



Universidad de Chile
Facultad de Artes
Escuela de Post Grado

Musicoterapia en Trastornos con déficit cognitivo rango limítrofe

Cuadro multi-diagnóstico
La experiencia con "T", 6 años.

Monografía para optar al post-título en Especialización en Terapia de las Artes,
mención Musicoterapia.

Autor: Sergio Octavio Silva Pizarro
Profesor Guía: Rodrigo Quiroga

Santiago de Chile, año 2015

INDICE	Páginas
01_INTRODUCCIÓN _____	1
02_CONTEXTO INSTITUCIONAL _____	3
02.1_Residencia “Escuela Japón” _____	3
02.2_Características del establecimiento _____	3
02.3_Infraestructura _____	4
02.4_Recursos humanos _____	6
02.5_Resumen del FODA institucional _____	6
03_MARCO CONCEPTUAL EN NEUROCIENCIAS _____	8
03.1_Hemisferios derecho e izquierdo _____	8
03.2_Gardner y los talentos _____	10
04_MARCO CONCEPTUAL RESPECTO A LOS 4 DIAGNÓSTICOS DE “T” _____	16
04.1_Déficit cognitivo, coeficiente intelectual rango limítrofe _____	17
04.1.1_Definición _____	17
04.1.2_Características _____	20
04.2_Trastorno o déficit secundario del lenguaje _____	21
04.2.1_Definición _____	21
04.2.2_Características _____	24
04.3_Trastorno de déficit atencional (“TDA”) _____	26
04.3.1_Definición _____	26
04.3.2_Características _____	27
04.4_Retraso del desarrollo psicomotor _____	29
04.4.1_Definición _____	29
04.4.2_Características _____	32

05_MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO_____	33
05.1_Respecto a la aproximación de los modelos usados en “T”_____	33
05.2_Abordaje Musicoterapéutico en el contexto escolar. Gustavo Gauna.	34
05.3_Modelo clásico de improvisación libre. Juliette Alvin._____	37
05.4_Modelo de Abordaje Plurimodal (APM). Diego Schiapira y otros autores.	40
05.5_El canto como medio terapéutico. Serafina Poch._____	47
05.6_Método Música en Colores (MEC). Estela Cabezas._____	50
06_PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO_____	57
06.1_Descripción_____	57
06.2_Aproximación diagnóstica_____	61
06.3_Diagnóstico musicoterapéutico_____	65
06.4_Objetivos_____	67
06.5_Criterios de evaluación_____	68
06.6_Metodología de trabajo. Setting._____	71
06.7_5 Necesidades Educativas Especiales de “T”._____	78
06.7.1_Aumento de aspectos comunicativos y expresivos del lenguaje, a través del canto. “TRASTORNO DEL LENGUAJE”._____	79
06.7.1.1_Observaciones_____	79
06.7.1.2_Marco teórico_____	83
06.7.1.3_Criterios de evaluación_____	84
06.7.2_Organización de trastornos cognitivos como la atención y la memoria. Estructuración. “DÉFICIT COGNITIVO”._____	85
06.7.2.1_Observaciones_____	85
06.7.2.2_Marco teórico_____	88
06.7.2.3_Criterios de evaluación_____	89
06.7.3_Mayor manejo de la frustración en el aula de clases y dificultad en la relación con los pares. Aspecto pragmático. “DÉFICIT HABILIDADES SOCIALES”._____	90
06.7.3.1_Observaciones_____	90
06.7.3.2_Marco teórico_____	94
06.7.3.3_Criterios de evaluación_____	95
06.7.4_Mayor control de habilidades viso-motoras. “PSICOMOTOR”._____	96
06.7.4.1_Observaciones_____	96
06.7.4.2_Marco teórico_____	97
06.7.4.3_Criterios de evaluación_____	98
06.7.5_Aumento de la autoestima. “CAMPO AFECTIVO EMOCIONAL”_____	99
06.7.5.1_Observaciones_____	99
06.7.5.2_Marco teórico_____	100
06.7.5.3_Criterios de evaluación_____	101
06.8_Análisis y evaluación_____	102
06.8.1_Estrategias Estructuradas_____	102
06.8.2_Estrategias Desestructuradas_____	104

06.8.3_ Aspectos a trabajar en una segunda instancia de Musicoterapia con la paciente_-----	107
06.9_ Autoevaluación_-----	107
07_ CONCLUSIONES_-----	109
07.1_ Conclusiones para los dos tipos de estrategias_-----	109
07.1.1_ Estrategias Estructuradas_-----	109
07.1.2_ Estrategias Desestructuradas_-----	110
07.2_ Conclusiones desde las fortalezas y las debilidades_-----	111
07.3_ Conclusiones desde los objetivos_-----	112
08_ BIBLIOGRAFÍA_-----	113
09_ ANEXOS_-----	117

01_INTRODUCCIÓN

Se trabajó Musicoterapia con una niña de seis años a quién llamaremos “T”. Ella posee un cuadro multi-diagnóstico (4 en total) que le genera problemas de lenguaje y comunicación, además de otros como la autoestima y la poca tolerancia a la frustración. Las sesiones de Musicoterapia parten con “T” en el segundo semestre del año 2013 y se dieron dentro de un contexto educacional de enseñanza básica en un total de 14 sesiones individuales; desde el día viernes 27 de Septiembre, hasta el viernes 05 de Diciembre del año 2013, en el establecimiento educacional “Escuela Japón” de la comuna de Estación Central, en Santiago de Chile¹. Escuela en riesgo social con mucha intervención profesional docente y terapéutica. Ella era la alumna con más diagnósticos de toda la Escuela y era la que tenía más intervenciones de diversos profesionales del área de la educación y la salud. Según la Neurociencia ella posiblemente nació con una deficiencia en su plasticidad cerebral generada en el período de su gestación y que estaría afectando más a su hemisferio izquierdo que al derecho. Las causas se desconocen, sin embargo a raíz de lo que rescata en este trabajo, podríamos decir que son causas ambientales o genéticas. Esta deficiencia la reduce cognitivamente al **“coeficiente de rango intelectual limítrofe”** como diagnóstico de base y lo que genera en ella un **“trastorno secundario del lenguaje” (se aborda como TEL)**, un **“trastorno de déficit atencional” (TDA)** y un **“retraso del desarrollo**

¹ _Ver Horario de Musicoterapia en el anexo.

psicomotor. En el transcurso de dos años de intervenciones de especialistas, más una medición **WISC III** de la Universidad católica, se definió el cuadro multi-diagnóstico. Todas estas evaluaciones se engloban en una sola **NEE Transitoria. Funcionamiento intelectual limítrofe con dificultades significativas en la conducta adaptativa.**

A “T” esto le conlleva diversos problemas con su entorno, en cuanto a la comunicación, frustración, rabia, vergüenza e incapacidad de adaptarse a su realidad escolar con sus compañeros y profesores, eso gatilló que hiciera crisis en el aula lanzando objetos y gritando. Pese a su cuadro clínico “T” era alegre, gestualmente comunicativa, sonriente, expresiva, con un potencial artístico muy grande y con su talento musical intacto y por explorar a través del lenguaje no-verbal, entendiendo así su lenguaje verbal en un 80%. Su déficit le permitía funcionar “casi” como una niña en rango “normal”, pese a que su diagnóstico de base era el de rango de “limítrofe”. Según los especialistas con las diversas intervenciones terapéuticas podría llegar hasta un coeficiente “normal lento”, por lo cual tenía un muy buen pronóstico. Pero siempre y cuando tuviese intervenciones terapéuticas regulares y adiestramiento mental constantes a través del tiempo.

