha sido estudiado desde distintos enfoques.

Con la intención de ceñirme al tema que tiene relación con la musicoterapia, expondré la definición oficial de la organización mundial de la salud.

La organización mundial de la salud (OMS) define: La discapacidad es cualquier impedimento en la facultad de efectuar una actividad dentro del margen que se considera normal en el humano. Se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o provenir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo.

La deficiencia, es la pérdida o anormalidad de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente. Entre ellas se incluyen la existencia de un

defecto, anomalía o pérdida causada por un miembro u órgano o cualquier otra estructura del cuerpo incluidas las funciones mentales.

Además, la OMS clasifica las discapacidades en físicas, sensoriales, intelectuales o psicológicas:

-Discapacidades físicas: entre las alteraciones más frecuentes se encuentran las secuelas de la poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadrapléjico) y amputaciones.

-Discapacidades sensoriales: en ellas están incluidas las personas que poseen deficiencias visuales, auditivas, y personas con problemas de lenguaje y comunicación.

-Discapacidades intelectuales: se caracteriza por una reducción de las funciones mentales superiores tales como: aprendizaje, lenguaje, pensamiento, memoria.

-Discapacidades psicológicas: personas que sufren trastornos neurológicos y trastornos mentales.

Hay que agregar que en esta clasificación las discapacidades pueden ir asociadas, este es el caso de la ceguera con déficit asociado, por ejemplo, parálisis cerebral y déficit visual¹.

1.3. Ceguera

La ceguera es una limitación total o muy seria de la función visual. Quienes la padecen son personas que no ven nada, o bien, tienen una ligera percepción de la luz. La claridad de la visión recibe el nombre de agudeza visual, que oscila entre la visión completa y la falta de visión. A medida que la agudeza disminuye, la visión se torna cada vez más borrosa. La agudeza normalmente se mide mediante una escala que compara la visión de una persona a 6 metros con la de alguien que tiene agudeza máxima. En consecuencia, una persona que tiene una visión de 20/20 ve objetos a 6 metros de distancia con completa claridad, mientras que una persona con

¹

<http://www.postpoliolitaff.org/docs/queesladiscapacidad.pdf>

una visión de 20/200 ve a 6 metros lo que una persona con máxima agudeza ve a 60 metros. Legalmente, la ceguera se define como una agudeza visual inferior a 20/200, incluso tras una corrección con gafas o lentes de contacto. Muchas personas que son consideradas legalmente ciegas, pueden distinguir formas y sombras, pero no los detalles normales².

En rasgos generales la definición de la ceguera se ha segmentado en dos grupos, estos son:

Ceguera real: ausencia total de visión, o percepción luminosa sin proyección, es decir, sin desplazamiento del objeto luminoso.

Ceguera legal: este término se utiliza al establecer un límite en la pérdida visual tomando como base la agudeza visual medida con pruebas de evaluación usadas en consultas oftalmológicas³.

1.4. Grados de ceguera

En relación a la deficiencia visual, existen muchos grados de ceguera. Esta clasificación es muy importante para determinar si un niño requiere o no de una escolarización normal, o bien, si requiere de métodos de enseñanza adaptados a su déficit. Los grados de ceguera que se muestran a continuación se refieren casos en los que el niño necesita una educación adaptada a su deficiencia:

-Ciego total:

Ausencia total de visión o simple percepción luminosa.

-Ciego parcial:

Resto visual que permite la orientación a la luz y la percepción de masas, facilitando considerablemente el desplazamiento y la aprehensión del mundo exterior. Visión de cerca insuficiente para su utilización en la vida escolar y profesional.

² http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_20/seccion_20_216.html

³ Lopez Justicia, Dolores María. Aspectos Evolutivos y Educativos de la Deficiencia Visual. Coruña. Netbiblo, S.L. 2004.

-Ambliope:

Resto visual que permite definir volúmenes y percibir colores. Visión de cerca útil para la lectoescritura, lectura en letras grandes, distingue esquemas. Sin embargo, esta posibilidad no le permite seguir una escolarización como la del niño sin discapacidad visual⁴.

1.5. Causas

Causas de la ceguera

La discapacidad visual es una de las más impactantes causas de trastornos de la niñez y la que más incapacidad produce. Recientemente, los patrones causales de la ceguera han cambiado, de manera que a medida que la medicina progresa y controla las enfermedades previsibles, se hacen más evidentes las causas genéticas y/o hereditarias. Por consiguiente, la proporción de enfermedades hereditarias que produce la ceguera en la infancia ha aumentando lenta y paulatinamente en los últimos años.

La ceguera puede ser congénita o adquirida, puede presentarse aislada o en relación con otras deficiencias. La adquirida, tiene su origen en accidentes traumáticos que afectan directamente a los ojos o al lóbulo occipital del cerebro, o debido a ciertas enfermedades como la meningitis. En estos casos las experiencias visuales previas a la ceguera van a influir en su educación.

La ceguera congénita se puede heredar o bien ser provocada por una infección como el sarampión y la rubéola, por la malnutrición de la madre, la ingesta de alcohol o drogas durante el proceso de desarrollo del feto durante el embarazo. Si la ceguera se presenta asociada a otras deficiencias, por ejemplo, por causa de un daño cerebral, las posibilidades educativas serán menores. Por el contrario, cuando se presenta como una deficiencia aislada, las capacidades de desarrollo del niño dependen en gran medida de las experiencias que la educación le ofrezca⁵.

⁴ Bueno Martín, Manuel. Deficiencia visual: aspectos psicoevolutivos y educativos. Aljibe. Málaga, Andalucía. España. 1994.

⁵ <http://tiflogia.blogspot.com/2006/03/caracterizacin-de-la-ceguera-ivn-tapia.html>

1.6. Tipos

Los tipos de ceguera se relacionan con el lugar físico donde se ha producido el daño, éste puede producirse en distintas partes del ojo: la córnea, la úvea, el cristalino, la retina o el nervio óptico, teniendo como consecuencias anomalías en el desarrollo del ojo, las que ocasionan distintos tipos de ceguera. Algunas de estas anomalías son:

-Anoftalmo

En este caso el globo ocular no llega a desarrollarse.

-Criptoftalmo

El globo ocular aparentemente no existe.

-Microftalmos

Desarrollo insuficiente del ojo.

-Megaloftalmo

Tamaño anormalmente grande de los ojos.

-Queratitis

Afección grave en la cornea con carácter inflamatorio (dejan una opacidad llamada Glaucoma)

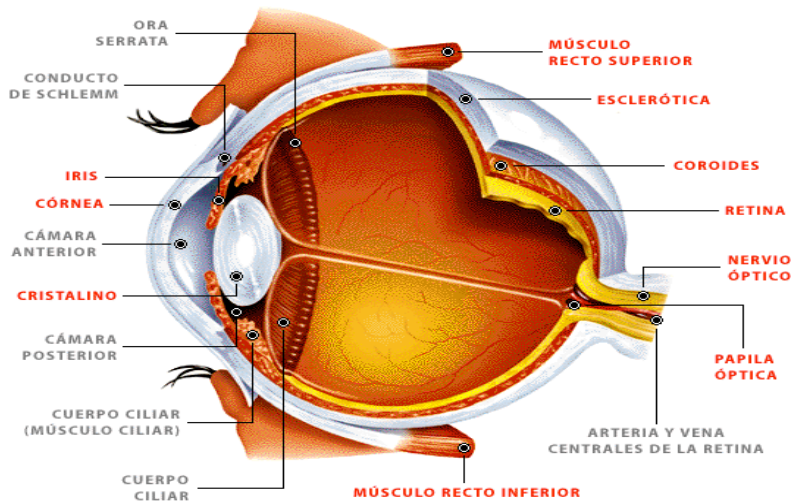
-Uveítis

Inflamaciones de la úvea o capa vascular del ojo (formado por Iris, Cuerpo Ciliar y, Coroides)

-Cataratas

El cristalino se vuelve opaco

-Glaucoma Enfermedad causada por la tensión del globo ocular⁶



1.6.1. Tipos de Ceguera encontrados en el grupo de práctica.

Dentro de los tipos de ceguera existentes, se detallará los que están relacionados directamente con el grupo de pacientes del colegio Hellen Keller con el cual se llevó a cabo esta práctica musicoterapéutica.

-Microftalmia ocular

La microftalmia es una anomalía congénita que presenta una reducción del diámetro del globo ocular en uno o ambos ojos. Generalmente están hundidos en la órbita. En la microftalmia el diámetro corneal es de menos de 10 mm., y el diámetro antero-posterior del globo es de menos de 20 mm. Cuando aparece esta anomalía en ausencia de otros defectos se denomina microftalmia pura⁷.

⁶ Bueno Martín, Manuel. Deficiencia visual: aspectos psicoevolutivos y educativos. Aljibe. Málaga, Andalucía. España. 1994.

⁷ <http://www.scribd.com/doc/2437580/MICROFTALMIA>

-Anoftalmia ocular

Se define anoftalmia como la ausencia total del globo ocular y/o como el escaso tejido del mismo, en donde la órbita y la apertura palpebral son de menor tamaño.

La anoftalmia congénita, es provocada por un defecto en el desarrollo embrionario, tiene su origen en la etapa crítica que ocurre entre la cuarta y la séptima semana de gestación, momento en que se produce gran parte del desarrollo facial. Estas malformaciones también pueden asociarse con síndromes genéticos, ya sean de origen cromosómicos o monogénicos, aunque muchas veces no es posible determinar cuáles fueron las causas que provocaron este tipo de trastorno en un paciente⁸.

-Craneofaringioma al nervio óptico

Los craneofaringiomas infantiles son tumores poco frecuentes de carácter benigno, por lo general, se encuentran cerca de la hipófisis o glándula pituitaria (órgano que controla las demás glándulas). Estos pueden afectar muchas funciones, principalmente la producción de hormonas, el crecimiento y la vista. Cuando el tumor comprime el nervio óptico se generan alteraciones de la visión que en ocasiones pueden ser permanentes.

Los craneofaringiomas son poco frecuentes en los niños menores de 2 años de edad y se diagnostica con mayor frecuencia en niños de 5 a 14 años de edad.

No se conocen las causas por las que se forman estos tumores⁹.

-Displasia septo óptica

La displasia septo óptica o también llamada síndrome de Demorsier, es un cuadro congénito provocado por malformaciones de la línea media del sistema nervioso central, lo que da lugar a Hipoplasia del nervio óptico (desarrollo incompleto o defectuoso del nervio óptico durante el embarazo, lo que afecta generalmente a ambos ojos), ausencia de Septum pellucidum y deficiencias hormonales.

Septum pellucidum o tabique traslúcido (ubicado en el centro del cerebro) tiene como función principal la integración y sincronización sensorial, es decir, determinar cómo nuestros cuerpos

⁸ <http://www.imagenoptica.com.mx/pdf/revista54/anoftalmia.htm>

⁹ <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/craneo-infantil/Patient/print#Keypoint1>.
<http://www.unizar.es/gine/101craneo.html>

procesan la información que recibimos de nuestros sentidos y cómo actuamos en consecuencia. Esto se ve reflejado en la planificación motora, habla y lenguaje, la construcción de actos inteligentes, el correcto desarrollo en las actividades académicas y habilidades sociales¹⁰.

2. Desarrollo integral del niño ciego

Las características del desarrollo integral en el niño ciego no son tan distintas a las que tiene el niño sin ceguera. El deficiente visual sigue las mismas secuencias en el proceso de crecimiento que el niño sin discapacidad visual, sólo que su progreso es más lento. Para que el niño ciego pueda tener una evolución más cercana a la de un niño sin impedimentos visuales, debe participar en rutinas diarias de aprendizaje, las que le permitan compensar la carencia visual.

En las áreas del desarrollo donde el niño ciego se ve más retrasado son generalmente; en la coordinación motora y la madurez social.

Estudiar las características del niño ciego, sus deficiencias de percepción motriz, ambiental y emocional, ha sido necesario para planificar las sesiones y elegir la metodología. Algunas de estas características generales son:

- Desarrollo motor

El niño deficiente visual grave, está sujeto a un proceso de desarrollo normal desde el punto de vista fisiológico, pero sufre de un retraso evolutivo que puede ser causado por el propio déficit. Los estudios demuestran que la presencia de la visión contribuye de manera significativa en la manera que los niños evolucionan, ya que la visión nos facilita la capacidad para conocer las características del ambiente en forma eficaz y rápida.

En los ciegos, la coordinación motriz está influenciada por la carencia de retroalimentación visual y por falta de imitación. Esta dificultad se manifiesta en las posturas y movimientos que el niño ciego debe iniciar por sí mismo, por ejemplo, levantarse cuando está

¹⁰ <http://www.joseantoniocobena.com/?p=274>

boca abajo o sentado. La restricción de movimientos retarda el desarrollo motor y puede ocasionar un desarrollo muscular insuficiente, trayendo consecuencias como la adquisición de posturas inadecuadas por la ausencia de modelos, por ejemplo: cabeza hacia abajo, lo que produce la desviación de la columna. Además, al no tener sentido de la profundidad, la conquista de los espacios cercanos y lejanos, les produce dificultad. Es por ello que en los aspectos difíciles relacionados con lo motor, es necesario poner énfasis en que el niño conozca su propio cuerpo, practicando con ello el control de las ejecuciones motrices, para que amplíe el conocimiento que tiene del espacio que lo rodea, puesto que no puede adquirir este concepto de forma espontánea.

- Desarrollo socio-emocional

En el niño con déficit visual hay un desarrollo tardío de la percepción espacial, lo cual puede traer como consecuencia psicológica la falta de autoconfianza y un excesivo miedo frente al entorno. Para ayudarlo a revertir estas consecuencias negativas, es necesario, desde el punto de vista formal, que el niño realice tareas que le permitan la adquisición de habilidades sociales; que estas estén ligadas a las actividades de la vida diaria, incluyendo: el autocuidado, la higiene, la colocación correcta de la ropa, el adiestramiento en la mesa a las horas de comida o la espera de turnos en los casos que lo amerite, buscando de este modo otorgarle mayor independencia. Desde el punto de vista psicológico, se le deben entregar herramientas para reforzar su autoestima, cubriendo las necesidades afectivas y sociales. El juego tiene gran importancia como elemento de socialización.

- Desarrollo cognitivo

El niño ciego, al no disponer del estímulo visual, se ve privado de experiencias que le permiten asimilar el mundo, por tanto, sufre una severa restricción en el acceso de información procedente del medio. Por esto, estará obligado a compensar su déficit con el aporte de los otros sistemas sensoriales. Existe una serie de aspectos que afectan al desarrollo cognitivo y al aprendizaje del niño ciego, entre los cuales los más significativos son los aspectos; perceptivos, motrices, lingüísticos y comunicativos.

Perceptivamente, es necesaria una estimulación multisensorial que permita al niño aprender la información que recibe, favoreciendo la asociación y discernimiento de la misma. En

los aspectos motrices, el niño puede llegar, gracias al entrenamiento y la autopercepción corporal, a tener un desarrollo motor similar al del niño vidente.

En cuanto al lenguaje verbal, éste constituye el principal elemento para el aprendizaje y la interiorización de los elementos socioculturales del medio ambiente, es un instrumento fundamental en la comunicación social. La palabra proporciona al niño normal medios que le permiten interactuar con la realidad y tener cierto control sobre los objetos de su entorno. En el caso del niño ciego, éste tiende a desarrollar cierta pobreza de lenguaje verbal, porque él conoce sólo lo que ha experimentado; en su caso, existirán palabras que no le resultarán concretas, por lo tanto, tenderá a pasar por alto algunos signos lingüísticos, limitando con ello su aprendizaje. Este aspecto de su desarrollo es necesario educarlo sobre el entrenamiento de la memoria auditiva¹¹.

¹¹ Bueno Martín, Manuel. Deficiencia visual: aspectos psicoevolutivos y educativos. Aljibe. Málaga, Andalucía . España. 1994.

CAPITULO II

MUSICOTERAPIA

2.1. Definición de musicoterapia

La musicoterapia, desde que se reconoce como disciplina propiamente tal, constituida en los años 50 en Estados Unidos, se ha ido sistematizando en diferentes estudios, por medio de su aplicación en procesos terapéuticos.

La musicoterapia es una especialidad funcional, sistemática y científica. Abarca dos áreas: la música y la terapia. Utiliza la música y la aplicación de sonidos, incluyendo silencios y ruidos, combinándolos con intervenciones terapéuticas y reeducativas, mediante técnicas corporales, sonoras, musicales y de comunicación no-verbal. Con esto se busca mantener o rehabilitar la salud de los pacientes, así como también poder brindar un complemento a todos los tratamientos del área de prevención y promoción de la salud¹².

La Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT) la define de esta manera “...es el uso de música y/o de los elementos musicales (sonido ritmo, melodía y armonía), por un musicoterapeuta calificado, con un paciente o un grupo de pacientes; para facilitar y promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes; con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales, y cognitivas. La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o a restablecer funciones del individuo para que éste 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...”¹³

Además de la definición de la (WFMT) existen muchas otras, en función del colectivo con el que se trabaja, del encuadre clínico y de la orientación del tratamiento que se realiza.

¹² F. Federico, Gabriel. El niño con necesidades especiales. Editorial Kier. S.A. Buenos Aires. 2007.

¹³ F. Federico, Gabriel. El niño con necesidades especiales. Editorial Kier. S.A. Buenos Aires. 2007.p.58.

2.2. Efectos benéficos de la música en los distintos niveles del ser humano

El valor terapéutico que tiene la música consiste en la capacidad que ésta tiene para producir variados efectos en el ser humano tales como: fisiológicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales.

- Dimensión fisiológica

Estas respuestas no son fáciles de predecir, debido en gran parte a la complejidad del estímulo musical y las diferencias individuales ante el sonido.

Las respuestas fisiológicas más comunes son:

- Cambios en el sistema inmunitario.
- Aceleración o desaceleración de la respiración.
- Aumento o disminución del pulso y la presión arterial.
- Aumento o disminución de la actividad muscular.

- Dimensión emocional

La naturaleza no-verbal de la música facilita la comunicación y la expresión emocional.

- Ayuda a la comunicación y expresión de un estado emocional (alegría, rabia, euforia etc.)
- Modifica el estado de ánimo
- Despierta, evoca y provoca sentimientos.
- Genera un ambiente afectivo.

- Dimensión cognitiva

El desarrollo de determinadas actividades musicales puede ayudar al aprendizaje de habilidades pre-académicas y académicas, así como también a los procesos de concentración, atención y memoria.

- Mejora la memoria reciente.
- Mejora la orientación en la realidad (conecta al individuo con un estímulo externo).
- Ayuda al aprendizaje.
- Ayuda a recordar la información.
- Estimula la capacidad de atención.
- Estimula la imaginación y la creatividad.

- Dimensión social

La música es considerada un medio socializador, integrando a los individuos, facilitando las relaciones sociales. Las actividades musicales que se realizan en grupo ofrecen la oportunidad de compartir una experiencia cercana con los otros.

- Facilita la expresión de un sentimiento común.
- Favorece la integración social.
- Favorece la expresión individual ante el grupo.
- Contribuye al desarrollo de habilidades sociales.
- Invita al diálogo y la conversación con los miembros del grupo.
- Facilita la cohesión grupal.

-Dimensión Espiritual

La conexión entre la música y la espiritualidad del ser humano comienza con los orígenes de la música. Desde tiempos muy remotos, la música ha sido un acompañante fundamental para las ceremonias religiosas, ya que:

- Brinda sentimientos de paz y serenidad.
- Genera una atmósfera para la meditación
- Puede propiciar una ambiente para la introspección.
- Despierta un sentimiento de conexión con lo existente.
- Invita a la armonía.
- Invita a la reflexión acerca del sentido de la vida.

- Dimensión psicológica

La música y el sonido son una presencia importante en la historia personal del individuo. Esta dimensión está muy ligada a las reacciones de tipo fisiológico, espiritual, emocional y social. Sus efectos psicológicos son la suma y la interacción de las dimensiones anteriormente definidas. Los principales efectos de la música pueden dar origen a la comunicación, identificación, asociación y el conocimiento de sí mismo.

- Facilita fenómenos regresivos.
- Favorece el proceso de identificación.
- Ayuda al conocimiento y la afirmación de sí mismo.
- Ayuda al individuo a explorar su yo interior.
- Ayuda a liberar y sublimar emociones¹⁴.

Si bien se han mostrado los efectos generales de la música en el ser humano, estos no actúan de una manera determinante en todos los sujetos. La efectividad de una música con respecto a los objetivos específicos estará en función de una determinada intervención

¹⁴

Bétes de Toro, Mariano. Fundamentos de Musicoterapia. Ediciones Morata. Madrid. 2000.

musicoterapéutica, con un individuo particular y en un momento específico. Será el musicoterapeuta quien ajuste la intervención con tal de conseguir los efectos esperados.

2.3. Musicoterapia con niños ciegos

El niño ciego responde con interés y atención a la música, debido a la facilidad que tiene para captar y memorizar el sonido. La audición y la expresión corporal son medios ideales para fomentar sus necesidades de autoestima, comunicación e integración social. Sus posibilidades son similares a las de un niño normal pero, debido a la inseguridad que siente con experiencias nuevas, las sesiones deben apuntar al desarrollo de autoconfianza mediante actividades que sea capaz de superar.

El terapeuta no debe usar en exceso estímulos auditivos, esto podría provocar fatiga o tensión nerviosa, la que originará su frustración en las actividades musicales. Por esto, el musicoterapeuta debe conocer y comprender las dificultades y limitaciones del paciente o grupo con el que trabaja. Los ejercicios y técnicas utilizadas se deben desarrollar en forma concreta y tangible. Se logrará mayor estimulación con consignas que sean precisas y claras. El niño debe percibir que es posible su auto-realización por medio de la música y las actividades relacionadas con el sonido, de esta manera se dará cuenta de que puede ampliar sus medios de comunicación.

La terapia debe ir enfocada para que el niño logre a futuro seguridad en su percepción e interpretación de los sonidos que le lleguen del ambiente.

Los niños con déficit visual tienen especial dificultad con el lenguaje verbal, ya que al carecer de imagen visual les resulta difícil abstraer lo que significa concretamente un signo lingüístico. Es por ello que se enfatiza la herramienta de la voz como recurso expresivo. Estos niños adolecen de expresión facial producto de la carencia de modelos, la falta de expresividad puede ser suplida por los matices (altura, volumen, acentuación, etc.) de los que se haga uso al hablar, de modo de hacerse entender claramente en su contacto con el entorno.

La música es una experiencia emocional que no tiene que ver directamente con la visión, por ello el niño, mediante la interpretación o la improvisación instrumental se siente más cerca de la auto-expresión plena, percibe que puede comunicarse e integrarse socialmente.

El niño con deficiencia visual, sobre todo en el nacimiento, requiere de ayuda para realizar movimientos como saltar o empujar ya que estos necesitan de una capacidad para juzgar el espacio, la profundidad y la distancia. Estas capacidades pueden incentivarse con una terapia auditiva de actividades sonoro-corporales, las que le facilitarán aumentar la atención, la discriminación y la percepción¹⁵.

La musicoterapia es una disciplina incluyente, que según Juliette Alvin “se basa en todo lo que la música puede hacer”¹⁶, tiene la característica de ofrecer una experiencia interactiva y multi-sensorial, lo que hace que en el proceso terapéutico se puedan desarrollar objetivos integradores que abarquen al individuo en su totalidad. Por esto, la musicoterapia ofrece al niño ciego la oportunidad de potenciar habilidades cognitivas, sociales, de conciencia corporal, de creatividad e imaginación.

Objetivos en musicoterapia con niños ciegos

Para Juliette Alvin, la musicoterapia debe satisfacer la necesidad de una comunicación que proporcione seguridad y posea significado para el niño ciego. Además, entre otros objetivos está el de mantener y desarrollar la atención, fomentar su integración social y facilitarle la expresión de estados de ánimo¹⁷. E. Tayer Gaston; señala que los objetivos para el trabajo musicoterapéutico con ciegos deben estar orientados principalmente a favorecer la seguridad psicológica y potenciar la comunicación¹⁸.

Otros autores indican diversos objetivos tales como : el favorecimiento de la autoconfianza, el desarrollo de la seguridad física, la facilitación de los movimientos de marcha,

¹⁵ Sáinz de la Maza, Aro. Como Cura la Musicoterapia. Barcelona. RBA Libros S.A. Barcelona.2003.

¹⁶ Apuntes de clases. Musicoterapia en la educación. Prof.Patrica Ubilla. 20/11/08

¹⁷ Alvin, Juliette Música para el niño disminuido. editorial , Ricordi Americana S.A.E.C, Buenos Aires.1965.

¹⁸ E.Tayer, Gaston. Tratado de Musicoterapia.Ediciones Paidos.Barcelona-España.1982.

coordinación, lateralidad, equilibrio , el desarrollo de la creatividad y la fantasía¹⁹.

La musicoterapia, en el trabajo con niños deficientes visuales, es utilizada de variadas maneras; las actividades pueden clasificarse en escuchar música, hacer música, música y movimiento, juegos musicales:

- Escuchar música

Escuchar como medio de disfrute o con propósitos instructivos, relacionado con los objetivos de la sesión.

Al mantener la atención en la audición musical, ésta se incrementará. También puede ser utilizada como un medio de transmitir información favoreciendo otros objetivos terapéuticos pertinentes.

- Hacer o improvisar música

Este tipo de actividad incluye tanto el crear como el interpretar música.

El crear música, tiene que ver con experimentar con sonidos o patrones rítmicos los que favorecen entre otras cosas la creatividad y la auto-expresividad.

Al interpretar o recrear música, el niño desarrolla habilidades cognitivas como la memoria y la concentración.

- Música y movimiento

Los movimientos realizados en compañía de música pueden fomentar la conciencia corporal, por ejemplo, a través de canciones con instrucciones que indiquen el movimiento específico de alguna parte del cuerpo o ocupar el mismo íntegramente incluido en una rutina de baile. Estas actividades además permiten utilizar el cuerpo sonoramente ya sea aplaudiendo o

¹⁹ Sáinz de la Maza, Aro. Como Cura la Musicoterapia. Barcelona. RBA Libros S.A. Barcelona.2003.

zapateando, pidiéndole al niño que repita o haga el eco de patrones rítmicos que el terapeuta sugiere. También es posible utilizar el cuerpo para improvisar, el niño inventa su baile respondiendo sonoro-corporalmente.

- Juegos musicales

Estos vienen a sintetizar los dos tipos de actividades anteriores.

Por una parte se trabaja con canciones infantiles típicas que incorporan movimiento y ritmo, conceptos musicales de: intensidad, altura, velocidad y melodía, analogándolas con habilidades cognitivas extra musicales y así fortalecer objetivos de la terapia tales como: lateralidad, marcha, asociación, alternancia, etc.

Por otra parte estas actividades lúdico-musicales también incluyen conceptos como colores, números, medidas etc. las que están muy ligadas a lo que el terapeuta pueda crear y diseñar, tomando en cuenta el grupo de trabajo tanto en sus limitaciones como potencialidades, metas, historia y necesidades emocionales²⁰.