02_CONTEXTO INSTITUCIONAL

02.1_Residencia “Escuela Japón”.

La práctica laboral se realiza en la Escuela Japón D-277 de la comuna de Estación Central. Direccionada en calle Huinay #1100, intercepta con calle Coyhaique (bajando por Avenida Las Rejas Sur), Población “Robert Kennedy”. Estación Central, Santiago - Región Metropolitana. Teléfono 7764049. Este establecimiento nace el 10 de Noviembre de 1972, como Escuela n° 517. En 1978 cambia de número y se le denomina Escuela D n° 227 y el año 1983, obtiene el reconocimiento pasándose a llamar “Escuela Japón”, en acuerdo con la embajada de ese país.

02.2_Características del establecimiento

“Sólo los que sueñan, logran lo imposible” ...Esta Escuela actualmente es uno de los establecimientos educacionales más importantes de la comuna de Estación Central, ganando premios y reconocimiento a través del tiempo, destacándose por su “orquesta”, al ser la agrupación instrumental formada por niños de enseñanza básica más grande de dicha comuna, que en el tiempo que yo estuve estaban preparando un videoclip, entrevistas del canal megavisión y una visita y presentación con Los “Jaivas”, todo gracias a su profesor de enseñanza

básica en música Don Carlos Weber, quién recibió a fin de año el premio de los 100 profesores más destacados del país por su labor, además de tener otros tantos proyectos deportivos y proyectos educacionales vigentes de inserción escolar y social, como el “Mapudungún” y el “huerto en la escuela”, ambos proyectos de gobierno que inauguró la propia primera dama del 2013, Cecilia Morel. Escuela en riesgo social, establecimiento muy estigmatizado en los años noventas, la llamaban la “Escuelita del vertedero”, por encontrarse al lado de uno, antes que se construyeran las casas de la Población, el sector son como cuatro cuadras al sur de la Villa Francia. Y pese a eso lograron educar a la mayoría de los vecinos del mismo sector. Escuela con un amplio refuerzo psicopedagógico por tener proyecto SEP (Ley de Subvención Escolar Preferencial). Con Profesores y Profesoras de enseñanza básica, pero además con diversos otros profesionales como fonoaudiólogas, psicólogas, terapeutas ocupacionales, una psicopedagoga y un asistente social.

02.3_Infraestructura

El establecimiento ocupa casi media cuadra cercada al lado de una plaza en la Población Robert Kennedy, tiene un frontis imponente y una entrada principal al establecimiento, construcción de concreto y ladrillos, protecciones en las ventanas y una reja de seguridad. Posee, además, salas administrativas de Dirección, Inspectoría General, CRA y Casino. Baños profesores, baños de alumnos, cocina (JUNAEB-PAE, para niños con beca de alimentos), pasillos con baldosas y

módulos, 11 salas de clase con mobiliario correspondiente, sillas, bancas para escribir, banco del maestro, pizarra, etc. 8 baños. Patios de tierra, galpón con baldosas para las clases de educación física, estacionamientos docentes, sala de computación, sala de música de la orquesta, Sala SEP (Donde se realizó la mayoría de las sesiones individuales, de hecho el “inicio” y el “término” de las sesiones con “T” transcurrieron en esa sala). Sala de 6 metros de largo por 4 metros de ancho, aproximadamente, donde trabajaba mi tutora (psicóloga), un psicólogo en práctica y un asistente social. Contaba siempre con dos colchonetas más los instrumentos de Musicoterapia, piso de baldosa, tres escritorios y unos cojines e indumentaria para psicología infantil. Sala psicosocial (dos, una sala general donde trabajaban la fonoaudióloga, psicóloga, terapeuta ocupacional y psicopedagoga, con las fichas de los alumnos en riesgo social y con trastornos; bancas, sillas y elementos propios para lecturas, además de instrumentos de medición y psicopedagogía, Y una pequeña donde también se realizaron sesiones de MT con “T”). Sala multiuso o psicomotriz (donde se trabajó la mitad de las sesiones individuales con T). Sala con características 30 mts de largo por 15 de ancho, donde además se trabajó con los grupales, alfombrada. Cuenta con colchonetas de todos los tipos, accesorios para clases de educación física, yudo, fút-sal, pero primordialmente para educación física, techada en caso de lluvia y taller de psico-motricidad con circuitos de entrenamiento. ²

² _Ver imágenes del establecimiento en anexos.

02.4_Recursos Humanos

En el año 2013 la Escuela es dirigida por un Director. 3 docentes directivos, tres profesores generales básicos. Jefa de UTP, Orientadora, Inspector Gral. 2 docentes técnicos. 22 docentes de aula. 5 asistentes de educación y 1 equipo psicosocial integrado por 2 psicólogos y 1 asistente social. Además del equipo de integración Escolar que lo conforman 2 profesores de educación diferencial, 1 psicóloga, 1 fonoaudióloga y 1 terapeuta ocupacional. Matricula de 202 alumnos el primer semestre del 2013.

02.5_Resumen del FODA Institucional (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas)

Según análisis FODA (Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas). Las debilidades más significativas que tiene el establecimiento son las inasistencias reiteradas y/o atrasos permanentes de algunos estudiantes. Bajos resultados en SIMCE, durante varios años consecutivos. Las Amenazas más significativas son Promoción de violencia al interior de algunas familias, repercute en la conducta agresiva de sus hijos y/o hijas al interior del establecimiento. Bajas expectativas de superación de algunas familias apoderados de alumnos. Sector de vulnerabilidad social en que se encuentra el establecimiento, con alto índice de delincuencia, alcohol y drogadicción. Las Fortalezas más significativas son la calidad de sus docentes, el trabajo en equipo tanto de profesores, especialistas como apoderados

de la Escuela. Buenos programas, becas y proyectos y talleres internos del establecimiento, tanto deportivos como culturales. Las Oportunidades más significativas son la ubicación y fácil acceso al establecimiento por locomoción colectiva, consultorio cerca, feria libre, redes de apoyo carabineros, COSAM, SENDA, Ley SEP.³

Con el ambiente escolar de “T”, definido en este punto, pasaremos a continuación a definir el Marco conceptual en Neurociencias y el Marco conceptual con respecto a los 4 diagnósticos que conforman el cuadro clínico de “T” para, finalmente, poder entender el proceso Musicoterapéutico que se llevó a cabo.