2.4. Técnicas para el trabajo musicoterapéutico, con niños discapacitados.

Musicoterapia infantil

En términos generales las posibilidades que la musicoterapia otorga, tanto al niño normal como al discapacitado, son la oportunidad de expresarse ya sea en el ámbito individual y de grupo, y reaccionar, según su sensibilidad, también al unísono con los otros, produciendo relajación o acción, según los casos, creando una atmósfera de alegría y confianza.

Musicoterapia con niños discapacitados

La música es un estímulo que proporciona experiencias sensoriales, las que son utilizadas por el terapeuta para provocar en el niño, entre otras cosas, desarrollo emocional,

²⁰ B. Lathom, Wanda & T. Eagle, Charles .Music Therapy for Handicap Children.Vol. 1 For the Hearing Impaired, Visually Impaired And Deaf-Blind. MMB Music, Inc.USA.1996.

social y psicofisiológico. La mayoría de estos niños requieren gran cantidad de estímulos, se usan variadas actividades relacionadas a la música y a la reproducción de sonidos: discriminación, realización de juegos sonoros, descripción sonora de instrumentos, voces, sonidos de la naturaleza, sonidos del cuerpo humano y representaciones corporales.

El movimiento, en cuanto está asociado a la música, también es una herramienta imprescindible, ésta responde a una necesidad que siente el niño naturalmente de expresarse y de moverse constantemente.

En el niño discapacitado, se requiere trabajar intensamente sobre su ubicación espacial, su coordinación motora, su relación con los otros, su desarrollo emocional y favorecer un ambiente grato para que se sienta libre para potenciar sus habilidades cognitivas²¹.

El modo de llevar a cabo este proceso es a través de técnicas de diverso tipo tales como la improvisación musical, las canciones infantiles, la relajación, la escenificación de cuentos.

-Improvisación musical: tiene como objetivo desarrollar la creatividad. Esta técnica se puede utilizar de distintas maneras, ya sea estableciendo un orden, proponiendo que alguien dirija, generando un dialogo musical o bien tocando libremente.

-Canciones infantiles: tienen como objetivo el entrenamiento auditivo, la afectividad, la atención, la memoria auditiva y verbal. Este tipo de actividades puede incluir diversos movimientos.

-Danza: estas actividades pueden ser dirigidas o de libre expresión. En las primeras, se trabaja sobre el esquema corporal iniciando al niño en el ritmo. En la segunda se desarrollan objetivos como la creatividad y la actividad corporal.

-Relajación: generalmente tiene como objetivo desarrollar la atención y reducir la ansiedad y la tensión.

-Escenificación de cuentos: tiene como objetivo potenciar la imaginación, la expresividad y la afectividad además de favorecer la coordinación.

²¹ Sáinz de la Maza, Aro. Como Cura la Musicoterapia. Barcelona. RBA Libros S.A.2003.

Seraphina Poch señala que un aspecto prioritario a trabajar en niños con discapacidad, son los problemas afectivos. Describe dos objetivos generales y sus objetivos específicos.

Objetivo General I

Desarrollar personalidades estables

Objetivos específicos

- Enseñar al niño a aceptarse y a vivir en paz consigo y con los demás.
- Educar sensibilidad.
- Hacerlos sentir valorados y fortalecidos.

Objetivo General II

Desarrollar capacidades intelectuales

Objetivos Específicos

- Estimular la creación y la capacidad de imaginar.
- Aportar orden y seguridad a través del ritmo.
- Desarrollar y ejercitar la memoria y la concentración²².

2.5. Enfoque teórico musicoterapéutico

Normalmente se diseñan modelos de terapias, de acuerdo con el marco clínico y específico en el que van a ser utilizados, para que de esta manera, se pueda responder a las necesidades del grupo o de un paciente determinado.

Es, entonces, muy importante conocer cuáles son los modelos más apropiados para una población en particular, y qué tipos de pacientes se beneficiarían más, con cada modelo²³. En este caso elegí los enfoques que se centran principalmente en el trabajo con niños discapacitados con diversos tipos de déficit entre ellos: autismo, esquizofrenia, afasia, problemas emocionales y

²² Poch Blanco, Serafina. Compendio de Musicoterapia. Volumen I. Herder. S.A. Barcelona .1999.

²³ Bruscia, Kenneth. Modelos de Improvisación en Musicoterapia. Salamanca (España).Agruparte.1999.

de aprendizaje, discapacidades auditivas y visuales.

2.5.1. Modelo Nordoff-Robbins

La musicoterapia creativa

La musicoterapia creativa se da tanto en terapia individual como grupal. Fue desarrollada por Paúl Nordoff, compositor y pianista americano; y Clive Robbins, profesor inglés de educación especial. Nordoff -Robbins trabajaron juntos como terapeuta y co-terapeuta con niños con problemas mentales, emocionales y físicos; y, además de escribir todos sus descubrimientos e investigaciones, desarrollaron un gran repertorio de material musical para usar en terapia.

Este enfoque se denomina “creativo”, ya que el terapeuta construye un trabajo creativo en tres niveles. Primero, el terapeuta crea e improvisa la música que utilizará como terapia. Segundo, el terapeuta utiliza la música creativamente en cada sesión para abrir canales de comunicación y mantener el contacto con el paciente. Tercero, el terapeuta diseña una serie de experiencias terapéuticas de sesión a sesión, de acuerdo a las necesidades del paciente, y crea los recursos musicales, las técnicas y el proceso por el que se secuencian las experiencias terapéuticas.

La musicoterapia creativa es un enfoque más activo que receptivo, por tanto da mayor espacio al paciente para crear su música, lo cual implica que el niño tenga la posibilidad de comprometerse activa y personalmente en el proceso terapéutico. Por lo cual, la música es el medio primario para motivar e influir en el cambio terapéutico del paciente.

En la terapia grupal, el aprendizaje, la ejecución y la respuesta que se da a la música ya compuesta son las actividades principales. Las composiciones musicales incluyen canciones, piezas instrumentales y dramas musicales. Además el terapeuta puede improvisar sonoramente para acompañar a algunos pasajes de una actividad.

El modelo Nordoff-Robbins fue pensado por sus creadores como un enfoque apropiado para trabajar con niños con una gran variedad de problemas como el autismo, psicosis, problemas emocionales, retraso mental, problemas físicos, sensoriomotrices o de aprendizaje.

Debido a que la mayoría del trabajo desde el comienzo de la elaboración de este modelo, se realizó con niños, las palabras “paciente” y niño se usan indistintamente.

La música se transforma en un medio de intercomunicación y una base para la actividad en la que los niños con algún hándicap puedan encontrar su libertad a partir de las deficiencias que restringen su vida.

Nordoff-Robbins afirmaron que los objetivos terapéuticos deberían estar dirigidos al potencial individual del paciente y no a las expectativas culturales o modelos universales de normalidad.

Los objetivos varían según la edad de los niños, para los niños más pequeños la terapia se relaciona con un proceso de diferenciación interna y de crecimiento, ya que sus personalidades son aún variables dado su desarrollo. Para niños mayores la terapia tiene que ver con la autoconfianza, con la afectividad y la emocionalidad.

Algunos objetivos generales para el trabajo con niños son: desarrollar relaciones humanas y establecer la comunicación, iniciar o extender el habla, desvanecer patrones de comportamiento patológicos, y construir personalidades más fuertes y ricas.

En la musicoterapia creativa, un terapeuta está encargado de tocar e improvisar, intentando involucrar al niño en la experiencia musical, mientras que el co-terapeuta trabaja directamente con el niño, ayudándole a responder a las actividades y a las intenciones clínicas del proceso. Los dos terapeutas trabajan con roles muy definidos y claros, los que ambos aceptan y con igual responsabilidad dentro del proceso terapéutico. Sin embargo, algunos musicoterapeutas, por diversas razones en pos de un proceso igualmente efectivo, adaptaron el enfoque para trabajar sin compañero.

En la terapia grupal, los pacientes participan en actividades instrumentales y de canto, utilizando entre otras cosas, llamadas de pájaro y silbatos, algunos instrumentos de cuerda y un surtido de percusión tanto de altura determinada como indeterminada.

La orientación teórica de este modelo proviene de las ideas de Rudolf Steiner quien es el fundador de la antroposofía, descrita como “la ciencia del espíritu” la cual se ocupa de “los problemas del ser humano y la naturaleza y propósito de libertad, del sentido de la evolución, de la relación del hombre con la naturaleza, y de la vida después de la muerte y antes del nacimiento”.

Los aspectos de la musicoterapia creativa que dicen relación con la antroposofía, son el considerar las respuestas musicales del ser humano como un espejo de la condición psicológica y de desarrollo del individuo, en los cuales se reflejan atributos y factores que en musicoterapia tienen una implicación diagnóstica.

Nordoff-Robbins, al desarrollar sus teorías, señalaron que dentro de cada persona hay una respuesta innata a la música, ante lo cual se evidencia un “yo música” al que llamaron niño musical.

En la valoración y evaluación que se utiliza en el método de Nordoff-Robbins, existe una recogida de información centrada principalmente en el significado de la respuesta musical del paciente, lo cual es usado por los terapeutas para encontrar y abrir canales de comunicación. Los terapeutas pueden utilizar los mismos procedimientos clínicos y la misma información para valorar las condiciones iniciales del paciente y para evaluar su progreso terapéutico, ya que la respuesta musical además de indicar su condición inicial también sirve como medida de los cambios que tienen lugar en la terapia²⁴.

²⁴ Bruscia, Kenneth. Modelos de Improvisación en Musicoterapia. Salamanca (España).Agruparte.1999.

2.5.2. Modelo Alvin

Juliette Alvin desarrolló un enfoque donde utilizaba actividades tales como: la escucha, la ejecución, la anotación, la composición y el movimiento.

En su trabajo de musicoterapia, la improvisación era central, empleaba “la libre improvisación”, en la cual el terapeuta no impone ninguna regla y permite al paciente la libertad creativa con el instrumento musical.

Alvin define la musicoterapia como: “el uso controlado de la música en el tratamiento, la rehabilitación y la educación de niños y adultos que sufren desordenes físicos mentales y emocionales”²⁵.

Los instrumentos, en este modelo, cumplen una función fundamental, puesto que proporcionan un objeto sobre el que el paciente puede proyectar sus sentimientos, por tanto, mantiene el vínculo con el terapeuta libre de conflictos. Los instrumentos portátiles le otorgan movilidad al terapeuta, y facilidad de manejo a los pacientes, por ello, instrumentos como flauta, guitarra y tambor son ideales.

En relación a las técnicas, las que se distinguen por su mayor aplicación son dos: la técnica “**restrictiva**”, en la cual el paciente escucha la improvisación del terapeuta; y la técnica “**activa**”, en la cual el paciente improvisa en grupo, solo o con el terapeuta. La primera técnica se utiliza con el fin de ayudar en el estado de ánimo del paciente y sus necesidades inmediatas. En este caso, el paciente puede utilizar la improvisación del terapeuta como una referencia para representar una historia o fantasía.

En la segunda técnica mencionada, el paciente busca libertad y, al hacerlo en grupo, ello le sirve para relacionarse con el grupo de una forma más autónoma. Esta técnica de improvisación puede ser referencial como no referencial, cuando la improvisación es referencial, el paciente tiene la oportunidad entre otras de añadirle un título a su material de

²⁵ Ibídem. pag.77.

modo de proyectar sus vivencias o sentimientos mediante la música. En el caso de la improvisación no referencial el paciente atiende lo estrictamente musical o instrumental.

Alvin utilizó la música para promover el crecimiento intelectual, físico y emocional. Los objetivos en el desarrollo intelectual son: el conocimiento sensorial, la percepción, y la comprensión de sentimientos.

-Los objetivos en el desarrollo físico implican: destrezas de la motricidad gruesa y fina, coordinación sensomotriz etc.

-Los objetivos en el desarrollo socio-emocional implican: autoconocimiento, autoexpresión, comunicación, destrezas interpersonales e integración grupal.

Alvin formuló los objetivos de su modelo dependiendo de los tres aspectos: autoliberación, relaciones y desarrollo; que se necesitará potenciar, dependiendo de la discapacidad a tratar. Por ejemplo, con los niños ciegos o sordos o con parálisis cerebral, los objetivos se enfocan a vencer los problemas socio-emocionales y a la adaptación física, desarrollando al máximo sus capacidades.

Las actividades que se practican durante una sesión, entre otras, son: la escucha de discos, cantar, dibujar y pintar; mientras se escucha se verbalizan experiencias acerca de otras actividades musicales realizadas.

La mayoría del trabajo de J. Alvin se centró en los niños, incluyendo déficit tales como, autismo, deficiencia mental, parálisis cerebral, en general niños con alguna discapacidad²⁶.

²⁶ Bruscia, Kenneth. Modelos de Improvisación en Musicoterapia. Salamanca (España).Agruparte.1999.

CAPITULO III

DESCRIPCIÓN FORMAL DE LA PRÁCTICA

3.1. Contexto institucional

El colegio Hellen Keller es un establecimiento educacional para niños y jóvenes con discapacidad visual, total o parcial y otras discapacidades asociadas. Está ubicado en Rosita Renard 1179 ñuñoa, Santiago.

Fue creado en el año 1961 para atender a la población de niños y jóvenes discapacitados visuales de nuestro país. La infraestructura del colegio se construyó especialmente para la educación de niños y niñas con ceguera y baja visión y tiene una edificación moderna, con sólida y acogedora estructura, grandes ventanales y amplios patios.

La misión del colegio es “entregar el máximo de experiencias educativas y de aprendizajes significativos a menores y jóvenes discapacitados visuales y con deficiencias múltiples, que favorezcan su proceso de habilitación y/o rehabilitación, su integración social e inserción laboral real y efectiva²⁷”

El colegio Hellen Keller es mixto y trabaja con jornada escolar completa diurna. Funciona como internado de lunes a viernes, además de otorgar alimentación, matrícula y educación gratis.

Su programa de estudios comprende los currículos de educación básica regular y de educación especial para déficit visual. En este último, se enfatizan aspectos específicos de déficit visual tales como la enseñanza de lectura y escritura del sistema braille y aspectos de eficiencia visual funcional como orientación y movilidad en el entorno, así como también el desarrollo de habilidades sociales.

²⁷ <http://www.hellenkeller.cl/>

Los niveles educacionales que aborda el colegio van desde la estimulación temprana hasta octavo básico, además de ofrecer una educación a nivel laboral. No siempre la edad del alumno coincide con el curso que debería ir, comparándolo con una escuela normal, ya que muchas veces los alumnos tienen una edad mental diferente a su propia edad física. Estos niveles se clasifican del siguiente modo:

- Estimulación temprana (0-5 app.)

Abarca todo el trabajo con bebés que tienen problemas visuales, estimulándolos de modo de que utilicen todos sus sentidos, auditivos, táctiles, olfativos o gustativos además de ocupar también lo que pudiesen tener de vista residual percepción de la luz u otro indicado en el diagnóstico oftalmológico. Esta atención se da en forma ambulatoria por el docente especialista junto al apoderado del pupilo.

- Educación pre-básica (5- 7 app.)

En esta etapa, el colegio ayuda a los niños en el aprendizaje del juego, el conocimiento de sí mismos, las relaciones interpersonales, y el desarrollo de funciones básicas para el aprendizaje del braille.

-Educación básica (7-14 app.)

En esta etapa, los alumnos aprenden los contenidos correspondientes a la enseñanza básica y aquellos relacionados con los aspectos específicos del déficit visual.

- Educación nivel laboral

Un alto porcentaje de los alumnos que estudian en el establecimiento durante la educación básica ingresa a la educación media en liceos cercanos al colegio. Por tanto, estos jóvenes quedan en condiciones educacionales para poder integrarse a la vida laboral.

Con el fin de integrar a estos ex-alumnos a la vida laboral, Hellen Keller imparte cursos

de masoterapia²⁸. Se realiza en un período de estudio de 4 semestres, y consta de una práctica profesional de 500 horas realizadas bajo la supervisión de un profesional especialista del área de la salud. El técnico en masoterapia aborda el masaje estético deportivo, de relajación y terapéutico. Los requisitos para optar a esta formación son: tener licencia de enseñanza media, tener el certificado oftalmológico correspondiente a su déficit visual y tener una salud compatible con la carrera.

El colegio cuenta además con actividades y talleres permanentes, los cuales le otorgan al alumno posibilidades para desarrollar intereses y habilidades en diversos ámbitos:

- **Talleres de:** inglés, arte, computación y taekwondo.
- **Actividades de extensión:** viaje a Valparaíso, viaje a playas, viaje a la granja educativa, desfile comunal.
- **Actividades extraprogramáticas:** coro, folklore, conjunto instrumental y deportes²⁹.

Clasificaciones por severidad de la discapacidad

Puesto que los alumnos que integran el colegio tienen una gama múltiple de diversos tipos de ceguera y además de distintos déficit asociados, el establecimiento ha clasificado a los niños en dos formas, las cuales se describen a continuación :

-Forma 1

Son aquellos niños que tienen déficit asociados a la ceguera. No responden a la estimulación habitual, poseen problemas en el lenguaje, en la postura y características de marcada estereotipia, además existe una manifiesta expresión de apego a los tutores o maestros.

-Forma 2

Son aquellos niños que sólo poseen deficiencia visual. Sus procesos cognitivos son normales.

²⁸ Masoterapia: La masoterapia es el uso de las diversas técnicas de masaje con fines terapéuticos, esto es, para el tratamiento de enfermedades y lesiones.

²⁹ <http://www.hellenkeller.cl/>

3.2. Proceso de práctica

La primera acción a realizar fue la recogida de material referente a la musicoterapia y su utilización en la ceguera para luego aproximarse al establecimiento a través de la observación, la vinculación con la gente que trabaja en establecimiento, entre ellos conocer la directora, los docentes, a los alumnos y auxiliares.

En la entrevista con el director subrogante, se definió la disponibilidad de salones, grupos y horarios. Además de ofrecernos toda la ayuda que necesitáramos, nos explicó cómo funcionaba el colegio y nos mostró las instalaciones. Tuvimos oportunidad de explicarle nuestro propósito y despejarle cualquier interrogante que pudiese tener acerca de ello.

La observación en recreos fue importante para vivenciar el ambiente en el que los auxiliares ayudan a los alumnos, y para observar la relación que se establece entre los niños, además, para informarnos de todo lo que concierne a las normas de desplazamiento.

La observación al interior de las aulas resultó ser una información valiosa para conocer el trato y el vínculo entre profesor y alumno. Los docentes, conscientes del interés que los niños manifestaban por el mundo sonoro que los rodea, utilizan el tocar instrumentos como panderos o claves y escuchar música grabada como recompensa al desempeño de los niños ante otras materias.

Luego de la fase de observación, particularmente del kinder, primero y segundo básico, se seleccionó el grupo de trabajo, tomando en cuenta las necesidades observadas.

3.3. El grupo de niños participantes

Características de los niños con los que se trabajó

El grupo seleccionado estaba conformado por 8 niños de kinder. En esta etapa, se revisaron las fichas y los diagnósticos médicos de cada niño, de los cuales terminaron siendo 7 miembros

estables ya que algunos niños se encontraban en tratamiento o se habían retirado a mitad de año. De estos niños, 4 fueron clasificados en forma 1 y tres de forma 2.

Anamnesis y fichas personales

En todo grupo de pacientes en el que se desea conseguir un progreso en pos de una mejora en los aspectos comunicacional, creativo, corporal o cognitivo, existen características que son únicas y pertenecen al grupo en particular, estas características están dadas principalmente por la unión de los individuos y sus necesidades, este es el emergente grupal, el cual está también muy ligado a las limitaciones y potencialidades físicas y cognitivas del grupo. En relación a lo anterior, el grupo con el cual se realizó la práctica musicoterapéutica posee características bastante definidas, éstas se recogen de la historia de cada paciente.

A continuación se detalla cada caso particular incluyendo su clasificación por severidad de déficit, la ficha de cada niño y su anamnesis .

Niños clasificados de Forma 1

Felipe (forma 1)

Edad: 7 años

Diagnostico oftalmológico: Anoftalmia ocular. Ceguera total.

Anamnesis

1. Cuánto tiempo llevan en el colegio: 1 año.
2. Hospitalizaciones: una hospitalización.
3. Hermanos: un hermana. Felipe es el segundo.
4. Papás presentes o ausentes: ambos padres.

Joaquín (forma 1)

Edad: 7 años

Diagnostico oftalmológico: Ambliope.

Otros diagnósticos: Parálisis cerebral. Dipléjia.

Anamnesis

1. Cuánto tiempo llevan en el colegio: 2 años.
2. Hospitalizaciones: si.
3. Hermanos: 3 hermanos. Joaquín es el cuarto.
4. Padres : ambos padres presentes.

Virginia (forma 1)

Edad: 5 años

Antecedentes Oftalmológicos: Ambliopía.

Otros diagnósticos: microcefalia. Síndrome de West. Epilepsia sintomática.

Anamnesis

1. Cuánto tiempo llevan en el colegio: 2 años.
2. Hospitalizaciones: no.
3. Hermanos: no tiene.
4. Padres : compromiso de ambos padres, vive con ellos.

Valentina (forma 1)

Edad: 6 años

Diagnóstico oftalmológico: Displasia septo óptica. Ambliope.

Otros diagnósticos: problemas a la Tiroides.

Anamnesis

1. Cuánto tiempo llevan en el colegio: 2 años
2. Hospitalizaciones: no.
3. Hermanos : no tiene.
4. Padres: madre lejana, poco compromiso.

Niños clasificados de Forma 2

Ignacio (forma 2)

Edad: 6 años

Diagnostico oftalmológico: Craneofaringioma del nervio óptico. Visión parcial.

Anamnesis

1. Cuánto tiempo llevan en el colegio: 2 años
2. Hospitalizaciones: si
3. Hermanos: 1 hermano y Ignacio es el segundo
4. Padres: ambos padres demuestran compromiso.

Kevin (forma 2)

Edad: 6 años

Diagnostico oftalmológico: Craneofaringioma del nervio óptico. Operado y en tratamiento.

Otros diagnósticos: Descompensación metabólica. Epilepsia. Panhipopituitarismo.

Anamnesis

1. Cuánto tiempo llevan en el colegio: 2
2. Hospitalizaciones: si.
3. Hermanos: 1 hermano, Kevin es el segundo
4. Padres: ambos presentes. Vive con ellos

Renato (forma 2)

Edad: 6 años

Diagnostico oftalmológico: Visión parcial (usa lentes).

1. Cuánto tiempo llevan en el colegio:2
2. Hospitalizaciones: si
3. Hermanos. 3 hermanos. Renato es el cuarto
4. Padres: vive con ambos padres.

3.4. Las sesiones

Las sesiones tuvieron un máximo de 50 minutos de duración, una vez a la semana (los días miércoles) de 10:00 a 10:45. El proceso en su totalidad fue de 13 sesiones, se desarrolló desde agosto hasta noviembre.

Solo en la primera sesión se ocupó la sala de eventos del establecimiento, posteriormente se trabajó siempre en un espacio apropiado para la actividad.

Fases de cada sesión

Cada sesión estaba estructurada por tres momentos que nunca variaron en el transcurso de las sesiones, esto se diseñó con el fin de darle previsibilidad a la sesiones, ya que con ello, por un lado es posible generar un ambiente de seguridad en los niños, y por otro lado, darles la oportunidad de desarrollar una rutina de aprendizaje.

Cada sesión contiene tres fases:

- **Canción de bienvenida**
- **Desarrollo de actividades**
- **Cierre de sesión, canción de despedida**

- Bienvenida (inicio):

Se saluda a cada uno de los niños en el contexto de una canción la cual incorpora los nombres de cada integrante. Esta canción interactiva posibilitaba a cada participante saludar a los demás, cuando se le preguntaba cantando su nombre.

- Desarrollo de las actividades (sesión misma):

Durante esta fase se llevan a cabo experiencias que sirven para atender la búsqueda de los objetivos establecidos. Algunas de estas actividades se repetían durante más de una sesión con el objeto de que el participante adquiriera dominio de la actividad de manera que pudiese incorporarla; de este modo fue posible ir logrando objetivos.

- Cierre de la sesión (final):

Corresponde al momento de término de las actividades, instante que hace que el proceso adquiera circularidad y solidez, evitando dejar cabos sueltos y predisponiendo a los participantes a despedirse de los terapeutas y de la sesión de una forma positiva.

Después de terminada cada sesión, se rellenaron protocolos en los que se describe los nombres de los pacientes, la fecha y el número de la sesión, luego los objetivos de la misma, las técnicas usadas, el desarrollo de la sesión; los momentos más relevantes, las observaciones musicales, físicas, cognitivas y emocionales del grupo y finalmente, la conclusión y las ideas a considerar en la próxima sesión.

Se fijaron objetivos guiados por las orientaciones teóricas del trabajo musicoterapéutico con personas ciegas y con niños discapacitados. Estos objetivos están dispuestos de modo sistemático para ir gradualmente hacia el logro en el desarrollo de habilidades expresivas cognitivas y sociales.

3.5. Metodología

En base al material teórico revisado y las orientaciones de guía, se diseñó un método de trabajo que atendiera las necesidades del grupo que abarcan aspectos corporales, emocionales, cognitivos y sociales, lo cual facilitó el desarrollo de las etapas del proceso y cumplimiento de sus respectivos objetivos.

La metodología utilizada está en relación con las orientaciones teóricas explicadas anteriormente en el capítulo II. Por ejemplo, En el caso del modelo Nordoff-Robbins se trabaja de a dos terapeutas, uno de ellos cumple el rol de co-terapeuta. En relación a los objetivos que plantea J. Alvin, se trabajó sobre el desarrollo de área física, intelectual y socio-emocional, donde los propósitos se guían siempre según el progreso de las etapas.

3.6. Técnicas

Las técnicas utilizadas se pueden clasificar de la siguiente manera:

-Activa o recreativa: canto, improvisación y ejecución instrumental y vocal, expresión corporal, representación de cuentos musicales.

-Pasiva o receptiva: audición de cuentos sonoros, relajación, imaginaria guiada, escucha de canciones y piezas instrumentales.

3.7. Actividades

Las actividades desarrolladas durante las trece sesiones fueron programadas según el comportamiento y necesidades del grupo. Estas actividades tienen un perfil lúdico y en ellas hay un eje común que es la música.

En rasgos generales estas actividades contienen:

- **Canto:** el trabajo con canciones otorga material para practicar habilidades de distinto orden. Estas actividades incluyen, canciones con instrucciones de movimiento, canciones de bienvenida y cierre, eco de canciones entre otras variaciones.

- **Ejercicios lúdicos musicales:** en general todas las actividades estaban enmarcadas en un contexto lúdico. El juego y la música fueron centrales en el proceso.