³ *_Resumen del cuadro FODA inserto en el PADE de la institución.*

03_MARCO CONCEPTUAL EN NEUROCIENCIAS

Se ha hecho de suma importancia entender la génesis que radica en el diagnóstico de base de la paciente, que tiene directa relación con su déficit cognitivo de base y los otros tres que le subyacen; Sin embargo, más adelante, en el proceso se podrán ver grandes capacidades de la paciente basado en los talentos o sus inteligencias que fueron parte indispensable de la terapia con “T”.

03.1_Hemisferios derecho e izquierdo

El cerebro. Se encuentra conformado por dos hemisferios unidos por un grueso paquete de fibras mielínicas, conocido como cuerpo calloso. Cada hemisferio es distinto y tiene funciones diferentes, las cuales derivan en funciones cognitivas innatas, funciones cognitivas básicas y funciones de administración cognitiva o “metacognitivas”. Eso ha dado origen a importantes investigaciones neurocientíficas aplicadas. ⁴

Esquema general del cerebro

El cerebro humano es el centro del sistema nervioso y se compone de:
Lóbulo pre-frontal, Lóbulo frontal, Lóbulo temporal, lóbulo parietal, lóbulo occipital,

⁴ _CÉSPEDES, Amanda; “Cerebro, inteligencia y emoción; Neurociencias aplicadas a la educación permanente”; fundación mírame editores; Capítulo 5 “modalidades de procesamiento de la información”; pág. 32.

además de cerebelo y sus conexiones hacia la espina dorsal o tronco encefálico y sus circunvoluciones y surcos, estos lóbulos o córtex contienen materia o sustancia blanca y gris. Además, el cerebro contiene partes internas como el bulbo olfatorio, hipotálamo, hipófisis, cuerpo opto-estriados, cuerpo caloso, cavidades del encéfalo, bulbo raquídeo. El cerebro además tiene áreas. El área de Broca que es responsable de la habla expresiva y el área de Wernicke que es responsable de la recepción de la habla.⁵

Hemisferio derecho

El hemisferio derecho de nuestro cerebro es el de las “habilidades cognitivas innatas” de “estilo divergente”. Procesa datos perceptivos, crea imágenes, tiene un proceso global, simultáneo, no intervienen procesos temporales ni se rige por la lógica. Además, procede por intuición y participa en la creación de esquemas nuevos. Es el asiento de la imaginación, la fantasía y el juego. Permite el vínculo. Según Gardner es la mente no escolarizada.⁶

Hemisferio izquierdo

El hemisferio izquierdo de nuestro cerebro es de “estilo convergente”. Procesa datos simbólicos, a través de un proceso secuencial, elabora lenguajes de

⁵ _Ver imágenes del cerebro humano en anexos.

⁶ _CÉSPEDES, Amanda; “Cerebro, inteligencia y emoción; Neurociencias aplicadas a la educación permanente”; fundación mírame editores; Capítulo 5 “modalidades de procesamiento de la información”; pág. 32.

índole proposicional, se rige por la lógica analítica, compara esquemas nuevos con esquemas preexistentes. Está al servicio del conocimiento conceptual y empírico.⁷

03.2_Gardner y los talentos

Howard Gardner. Psicólogo e investigador estadounidense, conocido por sus investigaciones en el análisis de “las capacidades cognitivas” y por haber formulado “la teoría de las inteligencias múltiples” en 1983.

Gardner, en su teoría propone la existencia de numerosos talentos humanos los que se insinúan desde muy temprano en la niñez, aguardando el “estímulo”. Y de cómo cada niño selecciona diversas actividades que elige o rechaza y que constituyen su flanco fuerte o débil, respectivamente, de su perfil cognitivo.⁸

Según Amanda Céspedes, se incluyen además en cada talento, funciones y conceptos neuropsicológicos. Estos son los siguientes:⁹

Talento lingüístico

- Primordialmente hemisferio izquierdo y partes del derecho.
- En el 75% empieza a madurar a los 6 meses de edad.

⁷ _Ibíd. Pág. 33.

⁸ _CÉSPEDES, Amanda; “Cerebro, inteligencia y emoción; Neurociencias aplicadas a la educación permanente”; fundación mírame editores; Capítulo 7“Habilidades cognitivas e inteligencia”; pág. 57.

⁹ _Ibíd.

- En el 75% culmina la maduración a los 12 años de edad. Talento metalinguístico.
- En el 3% de madurez temprana y de un modo muy rápido y preciso. Talento lingüístico superior a la norma.
- En las niñas madura más temprano y más rápido.
- Es la base de la habilidad discursiva. De la habilidad lectora verbal y musical (lectura de partituras), de una parte de la habilidad matemática (conceptual). Habilidades literarias y de la habilidad para dominar otras lenguas.
- Desarrollan intereses vocacionales humanistas. Derecho, psicología, publicidad, literatura, filosofía.¹⁰

Talento musical

- Predominantemente en las regiones temporales perisilvianas (fisura de Silvio) del hemisferio derecho y sus conexiones con el cerebelo.
- Capacidad de decodificar tonos.
- 2% posee desarrollo excepcional de la capacidad auditiva. Decodificando tonos sin patrón de comparación. Oído absoluto, y se le estimula desde muy temprana edad a través de la experiencia musical sistemática.
- Los chicos disfrutan lo rítmico-melódico desde muy pequeños, cantar, tocar instrumentos, bailar.

¹⁰ _CÉSPEDES, Amanda; "Cerebro, inteligencia y emoción; Neurociencias aplicadas a la educación permanente"; fundación mírame editores; Capítulo 7 "Habilidades cognitivas e inteligencia"; pág. 58.

- Desarrollan intereses vocacionales como intérprete vocal o instrumental, dirección y composición musical y de sonido.¹¹

Talento naturalístico

- Predominantemente en el hemisferio derecho. Los chicos muestran gran interés por la naturaleza y por el planeta.
- Aman los espacios abiertos a lo natural, el campo, la playa, los animales: se interesan por los caballos, insectos, peces, piden mascotas, son entusiastas boy scout y girl guides.
- Profundo respeto por la ecología. Participan tempranamente en movimientos ecológicos.
- Se interesan por programas documentales de animales y del planeta tierra.
- Desarrollan intereses vocacionales de Ciencias naturales, biología, agronomía, medicina humana y veterinaria y biología marina.¹²

Talento espacial

- Predominantemente en las regiones parietales del hemisferio derecho y en las áreas corticales motrices relacionadas con las praxias, como las que se encargan de la coordinación.

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

- Es la base de las habilidades plásticas, destrezas artesanales y constructivas como el dibujo técnico, armado de puzles, cubos, rompecabezas y de la lógica espacial.
- Desarrollan intereses vocacionales de diseño artístico, computacional, de vestuario e industrial, arquitectura, construcción, artes visuales, dibujo de cómics.¹³

Talento kinésico o físico

- Tiene sus bases en los sistemas funcionales motrices corticales y del cerebelo, sistema vestibular y sus conexiones, con participación protagónica de las áreas frontales, encargadas de las praxias o habilidades motrices aprendidas y de las áreas parietales encargadas del dominio espacial.
- Interés por el deporte y los juegos que implican movimientos como caminar, andar en bicicleta, trotar, andar en skate, nadar, escalar, jugar a la pelota, saltar la cuerda, bailar.
- Desarrollan intereses vocacionales como deportes en general, profesor de educación física, deportistas de alto rendimiento, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, Fisioterapeuta, masoterapeuta.¹⁴

¹³ *Ibíd. Pág.59.*

¹⁴ *Ibíd.*

Talento lógico matemático

- Tiene sus bases en los sistemas funcionales del hemisferio izquierdo, parietal derecho y regiones pre-frontales.
- Muestran interés por el mundo físico, las mediciones, conteo, cálculo y resolución de problemas, suelen descubrir el mundo del cálculo espontáneamente en la edad preescolar.
- Desarrollan el pensamiento lógico simbólico en matemáticas.
- Desarrollan intereses vocacionales como Ingenierías comerciales, contabilidad, ingenierías civiles.¹⁵

Talento interpersonal

- Tiene sus bases en las regiones funcionales del hemisferio derecho que participan en las habilidades comunicativas básicas y regiones pre-frontales encargadas de la administración de recursos cognitivos al servicio de objetos sociales.
- Se da en chicos de naturaleza extrovertida, con carisma, empáticos y seductores. También en algunos niños tímidos pero con potente desarrollo de la pragmática y mentalización.
- Desarrollan además el talento lingüístico a nivel discursivo.

¹⁵ *Ibíd.*

- Desarrollan intereses vocacionales por las actividades de servicio social, sociología, relaciones públicas, políticas y teatrales.¹⁶

Talento intrapersonal

- Tiene sus bases en regiones de dominio, lingüístico, lógico y reflexivo.
- Suele darse en chicos más bien introvertidos con un rico mundo interior, disfrutan de la soledad, gustan de la lectura y que poseen un muy buen dominio discursivo.
- Desarrollan intereses vocacionales en la línea de la filosofía, sociología, literatura poesía.¹⁷

¹⁶ *Ibíd.*

¹⁷ *Ibíd.*

04_MARCO CONCEPTUAL RESPECTO A LOS 4 DIAGNOSTICOS DE “T”

Según su escala de WISC III, realizado en Marzo del 2013 en la Universidad Católica de Chile. El multidiagnóstico de “T” se engloba en uno solo.

- **NEE Transitorias. Funcionamiento intelectual limítrofe con dificultades significativas en la conducta adaptativa.** ¹⁸

El multidiagnóstico (4) viene a ser explicado por cada uno de los profesionales que intervinieron a “T” durante el período de uno a dos años. Cabe destacar, además, que el primero de los diagnósticos es de base y los otros tres que le siguen son los subyacentes. Estos diagnósticos son los siguientes:

- **Coeficiente de rango intelectual limítrofe.** Psicóloga clínica.
- **Trastorno secundario del lenguaje.** Fonoaudióloga.
- **Trastorno de déficit atencional (TDA).** Neurólogo.
- **Retraso del desarrollo psicomotor.** Terapeuta ocupacional. ¹⁹

¹⁸ _ WISC III; *Síntesis del test cognitivo, Marzo del 2013; Estandarización chilena; Normas Universidad Católica de Chile; Formulario Único de evaluación capacidad intelectual y funcionamiento adaptativo. NEET, necesidades educativas transitorias; Síntesis del proceso de evaluación diagnóstica integral. Run. 22.191.202-0. PIE, proyecto de integración escolar.*

04.1_Déficit cognitivo, coeficiente intelectual rango limítrofe

04.1.1_Definición

El déficit cognitivo se define como un funcionamiento intelectual por debajo del promedio, que se presenta junto con trastornos y deficiencias de adaptación. Se gesta en el período intrauterino por una multiplicidad de factores genéticos (gen dominante o que se manifiesta y gen recesivo que no se manifiesta, pero que está presente y se puede transmitir). Factores ambientales, uso de drogas, accidentes físicos y accidentes químicos. Se gesta en el período de embarazo (madre fumadora, madre bebedora, accidente físico, accidente químico de la madre y/o genético de ambos padres) se manifiesta durante el período del desarrollo. Según Gardner las personas con déficit cognitivo tienen dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal-comunicacional (habilidades sociales, talento lingüístico) y matemática (talento lógico-matemático), en la mayoría de los casos mantienen intactas sus inteligencias artísticas y musicales (talento musical, espacial y naturalístico).²⁰

¹⁹ _Los diagnósticos estaban en los archivos del depto. psicosocial de la escuela. Además se tuvo una entrevista con todas las profesionales que abordaban a "T" en la Escuela. (Fonoaudióloga, Psicóloga, Terapeuta ocupacional, psicopedagoga); en dicha entrevista explicaron todo el cuadro de "T" al MT.

²⁰ _Ministerio de educación nacional. D.C. Colombia, 2006; déficit cognitivo; Howard Gardner (3°) lámina. <http://www.slideshare.net/pauliitaasaes/deficit-cognitivo#>

David Wechsler, psicólogo norteamericano, fue el que propuso en los años cuarenta una escala de inteligencia estructurada, de tal modo que permite evaluar funciones o capacidades intelectuales agrupadas en una escala verbal y una escala manual o de ejecución. Con ello se obtiene para el mismo sujeto un C.I. verbal, un C.I. manual y un C.I. total. La primera versión del test se le conoce como el Wechsler-Bellevue y era aplicable para personas entre 15 y 45 años de edad. Posteriormente elaboró una escala para niños entre 6 y 15 años de edad, conocida como WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children). Una escala para adultos entre 16 y 75 años de edad, conocida como WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale). Y más tarde una escala que se aplica entre los 2 y 6 años de edad, conocida como WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence). Actualmente existen versiones revisadas actualizadas. WISC-R, WAIS-R y WISC III.