- **Recepción sonora:** pertenece a las técnicas de musicoterapia receptiva y se practica con actividades de escucha musical, una de ellas es el “baño sonoro” en la que se trabaja en generar un ambiente agradable con los pacientes, tocando para ellos en un entorno de relajación.

- **Participación e interpretación musical:** lo más importante en estas actividades es la participación, ya sea con instrumentos o sólo cantando, es una oportunidad para la expresión.

- **Movimientos corporales coordinados:** este tipo de movimientos se practica en actividades como la ronda, en la que todos los niños sincronizan sus movimientos siguiendo las instrucciones de la canción con la que se baila.

- **Movimientos corporales espontáneos:** dentro de estas actividades se da la libertad para que los pacientes por medio del cuerpo, reaccionen libremente a la música.

- **Improvisación sonora:** se da la oportunidad para que el grupo toque y explore libremente los instrumentos.

- **Interacción grupal:** en esta técnica está incluida toda actividad que genere unión y cohesión grupal, generalmente este tipo de actividades provocaron mucho disfrute.

- **Diálogos musicales:** es una técnica de improvisación en la que hay una comunicación sonora mediante instrumentos.

-**Representación de cuentos:** los niños representan un cuento que es relatado por los terapeutas en el cual se incluye música y movimiento.

-**Autopercepción corporal:** en este tipo de actividades se trabaja haciendo que el niño reconozca su propio esquema corporal, por ejemplo, mediante la inducción a la relajación y el inventario corporal³⁰.

-**Orientación espacial:** incluye actividades de lateralidad, discriminación sonora y percepción del espacio, tales como reconocimiento de la fuente sonora y canciones con instrucciones de movimiento en el espacio.

-**Manipulación y discriminación de objetos con distintas texturas:** incluye toda actividad que requiera enfocar la atención en estímulos táctiles.

3.8. Setting

El setting incluye todo el equipamiento físico que constituye el entorno donde ocurre el proceso musicoterapéutico, es decir, abarca desde el lugar donde se trabaja hasta los instrumentos musicales y otros materiales que se requieran para el buen funcionamiento de la sesión.

En este proceso se utilizó:

-Computador portátil

³⁰ El inventario corporal es un relato que describe paso a paso el cuerpo sus extremidades y órganos, generalmente se utiliza para aumentar la conciencia corporal en las inducciones a las relajaciones.

- Instrumentos: triángulo, tambor, metalófono, claves, guitarra, güiro, sonajero, toc-toc, kalimba, huevitos, flauta, quena
- Alfombra y cojines
- Papel celofán, plasticina, telas, globos, botones, hilos.

3.9. Evaluación

El proceso fue supervisado por la psicóloga y musicoterapeuta Andrea Fuentes, quien colaboró en la evaluación constante de la práctica. Además, semanalmente se elaboró un registro o protocolo que contiene observaciones de los aspectos más relevantes de la sesión. Este material fue de gran ayuda para la evaluación del proceso.

La evaluación consistía en ir considerando los objetivos que se trabajaban, además de la observación del avance del grupo a través de las sesiones.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE SESIONES DE PRÁCTICA.

4.1. Etapas del proceso

Los objetivos del proceso fueron trabajados a través de etapas, pensadas éstas, de tal manera que en cada una de ellas se enfatice un ámbito a desarrollar. Sin embargo, los objetivos que se trabajaron, ocasionalmente se repiten a través de la terapia. Lo que resalta el carácter transversal de los contenidos.

Estas etapas son:

-Habilidades sociales y vínculo.

-Habilidades cognitivas.

-Creatividad.

El área relacionada con la corporalidad y el movimiento está siempre presente para reforzar conceptos específicos de las necesidades del niño con deficiencia visual. Por lo tanto la corporalidad y movimiento resultaron ser en este proceso un objetivo transversal que se reforzó durante toda la práctica.

4.1.1. Cuadro resumen

| Meses de práctica | Ámbito enfatizado | Objetivos |
|----------------------|---|--|
| Agosto - septiembre | <p>Habilidades sociales y vínculo: en esta etapa se busca generar interacción entre el grupo para lograr una cohesión. El énfasis está puesto fundamentalmente en crear un vínculo y generar confianza entre los terapeutas y el grupo. Además Se practican habilidades sociales tales como la comunicación, el respeto, la autoestima y la tolerancia, entre otras.</p> | <p>-Fortalecer el vínculo entre los pacientes y paciente-terapeutas</p> <p>-Promover Relaciones interpersonales.</p> <p>-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.</p> <p>-Sondear respuestas cognitivas, motrices</p> |
| Septiembre - Octubre | <p>Habilidades cognitivas y motrices: En ésta etapa el proceso tiende a desarrollar potencialidades de atención y concentración. Además de estimular el lenguaje mediante canciones.</p> | <p>-Estimular la atención y la concentración.</p> <p>-Potenciar memoria.</p> <p>-Desarrollar capacidades asociativas.</p> <p>-Discriminar sonidos y</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | ubicación espacial -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. -Favorecer la relajación. |
|--|--|---|

4.1.2. Sesiones

La descripción de las sesiones que se muestran a continuación, pretende ilustrar de la mejor manera el proceso interno y la evolución del trabajo grupal. De las 13 sesiones que se realizaron, fueron elegidas 5: las sesiones 1, 4, 7, 9 y 13.

La narración de estas sesiones está basada en los protocolos trabajados después de cada sesión, cada una de ellas da cuenta de un momento particular en el progreso de la práctica. Primero, se describe una introducción a la sesión, es decir, lo que se ha trabajado hasta la fecha, luego se describe la sesión misma y finalmente se hace un análisis del procedimiento y de las dificultades que se enfrentaron.

4.1.3. Sesión 1

Pacientes:

Renato, Ignacio, Felipe

Desde un comienzo, los niños manifestaron interés y curiosidad por las actividades presentadas, aún cuando algunos las veían con cierta aprensión, posteriormente se fueron entregando y colaborando. La primera sesión fue diseñada para tomar contacto con los niños y, de esta manera medir sus respuestas a nivel musical y comunicativo. Esta fase en el modelo Nordoff-Robbins se denomina contacto exploratorio, sirve principalmente para conocer a los pacientes e investigar sus capacidades y potencialidades.

Los objetivos que se consideraron para esta primera intervención eran muchos, sin embargo con el fin de atender lo esencial del proceso, fueron reducidos en el transcurso de las sesiones.

Objetivos de la Sesión

- Crear vínculo entre terapeutas y pacientes
- Sondear respuestas cognitivas, motrices y emocionales de los pacientes.
- Fomentar el lenguaje mediante canciones.
- Potenciar imaginación y atención
- Discriminar sonidos.
- Desarrollo de los elementos musicales a través de la expresión corporal.

Actividades

- Canción de bienvenida.
- Cuento “el bosque encantado”.
- Canción del cu-cu.
- Canción de movimiento “la hormiguita“.
- Canción de despedida.

Técnicas usadas

Musicoterapia Activa: canto de canciones, improvisación instrumental libre y estructurada, movimiento y expresión corporal.

Musicoterapia Receptiva: escucha de canciones e improvisaciones de los terapeutas.

Desarrollo de la sesión

Inicio: al comenzar la sesión se invita a los niños a sentarse en un espacio delimitado previamente por los terapeutas. Estos se presentan diciendo sus nombres y muestran una canción de bienvenida a los niños, la que es repetida en varias ocasiones para hacerla cada vez más familiar al grupo. La canción es un saludo, en la cual tocando el hombro a uno de los niños, se le pregunta su nombre cantando, al contestar éste, el grupo entero debe cantar su nombre saludándolo.

Desarrollo: en la segunda actividad, se muestra a los niños los instrumentos que usaremos en la actividad del cuento “El bosque encantado”, en la cual cada instrumento representaba a un animal incluido en un relato musicalizado y relatado por los terapeutas. El cuento fue escuchado con interés por los niños, quienes participaron con los instrumentos. En la tercera actividad se trabajó sobre la canción popular infantil “El cu-cú”, incluyendo una serie de animales. Primero se lleva a los niños a recordar algunos animales, reproduciendo los característicos sonidos del perro, el gato, la vaca y el cucú, luego se les pide a los niños imitar cantando cada animal, es decir, si la canción dice: “oculto en el bosque el gato contestó...”, entonces los niños responden: “miau miau le llamó, miau miau le llamó” y así, del mismo modo, con los demás animales. Luego, se invita a los participantes a ponerse de pie tomados de la mano para cantar y representar la canción de “La hormiguita”, con la cual se avanzaba a través del setting cantando y realizando las acciones que la canción sugiere: agacharse, ponerse en punta de pie y aplaudir. Para esta actividad no era necesario que los niños se supieran la canción ya que uno de los terapeutas la tocaba en guitarra y cantaba mientras el co-terapeuta guiaba a los pacientes para llevar a cabo la acción lúdica.

Final: Finalmente se les invitó a entonar la canción de despedida con un procedimiento similar

al del comienzo, despidiéndose de cada niño cantando sus nombres.

Análisis de la sesión

Si bien los pacientes se sintieron cómodos con las actividades planteadas y se vincularon de forma satisfactoria con los terapeutas, al ser ésta la primera sesión, como es natural, los niños se sintieron expectantes, en el caso de Felipe (Forma 1) se le vio un tanto desorientado, por esto se consideró para la próximas sesiones un seguimiento mas cercano, es decir, siendo mucho más concreto en las explicaciones de las actividades, ya sea, llevándolo físicamente a la acción o mostrándole mayor atención.

En esta sesión inaugural, me sentí cómodo aunque ansioso en un comienzo, pero después de la canción de bienvenida estuve más conectado. Lo más difícil en esta primera sesión fue el hacerse entender durante las consignas, porque uno esta habituado a establecer una comunicación de gestos y mirada, comunicación que le es velada al niño ciego, dada su condición.

Pude constatar que el grupo presenta un sentido desarrollado del ritmo lo que otorga una gran ventaja en las actividades musicales.

En el caso de los niños de “Forma 2”, el proceso debe presentarle desafíos acorde a su nivel cognitivo, por lo que se consideró darles tareas que les permitan ayudar a sus compañeros y a la vez desarrollar sus potencialidades sociales y comunicativas.

4.1.4. Sesión 4

Pacientes:

Virginia, Joaquín, Felipe, Kevin.

En esta sesión, se han integrado una niña y otro niño conformando un grupo de cuatro participantes. Aún cuando el grupo ha sido irregular en la asistencia, se han realizado las acciones en forma metódica y constante con el fin de lograr objetivos. En esta sesión, los niños ya recuerdan los nombres de los terapeutas y participan con alegría e interés.

De este grupo el caso más grave a nivel de discapacidad lo presenta Virginia quien manifiesta conductas agresivas tanto con el entorno como con su persona. Joaquín es un niño también catalogado de Forma 1. Kevin es un niño normal que posee visión residual, es decir que puede distinguir luces y sombras.

Objetivos de la sesión

- Facilitar el vínculo entre los pacientes y paciente-terapeutas
- Facilitar la expresión de cada niño por medio de los instrumentos y la voz
- Fomentar la consciencia corporal y movimiento

Técnicas usadas

- Musicoterapia Activa: canto de canciones, improvisación instrumental semi-estructurada, movimiento y expresión corporal.
- Musicoterapia Receptiva: escucha de canciones.
- Trabajo con canciones que inducen al movimiento corporal.

Actividades

- Canción de bienvenida
- Percutir nombres
- Canción del Cu-cú
- Canción con Instrucciones de movimientos
- Canción del cuerpo
- Actividad de relajación
- Canción de despedida.

Desarrollo de la sesión

Inicio:

Canción de bienvenida: Se les propone cantar junto a los terapeutas la canción de bienvenida la cual contiene sus nombres y el de los terapeutas. Ellos deben responder a la pregunta “¿Cómo te llamas tú?”, incluida en la canción, cuando el terapeuta o un compañero le toque el hombro. En esta ocasión la actividad fue guiada espontáneamente por Kevin, quien se encargaba de tocar el hombro a cada uno de sus compañeros, lo que favorece a la interacción grupal.

Desarrollo:

Durante el desarrollo de la sesión se explica el juego de percutir los nombres personales y luego adivinarlos sólo con el sonido de la percusión, primero se les muestran los patrones rítmicos que pertenecen a cada nombre, se les invita a percutir y memorizarlos, para que en el juego, logren reconocer sus nombres al ser percutidos por un terapeuta.

Posteriormente se practica “La canción del cucú”, en la cual, como ya se ha explicado en relato de la sesión número 1, aparecen los sonidos que hacen distintos animales como el gato, el perro y la vaca. Se les facilita instrumentos para ejecutarlos junto al canto, en conjunto con los terapeutas, esta actividad fue acogida con serenidad por parte de los niños, los cuales colaboraron tocando y cantando.

La sesión sigue, invitándolos a cantar una canción con instrucciones de movimiento en la que deben concentrarse para poder realizar movimientos tales como: abrir las palmas y palmear, cerrar los puños , poner un pie adelante y el otro igual dar la vuelta entera y a bailar. En el momento en que bailan la canción se les invita a que muevan distintas partes del cuerpo como cabeza, piernas y brazos. Con esta actividad, se logró el punto culminante de la sesión, este juego les dio la posibilidad de expresarse libremente con su corporalidad, manifestando gran alegría.

Con la misma finalidad de la actividad anterior, se les propone que canten la “canción del cuerpo” señalando y tocando las distintas partes de su cuerpo a medida que vayan apareciendo en la canción. Se puede notar que los niños ya tienen cierto control en esta actividad y en general reaccionan de modo asertivo y entusiasta.