A nivel macro el test tiene una sub escala verbal y otra manual. La verbal mide información, comprensión, aritmética, dígitos, semejanzas, vocabulario. La manual mide simbología, completación, cubos, ordenación, ensamblaje.

El rango del coeficiente intelectual limítrofe es de 70 a 79 de puntuación y se presenta en un 6,7% de la población aproximadamente.²¹

A través de este cuadro podemos observar los valores de CI obtenidos por la escala de Wechsler, se establecen los rasgos y sus correspondientes diagnósticos de nivel intelectual:

²¹ *_BRINKMANN, H; Doc. Depto Psicología, Universidad de Concepción; Rangos de C.I. y diagnósticos correspondientes; pág. 13.*

Rango de CI	Clasificación	% Población aprox.
130 y más	Inteligencia muy superior	2.2%
120-129	Inteligencia superior	6,7%
110-119	Inteligencia normal brillante	16.1%
90-109	Inteligencia normal promedio	50.0%
80-89	Inteligencia normal lenta	16.1%
70-79	Inteligencia limítrofe	6.7%
Hasta 69	Deficiencia mental	2.2%

Para la deficiencia mental, además, se toma en cuenta la siguiente clasificación adoptada por la Asociación Americana para la Deficiencia Mental (AAMD):

Rango de CI	Clasificación diagnosticada
55-69	Deficiencia mental leve
40-54	Deficiencia mental moderada
25-30	Deficiencia mental severa
Hasta 24	Deficiencia mental profunda

04.1.2_Características

Según el DSM IV de 1995 (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales), los niños con problemas intelectuales forman un grupo muy heterogéneo, son diversos y tienen distintos grados de severidad, además los clasifica en retrasos mentales leves, moderados, graves y profundos.

En el caso del retraso mental leve dice que son niños con insuficiencias mínimas en las áreas sensorio-motoras y con frecuencia no se distinguen diferencias de otros niños, pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación hasta sexto año con problemas superables, son educables si se realiza un trabajo planificado y supervisado por parte del profesor, familia y comunidad.²²

- Se caracterizan por tener una mayor lentitud para aprender con respecto a la velocidad con que aprende la mayoría de los niños del mismo curso.
- Diferencia entre su edad cronológica y su edad mental.
- Poca capacidad creativa que no les permite adaptarse con éxito a nuevas situaciones.
- Dificultades psicomotoras (principalmente en la motricidad fina).
- Déficit de habilidades sociales.

²² _TORRES, Gabriela y RUIZ DE GAMBOA, Emma; "Niños con necesidades educativas especiales, como enfrentar el trabajo en el aula"; Graciela Luchinni editora, ediciones Universidad Católica. 3° Edición; capítulo 6, "orientaciones específicas para el trabajo con niños con problemas intelectuales, pág. 137.

- Dificultades en las relaciones afectivas: relacionarse con otras personas, hacer amigos y conservarlos, tener una pareja y formar una familia.
- Autoestima baja
- Poca tolerancia al fracaso y la frustración.

Se recomienda trabajar con personas con rango intelectual limítrofe aspectos como la confianza, vínculo, autoestima, habilidades sociales y capacidad de tolerar frustraciones, además el terapeuta deberá favorecer un ambiente sano y positivo lleno de refuerzos motivacionales.

04.2_Trastorno secundario del lenguaje

04.2.1_Definición de Trastorno secundario del lenguaje (o Déficit secundario del lenguaje).

Déficit por causa orgánica conocida o Déficit secundario del lenguaje. “Es el lenguaje que aparece afectado producto de una causa orgánica y así lo demuestran los exámenes practicados al niño. Ejemplo hipoacusia, parálisis cerebral, síndrome de down, etc. Esto significa que el lenguaje deficitario no es la única o gran

manifestación de alteración del desarrollo sino más bien subyace a otro déficit mayor”.²³

El Déficit secundario del lenguaje se clasifica dentro de los lenguajes deficitarios. El lenguaje deficitario es aquel que no cumple la función instrumental adecuadamente desde la cognición, la comunicación, la sociabilización y la afectividad, entre otros. Se define como un retraso del lenguaje cuando el niño lo adquiere de forma tardía existiendo una brecha entre sus pares y él. También se define como trastorno del lenguaje cuando está presente y se manifiesta de forma diferente, no solo por el atraso sino porque tanto los aspectos como los niveles no cursan un desarrollo armónico. Los trastornos del lenguaje se definen como una falta de organización del código o lenguaje desorganizado. Existen muchos motivos que producen estos retrasos o trastornos, sin embargo se separan en dos grandes criterios. “Déficit sin causa orgánica conocida como déficit primario del lenguaje” y “Déficit por causa orgánica conocida o déficit secundario del lenguaje”.²⁴

Déficit sin causa orgánica conocida o déficit primario del lenguaje. No se observa por exámenes médicos alguna anomalía, sin embargo el niño presenta un comportamiento verbal deficitario. No pueden ser explicados objetivamente desde la medicina tradicional y se presenta en niños que debutan con una adquisición tardía en el lenguaje. No inicia dar paso al lenguaje entre 18 y 24 primeros meses. Niños de tres años que no hablan y a los cuatro años son niños con lenguaje limitado en

²³ _PESSE, Verónica; *“Niños con necesidades educativas especiales, Como enfrentar el trabajo en el aula”*; Graciela Luchinni editora, ediciones Universidad Católica. 3º Edición; capítulo 7; *“Orientaciones específicas para apoyar a los niños con problemas de lenguaje”*; 7.5. Lenguaje deficitario; pág. 168.

²⁴ _Ibíd.

todos los niveles nombrados o en algunos de ellos (nivel fonológico, sintáctico y semántico). Muchas son de tipo madurativas (funcionales), pero puede ser la antesala de dificultades mayores. El déficit por causa conocida o déficit secundario del lenguaje, significa que “el lenguaje deficitario no es la única o gran manifestación de alteración del desarrollo sino más bien subyace a otro déficit mayor”.²⁵

Niños que manifiestan dificultades en el desarrollo del lenguaje, el niño lo adquiere más tarde sin embargo presenta problemas de desarrollo y comprensión de los niveles de lenguaje. Trastorno de la organización del lenguaje, es cuando el niño no logra incorporar y expresar organizadamente, el lenguaje es errático y tangencial provocando en él y en el receptor un clima de falta de entendimiento. Niños con dificultades en la función comunicativa, son aquellos niños con una intención comunicativa poco desarrollada, emergente o ausente. Dan como resultado ausencia del lenguaje oral o bien un lenguaje oral que no es comunicativo (aspecto autista). Niños con dificultades en el ritmo de la palabra (tartamudez, entre otros).²⁶

Dislalia. Es una alteración, sustitución u omisión de un fonema en forma consistente o permanente. Ejemplo: Lalo-dado, calena-cadena, colo-codo. Existe la dislalia ambiental, a nivel cultural. Ejemplo. Esparda-espalda.²⁷

²⁵ _PESSE, Verónica; *Niños con necesidades educativas especiales*; Graciela Luchinni editora, ediciones Universidad Católica. 3° Edición; capítulo 7; “Orientaciones específicas para apoyar a los niños con problemas de lenguaje”; 7.5 Lenguaje deficitario; págs. 168-169.

²⁶ _ibíd.

²⁷ _ “T” tenía problemas de “dislalia” Ej: “Tío Sergio”, ella decía “Kío jessio”.

TEL (Trastorno específico del lenguaje). Se le llama TEL a un inicio tardío o a un desarrollo lento del lenguaje oral, el cual no se explica por un déficit sensorial, auditivo o motor ni por deficiencia mental. Es una alteración del lenguaje que no está provocado por causas orgánicas, sociales ni emocionales. Esta característica (la ausencia de un factor directo al cual asociarlo), hace que el trastorno sea llamado específico y no secundario. Existe el TEL expresivo y el TEL mixto.²⁸

04.2.2_Características

El niño o niña con trastorno del lenguaje:

Parece no escuchar adecuadamente. Comete errores en la producción de las palabras. Presenta dislalia. Comete errores al utilizar algunas letras. Presenta dificultad para memorizar palabras. Tiene dificultad para hablar adecuadamente. No es claro para explicar. No usa vocabulario a su edad. Comete errores en los tiempos verbales. No comprende una instrucción simple (dame el lápiz). No comprende dos instrucciones sencillas (siéntate y cierra los ojos). No comprende instrucciones complejas (dame el cuaderno de tapa roja que está en el mueble). Le cuesta responder a preguntas del tipo ¿quién es?, ¿qué es?. Habla de forma telegráfica. No reconoce absurdos del tipo “los barcos vuelan”. Su lenguaje es incoherente, sin sentido. Presenta Ecolalia, es decir, repite las órdenes y/o

²⁸ *_La fonoaudióloga dijo en la entrevista con el MT; que el Trastorno secundario del lenguaje se trata exactamente igual a un TEL (Trastorno específico del lenguaje) sin variaciones.*

preguntas que se le formulan. Se comunican con palabras sueltas. Usa preferentemente habla infantilizada. No es capaz de mantener el tema de conversación. No se reconoce como yo, no usa pronombres para referirse a si mismo. Presenta dificultad para comprender palabras y frases. Presenta dificultad para usar frases de diferente longitud. Presenta dificultad para entender frases de diversa complejidad.

Está comprobado que tanto la ausencia del lenguaje como el lenguaje deficitario, originan frustración, ansiedad, agresividad, pudiendo llegar a producir además importantes trastornos asociados, se activa el cortisol y la adrenalina.

Desde lo fonoaudiológico se recomienda trabajar confeccionando un plan de estimulación del lenguaje oral que trabaje el concepto preliminar. Actividades que favorezcan la estimulación del lenguaje expresivo. Actividades que favorecen la estimulación del lenguaje comprensivo y Actividades que favorezcan la estimulación del aspecto pragmático.

04.3_Trastorno de déficit atencional (“TDA”)

04.3.1_Definición

Según Amanda Céspedes, “Se define como un conjunto de características neuropsicológicas que se expresan a lo largo del desarrollo en lo cognitivo, lo socio-afectivo y lo conductual, pero cuyo sustrato es cerebral, tales características tienen como denominador común el compromiso de los recursos de administración intelectual y social (funciones ejecutivas), sin perjuicio de que existen otras funciones cerebrales comprometidas. Este compromiso a su vez se da en un continuo, que va desde la expresión de un proceso madurativo lento y/o retrasado de las funciones ejecutivas y otras funciones cognitivas respecto del promedio (la llamada “inmadurez neurobiológica”) a una disfunción pre-frontal severa”.²⁹ Estudios demuestran que es hereditario en el 76% de los casos. Actúan factores genéticos tanto como ambientales y psicosociales. Según Amanda Céspedes hay dos subtipos. El inatentivo y el impulsivo.

Cabe destacar que el “TDA” también se le conoce como “SDA” (“Síndrome de Déficit Atencional”, como lo sigue llamando Amanda Céspedes), en la actualidad

²⁹ _ CÉSPEDES, Amanda; “Déficit atencional en niños y adolescentes”; Editorial Vergara; Capítulo V, “El espectro Síndrome del déficit atencional/Síndrome del Déficit Atencional con Hiperactividad (Espectro SDA/SDAH)”; Pág. 67.

se le llama “trastorno” (es cuando interfiere en la vida diaria), sin embargo anteriormente se le llamó “síndrome” (es un conjunto de síntomas).

04.3.2_Características

En la edad de párvulo y preescolar:

- TEL (trastorno específico del lenguaje expresivo) con buena comprensión.
- Inquietos, demandantes, con dificultad para auto regular el temperamento, oposicionistas y de fácil desborde emocional frente a las frustraciones. La ansiedad los desborda de modo muy intenso, empeorando la conducta oposicionista.
- No atienden a las instrucciones, se distraen fácilmente.
- Son dependientes, fantasiosos, lúdicos y parecen de menor edad.
- Tardan más en definir la lateralidad manual, en hacer secuencias, en identificar grafemas, en contar con noción de cantidad.
- Dificultad para el control miccional nocturno (enuresis nocturna primaria).
- Las alergias respiratorias son muy frecuentes. Son hipersecretores.
- Las otitis de oído medio de tipo inflamatorio hipersecretor alérgico son muy frecuentes.

- No es muy conveniente promoverlos a 1° año básico si van a pasar de curso con 6 años recién cumplidos y todas las características anteriores.³⁰

En la edad escolar (desde los 6 años en adelante):

- Conservan dificultades verbales asociadas al TEL hasta los 6-7 o más años de edad.
- Presentan Retardo Lector Específico, adquiriendo tardíamente la consciencia fonológica. Habitualmente leen después de los 8 años y conservan una lectura descifratoria por mucho tiempo.
- Tardan en ingresar a la etapa de lectura comprensiva.
- En el caso de las niñas si no son tratadas en la edad escolar pueden tener grandes probabilidades de tener trastornos del ánimo y depresiones.