La actividad de relajación consistió en un breve relato de “el bosque en calma”. Los niños se acuestan en el suelo espontáneamente, mientras los terapeutas ejecutan música junto con el relato.

Final:

Canción de despedida: se les propone que canten la canción de despedida en conjunto a los terapeutas la cual contienen sus nombres y el de los terapeutas, los niños responden desconcentrados e inquietos.

Análisis de la sesión

Aun cuando el grupo tiene diversidad en sus necesidades físicas-cognitivas demostró en general gran respuesta motora ante las actividades musicales y entusiasmo para participar. El punto más alto en cuanto al disfrute y energía desplegado por los niños fue precisamente en las actividades corporales, resultando interacción y cohesión grupal. El vínculo del grupo con los terapeutas se ha logrado satisfactoriamente, los niños conocen de qué se tratan las sesiones y participan más confiadamente en las actividades sugeridas.

Aunque en las actividades corporales el grupo se vio integrado no ocurrió lo mismo durante toda la sesión, ya que aún no se ha trabajado sobre los objetivos de concentración y

atención.

Se decidió integrar a Joaquín con su silla de ruedas en las actividades de movimiento dándole la oportunidad de disfrutar tanto como sus compañeros; ésta incorporación fue recibida con alegría por el grupo. Virginia responde y participa en las actividades, atendiendo a su nombre cuando se le pregunta, percutiendo y cantando a su manera. A Felipe se le notó cercano al grupo, sobre todo cuando los niños se acostaron en el suelo, ya que sin ponerse de acuerdo lo hicieron juntos.

Lo más representativo de esta sesión es que por primera vez se logró un punto culminante a nivel grupal, éste ocurrió en el momento de la ronda en la cual el grupo entero exteriorizó una notoria alegría y disfrute. Ello demuestra la confianza de los niños en el proceso y da muestra de que se ha fortalecido el vínculo.

4.1.5. Sesión 7

Pacientes:

Renato, Felipe, Kevin

En el transcurso de las anteriores sesiones se agregaron nuevas actividades; junto con esto se han enriquecido las actividades de bienvenida y cierre de modo de hacer más interactiva estas instancias constantes durante el proceso.

Las actividades corporales han tenido una respuesta satisfactoria. En este punto, se ha decidido trabajar sobre el área de la concentración, la atención y la relajación, puesto que se busca con ello, entre otras cosas, reducir la agitación que ocasionalmente el grupo manifiesta.

Frente a las conductas evasivas de las instrucciones en las actividades, se trabaja menos el lenguaje verbal y más la acción sugerida mediante el contacto físico. Además se insta a los niños de forma 2 a ayudar y ejemplificar ciertas actividades.

En relación al setting, ha quedado de manifiesto la necesidad de comenzar a utilizar

instrumentos de menor intensidad, para poder facilitar la libre expresión musical, evitando así las interrupciones de unos con otros. Se ha instaurado una canción para sacar los instrumentos en el momento que se requieran, lo que disminuye la ansiedad y el desorden que pudiese producir el setting instrumental. En esta sesión, se puede notar el predominio de actividades relacionadas a la relajación, sin dejar por ello de seguir estimulando la corporalidad.

Objetivos de la sesión

- Estimular la atención y la concentración.
- Favorecer la relajación.
- Facilitar la conciencia corporal.

Técnicas usadas

- Musicoterapia Activa: canto de canciones, improvisación instrumental semi-estructurada, movimiento y expresión corporal.
- Musicoterapia Receptiva: escucha de canciones, Imágenes guiadas con música, cuento sonoro.

Actividades

- Canción de bienvenida.
- Relajación con inventario.
- Imaginería “La semilla”
- Caminar con música: Moviendo el cuerpo, luego las rodillas, los hombros. Caminar lento y caminar rápido.
- Canción “En el pastel”
- Canción de despedida.

Desarrollo de la sesión

Inicio:

Antes de comenzar con la actividad de bienvenida, se les sugirió que marcaran el pulso

con las palmas al ritmo de la guitarra cuando se cantara la canción, lo cual resultó. Además en esta actividad le sugerimos a Kevin que tocara el hombro de cada uno de sus compañeros sucesivamente a medida que la canción de bienvenida se fue desarrollando, a lo cual respondió con entusiasmo y sin ningún problema. Esto disminuyó el hecho de que Felipe contestara a cada pregunta con su nombre. Todos los niños estaban en círculo y respondieron a la pregunta de su nombre con claridad.

Desarrollo:

Luego pasamos a la actividad de 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. Esta vez, el inventario va acompañado con la consigna de tensar cada parte del cuerpo que se va mencionando y luego relajarla. Ignacio y Felipe se notan involucrados con la relajación, en cambio a Renato le faltó más tiempo.

Una vez terminada la relajación se cambia la música y se invita a los niños a ponerse en una posición de lado en el suelo, simulando ser una semilla (se ayuda a los niños hasta que logren esa posición). Luego, se les pide que imaginen que la semilla empieza a florecer lentamente hasta convertirse en un árbol. Se les sugiere que levanten una mano simulando ser el primer brote de semilla en busca del sol. Responden sin ningún problema a esta consigna; Primero se sientan, imaginando que son un árbol 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, fuerte y rápido. Esta actividad estuvo muy bien lograda, los niños se concentraron, entretuvieron e imaginaron.

La música cambia y se les llama a volver a su estado natural para caminar por el espacio del setting, a lo cual responden con mucho entusiasmo. Se les invita a caminar muy lento, respondiendo muy bien a esta consigna. Uno de los terapeutas, en esta actividad, acompaña a Felipe en el caminar.

Posteriormente se sientan y cantan la canción preparada para sacar los instrumentos. Se les entrega un instrumento a cada uno, y se les invita a tocar al ritmo de la guitarra. Felipe e

Ignacio responden atentos a la actividad sugerida, Renato necesitó de más apoyo de nosotros para lograrla. Una vez incorporado el ritmo cantamos la canción “El pastal”, pidiendo que nos acompañen con los instrumentos y la voz. Se les pide que de a uno vayan llevando el ritmo de la canción con su instrumento, actividad que resulta sin dificultad. Luego se les da la libertad de explorar otros instrumentos para tocar.

Final: la sesión finaliza como es habitual cantando la canción de despedida, acompañados de instrumentos y voz, pero ésta vez se les pide que levanten la mano cuando se les mencione su nombre.

Análisis de la sesión

En esta sesión se puso énfasis en desarrollar la relajación, atención concentración y conciencia corporal, resultando satisfactoriamente lo propuesto. Si embargo, Renato necesita de más apoyo para poder lograr estos objetivos ya que responde medianamente a las actividades que requieren respuesta musical.

Felipe presenta un sentido del ritmo bastante desarrollado, está cada vez más integrado y atento a las actividades, y demuestra alegría y buen ánimo durante toda la sesión. Cabe señalar que su asistencia ha sido completa a las sesiones; hace falta potenciar en él las actividades de marcha, para lograr un caminar más holgado. Ignacio responde sin ningún inconveniente a todas las actividades, logra una satisfactoria concentración.

Es primera vez que en el proceso se hace una inducción a la relajación con estas características, los niños respondieron como esperábamos, es decir poniendo atención y entregándose a la relajación. En esta actividad se hizo un inventario corporal, los niños iban tomando conciencia de su cuerpo a medida que lograban relajarse. Esta dinámica se logró porque se hizo un trabajo previo con actividades del mismo tipo pero de mayor simpleza en sesiones anteriores, es el caso del relato de cuentos en los que se pedía en ciertos pasajes, que los niños se acostaran y relajaran.

4.1.6. Sesión 10

Pacientes:

Virginia, Valentina, Ignacio, Kevin, Renato.

Hasta esta sesión se ha estado trabajando principalmente la atención y la concentración, la corporalidad y la relajación, pero también se han venido incluyendo la emocionalidad, la creatividad y la imaginación, en este sentido lo que a continuación se describirá es una integración de todos estos ámbitos. Para llegar a este punto se han trabajado aspectos de imaginación principalmente dirigidas a estados de relajación.

Esta sesión estuvo constituida de una gran actividad de representación e imaginación que engloba una serie de actividades, algunas conocidas por el grupo, otras nuevas pero en general sencillas de entender. Es una sesión lúdica donde se relata un cuento en el cual el grupo de niños se embarca en una travesía sonoro-corporal.

Objetivos de la sesión

- Potenciar imaginación, creatividad y expresividad.
- Estimular Atención y concentración.
- Facilitar conciencia corporal y movimiento.

Técnicas usadas

Musicoterapia Activa: canto de canciones, improvisación instrumental semi-estructurada, movimiento y expresión corporal.

Musicoterapia Receptiva: escucha de canciones, Imágenes guiadas con música y representación, cuento sonoro.

Actividades

Canción de bienvenida.

Cuento musical representado. Que incluye las siguientes actividades: canción con representación

“los niños navegantes”, canción con movimiento y representación “el enano”, marcha a través del puente imaginario con la canción “el tambor”.

Canción de despedida.

Desarrollo de la sesión

Inicio:

La sesión comienza como es habitual con la canción de bienvenida.

Desarrollo:

Después de la canción de bienvenida, se coloca una canción previamente compuesta por los terapeutas para simbolizar un viaje en barco, los niños son invitados a entrar en un espacio delimitado por sábanas enrolladas que sugieren la idea del barco, comienza el recorrido por la sala, mientras uno de los terapeutas relata la historia de los niños navegantes que van en busca de los tesoros.

El grupo navega cantando la canción compuesta para la ocasión. Los niños repiten la letra y melodía mientras realizan acciones que la tonada sugiere. Al llegar a la primera isla, llamada la isla de los enanos, se entona la canción “El enano” la cual tiene cambios de ritmos muy marcados, lo que lleva a los niños a distintos movimientos, reposado y caminando agachados. Se les explica a los niños que gracias a que ellos han seguido las indicaciones de la canción, los enanos que viven en la isla les han dejado un amuleto que los ayudará a llegar al final del viaje. Se le entrega a cada uno un collar con dos botones chicos. Los niños vuelven entonces al barco y siguen navegando, cantando la canción, los niños pueden saltar al agua y nadar, pescar y tomar sol, cuando el relator lo describe. En otros momentos se incluyeron sonidos cerca del barco para que ellos señalaran desde dónde venían los sonidos y a dónde debían dirigirse. El grupo desembarca en la segunda isla en la cual deben cruzar marchando un puente y pasar por un laberinto, recreado con sillas, para finalizar tocando el tambor con la canción del mismo nombre. Al superar todos los obstáculos, se les entrega un segundo collar con un botón más grande el que se suma al anterior. Los participantes regresan al barco, en el viaje se canta la canción de los navegantes. Finalmente llegan a la isla donde encontrarán el tesoro, se les entrega el tercer collar. Antes de llegar al tesoro final, primero deben cruzar, acompañados

por el co-terapeuta, un túnel con música en el cual sus compañeros los esperan a la salida, el túnel es representado por una hilera de sillas cubiertas por una sábana, al momento de salir cada niño es aplaudido por sus compañeros espontáneamente.

Cuando todos han salido del túnel, sentados en círculo entonan una canción que tiene por consigna dejar todos los collares en el centro del mismo, para poder recibir el tesoro que se llevarán, finalmente se les entrega una pequeña bolsa de papel rellena con un algodón que contiene una pulsera que todos se llevaran puesta.

Final:

Para cerrar la sesión como es natural se despiden con la canción de cierre, esta vez sin mencionar nombres y todos alzan las manos mostrando las pulseras.

Análisis de la sesión

Los niños fluctuaban entre la dispersión y la concentración, pero esta dispersión se dio en los momentos de juego y desplazamiento corporal por tanto no se consideró como un obstáculo para la fluidez de la actividad; la concentración efectivamente se daba en el momento en el que todos juntos iban en el barco, ya que este les proporcionaba un espacio de contención y de seguridad. Uno de los elementos que influyó en ello fue el hecho de que la canción era simple, ya que ellos solo tenían que repetir la letra y añadir su expresividad musical y corporal.

Es importante destacar que en esta actividad disminuyó la hiperactividad que en los participantes ocasionalmente despierta la conducta de Virginia y Kevin, esta hiperactividad se refleja en inquietud y dispersión. Virginia en esta oportunidad participó de manera activa y en muchos momentos sonreía mostrando alegría, el hecho de tener en sus manos un objeto con texturas, también redujo su ansiedad, en este sentido el collar fue una buena herramienta, ya que ella lo podía tocar y mover; todo ello denota un cambio en su habitual ansiedad por salirse del setting y buscar estímulos externos a la sesión. Otro ejemplo de esta reducción de inquietud se vio reflejado en Kevin quien dejó su actitud constante de querer llamar la atención para preferir integrarse al grupo.

Los objetivos que apuntan a la emocionalidad de los niños se vieron reforzados en el

viaje de imaginación y es necesario para poder desarrollar este proceso de manera integral. También se puede enriquecer, por ejemplo, estimulando a que los niños verbalicen y asocien sus vivencias con las actividades sugeridas para así despertar su afectividad.

4.1.7. Sesión 13 (cierre)

Pacientes:

Ignacio, Kevin, Renato, Virginia

Al llegar a esta sesión se ha continuado con actividades enfocadas a la relajación, el baño sonoro ha sido efectivo y los niños lo han recibido de modo espontáneo y alegre. Se ha repetido la actividad de imaginación y representación “los niños navegantes” efectuando los cambios explicados anteriormente. Además, se han repetido actividades que estuvieron presentes al comienzo de las sesiones, de modo que se pueda ir guiando al grupo hacia el cierre del proceso de una manera natural. Se ha preparado una sesión con actividades afectivas y sensoriales, se les estimula a la verbalización y a la expresión.

Objetivos de la sesión

- Facilitar la relajación.
- Favorecer la conciencia corporal.

Técnicas usadas

- Musicoterapia Activa: canto de canciones, improvisación instrumental semi-estructurada, movimiento y expresión corporal.
- Musicoterapia Receptiva: escucha de canciones, Imágenes guiadas con música y representación, cuento sonoro.

Actividades

- Canción de despedida.
- Relajación e inventario corporal.
- Baño sonoro.
- Música interpretada por los terapeutas para los niños.
- Improvisación musical del grupo y los terapeutas.
- Discriminación y reconocimiento táctil.
- Juego del túnel.
- Canción de despedida.

Desarrollo de la sesión

Inicio:

Se explica que esta va a ser la última sesión y que es una sesión especial. Posteriormente se canta la canción de bienvenida.

Desarrollo:

Se induce a una relajación vendando sus ojos e invitándolos a que se recuesten en calma. Se colocan sonidos de agua, y el co-terapeuta comienza relatando un inventario corporal, pidiéndoles que respiren profundo, el terapeuta toca acordes suavemente en la guitarra .A medida que se van adentrando en la relajación los terapeutas, tocan sobre los niños con instrumentos como Kalimba, quena, sonajeros, triángulo .Los niños permanecen relajados, sólo Virginia está explorando la guitarra, pero tranquilamente sin molestar a los demás.

Se les invita a sentarse y se les pregunta si les han gustado los sonidos, ante lo cual responden afirmativamente. Se les explica que en esta sesión final los terapeutas les van a regalar una música ejecutada por ellos. Virginia se inquieta y hace sonidos con la voz.

Posteriormente se les entregan instrumentos y los terapeutas tocan junto a ellos libremente, solo Kevin manifiesta la necesidad de verbalizar. Los niños intercambian instrumentos, el círculo se desarma y el grupo improvisa espontáneamente en parejas. Terminada la improvisación, se les propone escuchar la grabación de la música que se acaba de hacer. Los

niños reconocen los instrumentos que se oyen. Renato hace referencia a experiencias vividas en otra sesión.

Se les invita a participar de la siguiente actividad, para ello se les vendan los ojos, se dan las consigas que consisten en presentar un objeto que deben reconocer por medio del tacto, mientras uno de los terapeutas toca música frente al grupo, los niños van por turnos hablando de las características del objeto, la medida, la textura, la forma u olor. Se utilizaron, flores, ramas, piedras pequeñas, hojas y un peluche.

Para empezar con la siguiente actividad, se explica que se requiere que el grupo pase por un túnel y que al hacerlo intenten recordar lo que han vivido durante todo el proceso desde el inicio hasta el momento actual de despedida. La actividad consiste en que al pasar los niños por el túnel la música en un determinado momento va a parar y el que está adentro debe detenerse hasta que se retome la música para seguir avanzando, esto con el fin de darles tiempo para pensar y recordar. Los niños vivencian con gran placer la actividad riéndose y jugando divertidos, a Virginia se le ayuda a pasar.

Final:

Al terminar la última actividad se le regalan huevitos sonoros. Se les da un espacio para hablar de lo que quieran. Al cantar la canción de despedida algunos niños tocan los huevitos sonoros y otros tocan los instrumentos que están en el centro del círculo. La canción se repite más veces de lo habitual.

Análisis de la sesión

En esta sesión se les ha ofrecido a los niños la libertad para expresarse verbalmente acerca de lo que quisiesen, lo que se buscaba con ello era estimularlos a hablar de la evolución que han vivido. Pero, aunque la expresión verbal no haya sido considerablemente amplia, sí fue significativa. Renato fue capaz, por primera vez, de traer al presente el recuerdo de una sesión

pasada e Ignacio espontáneamente quiso contarnos que le había pasado en el día.

La intención era hacerlos conscientes de la finalización del cierre para facilitarles una instancia especial en la que pudiesen expresar todo lo que quisiesen decir.

La actividad de percepción de texturas, hizo que se concentraran, lo que les llevó al estado de calma. En la canción de despedida, Virginia reaccionó mejor que otras veces, su participación activa se vio reflejada en el interés demostrado mientras llevaba el pulso alegremente.

4.2. Consideraciones generales

Cada sesión es una nueva oportunidad para integrar el aprendizaje a la terapia, por ello, todo análisis deja consigo enseñanzas que se verán reflejadas en el avance del proceso.

En síntesis los puntos más relevantes fueron los siguientes:

-El setting: la elección de los instrumentos con los que se trabaja tiene relación directa con el grupo, en este caso, se dedujo que ciertos instrumentos de sonoridad potente pueden ser perturbadoras para algunas actividades planificadas, y no facilitan la concentración cuando son utilizados por niños demasiados inquietos, en el trabajo con grupos, por esto se decidió utilizar instrumentos de sonoridades medias.

Es valioso considerar la incorporación gradual de los instrumentos a las actividades como: cantar y tocar, bailar y tocar, relatar cuentos musicales. También resultó oportuno crear una canción con movimientos para sacar o guardar los instrumentos, lo que hace de esta actividad una instancia especial y por lo tanto más valorada por el grupo.

Para evitar la dispersión grupal o la desorientación espacial, que a veces puede ocurrir en el trabajo con niños ciegos, se consideró concentrar las actividades en el centro del espacio, por esto la música debía venir desde allí, siendo un referente para reunir al grupo en torno a las actividades.

-El enriquecimiento gradual de las actividades: ir añadiendo ideas nuevas a una misma actividad potencia positivamente las dinámicas. Estas ideas pueden ser propuestas por el grupo, lo que amplía mucho más la experiencia. Un ejemplo de ello sucedió con el saludo inicial, al darles la oportunidad de saludarse de distintas formas, por ejemplo tocando el hombro al preguntar el nombre, o saludar al hacer sonar un instrumento o tocar un instrumento cerca del niño al cual se le pregunta el nombre.

-La contención grupal: el grupo es capaz de ayudarse a si mismo, es el caso de los niños de Forma 2, quienes al aprender más rápido las consignas, pueden ser guiados para auxiliar a sus compañeros, realizando objetivos como, cohesión grupal o interacción grupal, entre otros. Con los niños de “Forma 1”, es necesario trabajar el contacto directo y el ejemplo concreto, de esta manera, se les facilita la comprensión de consignas, donde muchas veces las palabras no son útiles para este fin.

4.2.1. Análisis del proceso

Resultados a nivel grupal

Este análisis más que dar cuenta de resultados, muestra la respuesta que el grupo dio a la terapia y el impacto que tuvieron algunas actividades, se describe también el medio para lograr los fines terapéuticos.

Es interesante el fenómeno que se da al interior de este diverso grupo ya que los niños de “Forma 2”, ayudaron a que los niños de Forma 1 se incorporaran a las actividades. Esto se notaba en las acciones, las dinámicas sugeridas empezaban siendo realizadas por los niños de “Forma 2”, los que lograban comprenderlas más rápidamente y las transmitían al grupo. Esta reacción es muy importante, implica en el caso de los niños de “Forma 2”, el fortalecimiento de la autoestima al sentir que hacían crecer un juego incluyendo al grupo. Este es uno de los

mayores logros a nivel grupal, la integración de los niños con más dificultades.

4.2.2. Evaluación de objetivos por cada etapa.

Etapa 1

Habilidades sociales y vínculo.

Objetivos

-Crear vínculo entre terapeutas y pacientes: el grupo en general, se integró rápidamente al proceso, desde la segunda sesión manifestaron entusiasmo y vinculación con los terapeutas, mostrándoles confianza y colaboración en las actividades sugeridas, aportando ideas que enriquecieron las experiencias. Se puede afirmar que el vínculo con los terapeutas fue el primer logro.

-Consolidar un ambiente amable que otorgue confianza y seguridad a los niños: se fue logrando paulatinamente. El lugar donde se trabajó era la sala de juegos de los niños, por lo tanto ellos conocían bien el ambiente del lugar, lo relacionaban con diversión y juego. En relación a la atmósfera creada, sirvió mucho delimitar las sesiones con una canción de bienvenida y otra de despedida, esto les dio seguridad, eran ellos los primeros en instalar la atmósfera de la sesión con su canto de bienvenida. En ocasiones los niños quisieron quedarse más tiempo en la sesión, lo que se puede interpretar, como que, la actividad era un espacio de contención en el cual se sentían protegidos y a gusto.

-Sondear respuestas cognitivas, motrices y emocionales de los pacientes: durante las primeras sesiones fue necesario estar atento a conocer y explorar las respuestas que los niños daban a las actividades sugeridas. La respuesta que el grupo hace en un comienzo del proceso es lo que servirá de referente para ir evaluando el transcurso de la terapia. Las primeras actividades sirvieron para conocer cómo reaccionaban; éstas eran un compendio de lo que más adelante desarrollaríamos en dinámicas que incluían canto, movimiento y juegos. En esta etapa pudimos

conocer las limitaciones, capacidades y necesidades que los niños tenían. Constatamos que como cualquiera de los niños de su edad ellos necesitaban expresarse, generar vínculos, sentir confianza en si mismos, pero que éstas necesidades estaban mucho más limitadas por restricciones asociadas a sus déficit. En relación a sus capacidades se observó un nivel de desarrollo en cuanto al ritmo, interés en actividades con movimiento, y en especial se pudo apreciar las diferencias en las respuestas entre los niños de forma uno y forma dos. Estas diferencias se observan por ejemplo, en que los niños de “Forma 2” responden de manera manifiesta a las consignas de las actividades; los niños de “Forma 1” necesitan estímulos concretos, por lo que generalmente deben realizar la actividad para poder incorporarla.

Etapa 2

Habilidades cognitivas (atención y concentración)

Objetivos

-Discriminar sonidos y ubicación espacial: la discriminación de sonidos y la ubicación espacial, se trabajaron con actividades que tienen que ver con lateralidad (saber de dónde viene el sonido) y en las técnicas receptivas que involucran escucha. El proceso demostró que se requiere de un ejercicio constante y por tanto de mayor tiempo de trabajo. Los niños se interesaron y vivenciaron estas actividades, pero ocasionalmente les resultaban difíciles, ya que este tipo de actividades no forman parte de su currículum educativo.

-Potenciar la seguridad física a través del ritmo y del movimiento: este objetivo se trabajó con la inclusión de actividades que les eran familiares, como la ronda y el baile. La ronda por ser una actividad de grupo les permite sentirse protegidos entre ellos, lo que genera seguridad para realizar los movimientos, siendo estos predecibles, a la vez que es una instancia de recreación y alegría.

Llama la atención, el hecho de que hayan reaccionado a estas actividades de modo tan espontáneo, favoreciendo el logro del objetivo.

Al conocer la dinámica de las actividades, los niños podían expresarse libremente, con confianza y seguridad, el desafío que se les presentaba era, entregarles variaciones a las que podían responder, por tanto se puede afirmar que el grupo potenció su seguridad física.

-Facilitar los movimientos de marcha, coordinación, lateralidad y equilibrio: se les entregaron variadas instancias para poder practicar su orientación y movilidad en el espacio, en términos generales los niños fueron capaces de controlar su movimiento dentro del setting. En las canciones con instrucciones de movimiento, o las rondas, se vio reflejada la coordinación; los niños participaban con entusiasmo, cuando no conocían la canción, empezaban tarareándola, para de apoco ir incorporándola junto con los movimientos. En el caso de los niños de forma 1 los terapeutas les ayudaron a realizar las actividades, por lo cual nadie quedó sin participar. Además hubo actividades específicas que facilitaban el equilibrio la marcha y la coordinación, se recreó un puente por el cual debían pasar marchando al ritmo de un tambor. Como este tipo de dinámicas estaban incluidas dentro de juegos, los niños las tomaban como un desafío y por lo tanto una oportunidad para avanzar en su desarrollo.

-Potenciar el control de la respiración y tensión muscular: este objetivo se puso en marcha principalmente mediante inducciones a la relajación, se usó el sonido del agua y el baño sonoro. En las primeras sesiones que fue incluida la relajación, se les veía aún tensos, esto se notaba en la posición en la que se recostaban , posteriormente fueron encontrando, con la ayuda de los terapeutas, la manera más adecuada, de relajarse.

-Fomentar la expresión, la consciencia corporal y el movimiento: dos actividades fueron relevantes para llevar a cabo el aumento de la consciencia corporal, una fue la canción con instrucciones de movimiento y otra el inventario corporal que induce a la relajación. En la canción con instrucciones hubo una respuesta óptima desde el primer momento. Por medio del inventario corporal se describe cada zona del cuerpo, con esto el niño va haciendo una imagen mental de su cuerpo y por ello tomando consciencia de él.

-Estimular la atención y la concentración: el grupo lograba concentrarse cuando se relajaba,

esto lo predisponía para la atención.

Cuando el grupo reconocía las letras de las canciones que llevaban instrucciones, por ejemplo “la canción del cuerpo”, lograba integrarse a la actividad y por tanto disfrutarla más.

Desde el comienzo de cada sesión los niños debían estar atentos, para responder con su nombre en la canción de bienvenida.

Como vemos, la atención y la concentración fueron constantemente estimuladas, aunque las actividades especificadas para este fin les resultaron un poco más difíciles. Ciertos juegos no fueron comprendidos y por tanto no hubo interés, entre ellos el juego de percusión de nombres, el cual se intentó dos veces; la segunda vez simplificando los patrones rítmicos, pero aún así no resultó del todo. Otra actividad que tuvo poca llegada en este sentido de estimular la atención fue el juego en el que debían realizar una actividad cuando sonara un instrumento en particular, por ejemplo, al sonido del metalófono debían saltar, al sonar la guitarra debían bailar, etc.