Factores o causas para el TDA:

- Pobreza.
- Maltrato.
- Desnutrición.
- Soledad afectiva.
- Modelos inadecuados de crianza.
- Incomunicación afectiva.
- Problemas perinatales (bajo peso al nacer).
- Madre fumadora / bebedora.

³⁰ _CÉSPEDES, Amanda; "Déficit atencional en niños y adolescentes"; Editorial Vergara; Capítulo VI, "Los viajeros del espacio: SDA subtipo inatentivo". Pág. 117.

- Neurotoxinas prenatales y postnatales tempranas.³¹

04.4_Retraso del desarrollo psicomotor

04.4.1_Definición

“Es la adquisición tardía de las habilidades motoras, ya sea por una evolución lenta o falta de madurez del sistema nervioso central que condiciona alteraciones fisiológicas que pueden llegar a ser patológicas si no se proporciona una atención adecuada y oportuna por un personal médico especializado”³²: A diferencia del retraso, un correcto desarrollo psicomotor es el proceso continuo y dinámico a lo largo del cual, el niño adquiere progresivamente las habilidades que le permitirán una plena interacción con su entorno, este proceso es secuencial, progresivo y coordinado.

Los cuatro factores que pueden alterar el desarrollo normal del sistema nervioso inmaduro de un niño son:

- Lesión directa del sistema nervioso.

³¹ _CÉSPEDES, Amanda; “Déficit atencional en niños y adolescentes”; Editorial Vergara; Capítulo III, “Capacidad de autorregulación y conducta; Factores de adversidad para el SDA”; Pág. 64.

³² _Depto. Médico hospital general de México. Guía diagnóstica de medicina física y rehabilitación; Capítulo 8 Pág. 42.

- Afección de alguna otra parte del cuerpo que provoca secundariamente alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso: Riesgo biológico.
- Alteraciones genéticas.
- Causas que dependan del medio ambiente y que influyan sobre el crecimiento y desarrollo normal del sistema nervioso. Diversos factores ambientales influyen directa o indirectamente en el desarrollo físico del niño, Estos factores pueden ser de carácter social, económico o cultural.³³

En el caso de “T” se presume que podría ser el segundo punto, ya que la afecta desde un nivel secundario.

Según el calendario psicomotor podemos clasificar en distintas etapas las siguientes edades psicomotrices de la motricidad gruesa y la motricidad fina. Si un niño no cumple o no manifiesta estas características en las distintas edades estaríamos frente a un posible retraso del desarrollo psicomotor. Estas edades son las siguientes:³⁴

- 0-3 meses de vida. Motricidad gruesa: Control cefálico. Motricidad fina: Sigue hasta línea media, reflejo de prensión, manipula anilla, intenta coger anilla.
- 4-8 meses de vida. Motricidad gruesa: Apoyo de antebrazos, gira sobre su eje y hace volteos. Motricidad fina: Pasa línea media, junta las manos, busca un objeto, destapa la cara, coge objetos grandes con pulgar y palma, pinza

³³ *_Ibíd.*

³⁴ *_Depto. Médico del centro médico de foniatría y logopedia; Toledo.*

inferior, intenta coger diversos objetos pequeños, tira un cordón, toca la campanilla.

- 9-12 meses de vida. Motricidad gruesa: Se sienta solo, gatea, se pone de pié, marcha lateral con apoyo, pasos con ayuda. Motricidad fina: Pinza superior, coge objetos pequeños, destapa y pasa objetos, da palmas, mete un cubo en la taza, imitación.
- 13-18 meses de vida. Motricidad gruesa: Marcha libre, baja y sube escaleras. Motricidad fina: Señala con el índice, mete y saca piezas de un recipiente, hace torres de dos y tres cubos, sujeta lápiz (forma prensil), intenta imitar garabatos, pasa páginas de un libro, lanza la pelota.
- 19-24 meses de vida. Motricidad gruesa: Carrera libre, camina hacia atrás, camina de lado, trepa a los muebles. Motricidad fina: Garabateo espontáneo, imita trazo horizontal, encaja un objeto, torres de 4 a 6 cubos, abre puertas.
- 2-3 años de edad. Motricidad gruesa: Chutea la pelota, salta hacia adelante, alterna pies al subir escaleras, Se mantiene sobre un pié, salta un escalón, camina de puntillas. Motricidad fina: Dibuja una cruz, traza líneas a imitación, torre de 8 cubos, ayuda a recoger.
- 4-6 años de edad. Motricidad gruesa: Salta con pies juntos, salta hacia atrás, alterna pies al bajar escaleras, lanza pelota por encima de sus manos, anda en bicicleta, camina con talones, salta sobre la cuerda desde los 20 cm. Motricidad fina: hace un punto con cubos, copia círculos, cuadrados, triángulos y otras figuras, corta con tijeras, ayuda a vestirse y desvestirse.

- 7-12 años de edad. Habilidad motora y muscular, marcha en tándem hacia atrás, se mantiene en posición con marcha a ojos cerrados, equilibrio puntas con ojos cerrados. Motricidad fina: Organización, coordinación y habilidad de funciones perceptivas, manuales oculares para aprendizajes escolares, coge al aire una pelota de tenis, lanza una pelota a un blanco.

A simple vista “T” no presentaba mayores diferencias con una niña de su edad. De lo que se observó con “T” es que sí logra hacer la “pinza” con los dedos, sin embargo sus movimientos, en algunos casos, son un poco torpes y bruscos. Es el caso cuando toma objetos, la misma carpeta, se le nota que hay una “inmadurez” o falta de desarrollo psicomotriz, tiene capacidad para organizar cosas y moverlas, toma instrumentos musicales y los toca, puede controlar su fuerza.

04.4.2_Características

El niño con retraso madurativo o psicomotor es aquel que no ha adquirido las habilidades con respecto a su edad. Es muy importante que los papás se den cuenta a tiempo si tiene desfases con respecto al calendario psicomotor. Los niños con retraso psicomotor adquieren problemas con el lenguaje y la comunicación, atención, razonamiento, memoria, desarrollo motor, grueso y fino, percepción, habilidades sociales, habilidades de autonomía.³⁵

³⁵ *Ibíd.*

05_MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO

05.1_Respecto a la aproximación de los Modelos usados en “T”

De los Modelos usados en Musicoterapia con “T”, se ocupará el término “aproximación” para referirse al rescate de algunos elementos de diversos autores y sus teorías, tomando de dichos modelos solo aspectos que se puedan observar, justificar, incluir, adaptar dentro de lo que fue la observación y la posterior intervención con “T” el segundo semestre del 2013.