El hecho de que estas experiencias no resultaran del todo, posiblemente tenga que ver con que el grupo no estaba familiarizado con ellas. Es también probable que estas consignas hayan sido muy complejas para que el grupo entero las absorbiera, lo que llevo a que no hubiese una respuesta mayor. Se observó que cuando el grupo entero se integraba en una actividad, ésta funcionaba y evolucionaba.

Etapas 3

Creatividad e imaginación

Objetivos

-Favorecer la emocionalidad: ocasionalmente los niños expresaban su afectividad abiertamente con un abrazo a los terapeutas. Las actividades lúdico-musicales les evocaron sentimientos de alegría y compañerismo. Los juegos provocaron respuestas emocionales de tensión y relajación. Cada vez, que eran capaces de aprender o involucrarse en una actividad, se notaba la emoción de haberlo asimilado y de formar parte del grupo. Se realizaron actividades en las cuales ellos podían expresarse individualmente, tal es el caso de las improvisaciones instrumentales en las cuales, bajo la dirección de los terapeutas, el grupo tocaba junto, pero también se les daba la oportunidad y el momento para tocar solos frente al grupo. En los cuentos musicales, los niños proyectaban sus estados de ánimo al interpretar, por ejemplo, a un grupo de niños que

enfrentaban adversidades pero que salían victoriosos de sus aventuras, esto les brindaba la ocasión para modificar su estado de ánimo llevándoles a sentimientos de gratitud y bienestar.

-Favorecer la relajación: este fue uno de los objetivos que resultó ser más necesario para el cumplimiento de otros objetivos, dado que reducía la ansiedad, predisponía al grupo hacia la concentración y a la vez , lograba relajar. Este tipo de actividades contribuyó a mantener y fomentar la atención.

Todos los integrantes lo lograron; los niños, sesión a sesión fueron sintiendo la necesidad y comprendiendo los beneficios que traía esta actividad. Esto, quedaba de manifiesto cuando comenzaba la inducción a la relajación, se acostaban espontáneamente preparándose para el momento de calma.

-Facilitar la imaginación, la fantasía y creatividad: el uso de la imaginación jugó un rol fundamental para que los niños pudiesen disfrutar de las dinámicas; la entrega de variados juegos de imaginación facilitó la comprensión de las consignas que involucraban cuentos y música, la música sirvió de motivación y dio impulso para que los niños desplegaran su fantasía. En lo que se refiere a la creatividad, en las improvisaciones instrumentales no se les proponía a los niños a que crearan algo sino que se les dio la libertad para explorar, para experimentar individual o grupalmente con los instrumentos y la interacción grupal. Una de las actividades más representativas en pos de este objetivo fue el viaje de imaginario de los niños navegantes, actividad que englobaba una serie de técnicas y juegos musicales dentro del contexto de un viaje, en este se desarrolló principalmente la fantasía y la imaginación dándoles un espacio para desplegar su expresividad y creatividad. El grupo demostró sentirse involucrado en la actividad y la vivenció en un ambiente de confianza y seguridad.

-Facilitar la percepción auditiva y kinestésica: la percepción auditiva es algo fundamental para el futuro desarrollo del niño ciego, ésta le servirá para establecer contacto con el entorno. En la terapia se trabajó conjuntamente con: concentración, atención y memorización; siguiendo el ritmo, aprendiendo las letras y el sonido de cada instrumento; reconociendo las voces de sus compañeros.

La percepción kinestésica es determinada a través de los movimientos del cuerpo y sentido muscular, el peso y la posición de los pies. Todos participaron de este tipo de dinámicas incluso

Joaquín que con su silla de ruedas.

4.3. Elementos de transferencia y contra-transferencia

En el transcurso de las actividades, los niños proyectaron en los terapeutas sentimientos, anhelos, ansiedades, afectos y recuerdos. Si bien no lo manifestaban verbalmente, lo evidenciaban con sus actitudes. Uno de los ejemplos más notorios tiene que ver con Kevin un niño de forma 2 que requería constantemente atención; en muchas sesiones, necesitaba abrazar a los terapeutas y estar cerca de ellos, quería poseer los instrumentos y el espacio del setting. En un par de ocasiones, se negó a retirarse de la sala cuando ya había terminado la sesión. En relación a este caso, personalmente lo primero que pensé fue llamar su atención cuando su conducta era molesta para el grupo dado que mi rol habitual es el de educador. Sin embargo, mi reacción fue un tanto pasiva y nunca me permití levantarle la voz ni estar constantemente llamando su atención, esto porque aún no estaba muy seguro de cómo poner límites a un paciente en una situación terapéutica. Luego de reflexionarlo, se tomaron medidas indirectas como por ejemplo, no entregarle instrumentos que pudiesen amplificar su carácter inquieto, mas no hubo acciones en cuanto a llamar su atención verbalmente. Este caso, sin duda significó un gran aprendizaje, puesto que efectivamente, si es necesario hacerle comprender al niño cuando su comportamiento es perturbador para sí mismo y para el grupo.

Específicamente, en cuanto a lo que la contra-transferencia se refiere, tomé conciencia de que ocasionalmente la conducta de los niños influía en mí, por ejemplo, cuando ellos se relajaban, yo me relajaba también; cuando ellos se alegraban, yo también lo hacía. Esto no quiere decir que no mantuviera mi objetividad, sino que hizo que tomara en cuenta el fenómeno, puesto que si bien uno debe acompañar al grupo en su proceso, no debe mimetizarse con él. Por cierto, esto no fue un problema, pero como dije me sirvió para mantener un rol de terapeuta más constante.

4.4. Aprendizaje y proceso personal

Al involucrarse en un proceso de terapia como éste, se van movilizando internamente muchos elementos que posteriormente emergen a la conciencia.

Se lleva a cabo un diseño, una propuesta y una manera de ver las cosas que van a influir tanto en otros como en uno mismo. Los objetivos que se plantean están en directa relación con las necesidades del grupo de trabajo pero, al elaborarlos, evaluarlos y analizarlos, uno se va integrando de modo inconsciente.

Si bien, siempre se toma en cuenta el efecto de la contra-transferencia, este efecto se ha de transformar en un elemento positivo para el desarrollo personal.

En función al análisis y evaluación posterior que de cada sesión se realiza, se vieron favorecidas en mí las facultades perceptivas y la capacidad de observación; así mismo la sensibilidad y la creatividad se ponen en juego para elaborar el material al buscar la mejor forma de contribuir a los objetivos que se plantearon en un comienzo.

Esta práctica significó para mí la oportunidad de medir, aplicar y ampliar mis conocimientos teóricos y prácticos sobre la musicoterapia. Me di cuenta de que en un grupo no siempre hay un resultado manifiesto, por ejemplo, la comprensión de las actividades por parte de los niños de “forma 1” en apariencia había sido dificultosa, pero si bien uno analiza detenidamente el proceso, puede distinguir que asimilaron y reaccionaron ante lo sucedido, pero su manera de elaborarlo, su manera de lograr los objetivos, no es tan manifiesta en comparación con la de los niños de “forma 2”. Se puede concluir a este respecto que el tipo de comprensión que tienen ambas clasificaciones es diferente, sin embargo ambas son válidas, ya que los objetivos que en musicoterapia se buscan en este tipo de déficit no son el desarrollar destrezas musicales, como en la educación musical, y por ello, no se buscaba por ejemplo, que los niños con problemas cognitivos aprendieran a cantar afinados o aprendieran a tocar un instrumento, el solo hecho de disfrutar con estas actividades es parte de el logro de los objetivos.

Resulta muy satisfactorio a nivel personal poder aplicar la creatividad en beneficio de un trabajo con fines terapéutico puesto que los recursos de lo que se disponen son elementos que tienen que ver con el arte, especialmente con la música, todo ello hace que este trabajo haya significado a nivel personal un aprendizaje en todo ámbito.

En relación al vínculo entre terapeuta y co-terapeuta, en un comienzo del proceso hubo ciertas dudas que se evidenciaban cuando cambiábamos de actividad, nuestro modo de entendernos era muy verbal y por ello ciertas veces la comunicación no era del todo fluida. Sin embargo nos dimos cuenta de que la comunicación analógica para estos fines es mucho más acorde e interrumpe menos el proceso del grupo, esta comunicación no-verbal, se expresa mediante gestos, miradas, acciones concretas etc.

Nuestro proceso se fue afinando, además, cada vez que diseñábamos una nueva sesión (en ella se creaban algunas de las canciones con las cuales se trabajó) pues podíamos reflexionar sobre la mejor forma de hacer nuestro trabajo. En la relación terapeuta y co-terapeuta, también sirve mucho definir los roles desde antes de una sesión, es decir, quien hará las veces de terapeuta (que en nuestro caso era quien daba las consignas) y quien las de co-terapeuta (El rol de este terapeuta es la de trabajar más directamente con los niños, ayudándoles a la comprensión y desempeño de actividades). En nuestro caso estos roles fueron variando y quedamos de acuerdo en que elegiríamos el rol de acuerdo a nuestra afinidad con las experiencias que se realizarían en las sesiones. Lo pensamos así, para poder aprender más desde los distintos ángulos que presentan ambos roles.

CAPITULO V

CONCLUSIÓN

Una de las cosas que más llama la atención al trabajar con niños ciegos, sobre todo con los que tienen un déficit más severo, es el estado de aislamiento en el que se encuentran, esto se nota de inmediato en sus movimientos estereotipados, en las posturas corporales, en la notoria necesidad de contacto y comunicación. Uno de los objetivos más importantes de este trabajo, es, poner al niño ciego en contacto con el entorno para que de esta manera pueda construir una vida más plena y libre, para que, en definitiva logre llegar a ese horizonte que dada su condición le resulta tan limitado. La música y su fuerza integradora, la música y sus características atmosféricas son una herramienta ideal para poder ligar al niño con el exterior.

La musicoterapia es una disciplina que resulta imprescindible en todos los lugares que se requiera el mejoramiento, de la calidad de vida del deficiente visual: establecimientos educacionales, centros de rehabilitación y otros. Su necesidad queda de manifiesto en este trabajo, el cual es sólo una muestra de un corto periodo de tiempo, en un proceso que puede llegar mucho más lejos si se mantiene de forma permanente.

Este trabajo con niños discapacitados visuales, obtuvo logros generales muy definidos, entre los más importantes se encuentran; el haber podido integrar a niños con problemas cognitivos junto a los que presentaban sólo déficit de ceguera, el disfrute de las actividades de los niños, la disposición y entrega a las actividades de relajación, el vínculo de los terapeutas y el vínculo al interior del grupo. Todo esto prueba que la experiencia musicoterapéutica, deja a su paso cambios, haciendo de ella una vivencia inolvidable, porque modifica a la persona que lo recibe.

5.1. BIBLIOGRAFIA

- JULIETTE ALVIN Música para el niño disminuido.1965. editorial , Ricordi Americana S.A.E.C, Buenos Aires.

- B.LATHOM, WANDA & T.EAGLE,CHARLES .Music Therapy for Handicap Children.Vol. 1 For the Hearing Impaired, Visually Impaired And Deaf-Blind.USA. MMB Music, Inc. P 60.

- B?TES DE TORO,MARIANO.Fundamentos de Musicoterpia.Ediciones Morata.Madrid. 2000.

- BUENO MARTIN, MANUEL.Deficiencia visual: aspectos psicoevolutivos y educativos. Aljibe. Málaga, Andalucía. España.1995.

- 5.- BRUSCIA,KENNETH. Modelos de Improvisación en Musicoterapia.Agruparte. Salamanca (España).1999.

- 6.- E.TAYER, GASTON. Tratado de Musicoterapia.Ediciones Paidos.Barcelona-España.1982.

- 7.- F.FEDERICO,GABRIEL.El niño con necesidades especiales. 2007, editorial Kier. S.A., Buenos Aires

- 8.-LOPEZ JUSTICIA, DOLORES MARIA. Aspectos Evolutivos y Educativos de la Deficiencia Visual .Coruña. Netbiblo,S.L.2004.

- 9.- POCH BLANCO, SERAFINA. Compendio de Musicoterapia. Volumen I. Herder. S.A. Barcelona .1999.

- 10.-SAINZ DE LA MAZA, ARO. Como Cura la Musicoterapia. RBA Libros S.A. Barcelona.2003.

5.2. WEBGRAFIA

<http://www.librospdf.net/>

<http://www.scribd.com/doc/2437580/MICROFTALMIA>

<http://www.imagenoptica.com.mx/pdf/revista54/anoftalmia.htm>

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/craneoinfantil/Patient/print#Keypoint1>

<http://www.unizar.es/gine/101craneo.htm>

http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol72_4_00/ped12400.htm

<http://www.joseantoniocobena.com/?p=274>

<http://www.postpoliolitaff.org/docs/QueEsLaDiscapacidad.pdf>

www.smo.org.mx/revista/pdf/8204/2008-82-4-205-209.pdf

5.3 ANEXO

Protocolo de Musicoterapia sesión grupal

Fecha:

Pacientes:

Sesión No:

Terapeutas:

Supervisora:

Institución:

- **Objetivo(s) de la sesión**

I Técnicas usadas (activa/receptiva ; improvisación libre/estructurada ; voz ; cuerpo etc.)

I Desarrollo de la sesión/actividades : inicio – medio – final ; momentos repetitivos/ momentos de cambio

Inicio:

Medio:

Final:

Momentos repetitivos:

Momentos de cambio:

- **Observaciones musicales, físicas, cognitivas, emocionales (paciente-terapeuta)**

Conclusiones

- **A considerar para la próxima sesión**