“Cabe destacar, ante todo, que cualquier actividad musical (escuchar música, tocar un instrumento, improvisar, cantar, bailar...) por ella misma no es musicoterapia, sino simplemente una actividad musical. Para que sea musicoterapia, estas actividades deben formar parte de un proceso musicoterapéutico”.³⁶

Este proceso terapéutico debe sustentarse en bases sólidas y psiquiátricas. No se puede hablar de modelos, métodos o técnicas en musicoterapia sin tenerlas en cuenta.

³⁶ _POCH, Serafina; “Compendio de Musicoterapia” vol.1; Capítulo III, “Metodología en Musicoterapia, Teorías psicoterapéuticas más importantes”; Pág. 129.

“La clasificación más general los divide en; métodos “pasivos” (también llamados receptivos) y “métodos activos” (conocidos igualmente como creativos). La denominación de activo o pasivo responde al hecho de implicar una acción externa o interna por parte del paciente. Los métodos activos implican una acción visible como es la de tocar un instrumento, bailar, cantar, etc. En cambio los métodos pasivos o receptivos no parecen comportar acción externa o física, como en la audición musical, aunque suponen lógicamente una actividad interna y esencial al poder provocar cambios en el estado de ánimo”.³⁷

05.2_Abordaje Musicoterapéutico en el contexto escolar. Gustavo Gauna.

Según Gauna “ha habido un giro en las preocupaciones de los docentes, que décadas atrás estaban centradas en los problemas de aprendizajes para ir evolucionando a los conocidos problemas de límites, de conducta y relación que se presentan cada vez más en las aulas de nuestro país y de gran parte del mundo”.³⁸

Los recursos clínicos son cada vez más aplicables en el aula de clases, la musicoterapia propicia la salud de los vínculos en la educación, por ende las

³⁷ _POCH, Serafina; *Compendio de Musicoterapia vol.1; Capítulo III, “Metodología en Musicoterapia, Clasificación general de los métodos y técnicas en musicoterapia”*; Pág. 129-130.

³⁸ _GAUNA, Gustavo; *“Diagnóstico y abordaje Musicoterapéutico en la infancia y la niñez”*; Editorial Koyatún, serie psicosocial 2. Cuarta parte, *“Intervenciones del musicoterapeuta en el contexto de educación; El musicoterapeuta y su trabajo en instituciones educativas; 6.1 musicoterapia y abordaje preventivo en educación”*; Pág. 235.

intervenciones de los musicoterapeutas son cada vez más solicitadas en las escuelas.

Del trabajo del musicoterapeuta en la educación especial, Gauna dice lo siguiente. El trabajo en educación especial desde el MT y la musicoterapia aporta estrategias y recursos de “núcleos saludables” y “expresión” en los niños y permite que sus producciones sonoras sustenten su propia recreación a nivel de las emociones.³⁹ Propone un “modelo sano de relación con el paciente”, para una terapia efectiva.

Existen dos razones porque la terapia en salud mental, en trastornos motores y de aprendizaje sea efectiva y esas razones son independiente a las de recuperar funciones específicas. Esas razones son porque la musicoterapia “toma al paciente en su totalidad y trabaja por el bienestar del ser humano incluyendo sus conflictos”. Y, segundo, que no hay musicoterapia si no hay una “relación transferencial” que la sustente y que conforme un “sano modelo relacional”, base de cualquier proceso en salud mental.⁴⁰

Además, con respecto a las “emociones” y la “representación”, Gauna cita a Wallon, y dice que las emociones en su función de expresión y plástica son formaciones de origen postural y tienen por material el tono muscular. Dice que la emoción es algo psíquico, y se explica como un medio de acción y un proceder del comportamiento.

³⁹ *Ibíd.* 6.3. *El musicoterapeuta en la educación especial*; Pág. 240.

⁴⁰ *GAUNA, Gustavo*; “Entre los sonidos y el silencio, musicoterapia en la infancia: clínica y teoría”; Editorial Artemisa, 1° edición 1996, capítulo III; “La musicoterapia y los núcleos de salud”; Págs. 29 y 30.

Gauna habla además de la “personalidad expresiva”, de esto dice lo siguiente: Es la característica particular y personal de cada persona que ocupa como un modelo de expresión y de comunicación con su entorno, ya sea consciente o inconscientemente, ésta denota estructuras psíquicas y afectivas y son la base de la emoción en procesos musicoterapéuticos. La personalidad expresiva constituye, además, un modelo identificable con el exterior que incluye tanto a los objetos como a los sujetos y es, además, la representación de los objetos internos de los pacientes. Se crean así modelos de expresión gracias a la relación con los objetos, se crean así representaciones que sustentan la expresividad del paciente. El MT deberá aprender esos códigos o modelos de personalidad expresiva de su paciente.⁴¹

Dice, además, que la música es una realidad totalizadora del ser humano. Lo motriz, lo cognitivo y lo simbólico conviven permanentemente en sus sonidos”.⁴²

De lo anterior se puede decir que la Terapia en “T” propició espacios saludables; fue efectiva en trastorno motor porque dio espacio a lo “lúdico” ante a lo “esquemático”; además se trabajó la “personalidad expresiva”; a través de la música y la pintura, este fue el hito más importante de la terapia; se trabajó con los afectos, la confianza y las emociones y eso llevó a lo expresivo y generó un modelo sano de relación musicoterapéutica.

⁴¹ *Ibíd. Págs. 31-33.*

⁴² *Ibíd. Págs. 36.*

05.3_Modelo clásico de improvisación libre. Juliette Alvin.

Con respecto a musicoterapia pasiva en cuanto a escuchar música. Del valor del concierto en vivo para niños con capacidad diferente. Juliette dice lo siguiente, “El éxito de las actividades musicales para el niño mentalmente retardado depende principalmente de su percepción auditiva y de su poder de atención. Son estas dos facultades las que permiten la interpretación del sonido, y es a través de su desarrollo que la experiencia musical puede ser realmente beneficiosa para el niño disminuido”.⁴³

Desde lo motriz y sensorial que investigó con niños con capacidad diferente, además dice lo siguiente: “Las sesiones musicales trataban de desarrollar la percepción auditiva, visual y táctil de los niños. Se los estimulaba para que tuvieran una participación activa mental y a veces física, y se los ayudaba a expresarse espontánea y naturalmente. Esta estimulación integral trataba de aumentar su poder de observación y retención. El impacto emotivo y psicológico de esta experiencia despertó en la mayoría de los niños un deseo de autoexpresión que pudo ser aprovechado al máximo en el momento, o bien más tarde en el aula”.⁴⁴

La musicoterapia tiene que tener un sentido y una relación con la vida del niño para así poder estimular sus emociones y excitar su imaginación. Esa expresión del niño E.S.N. (Niño Educacionalmente Subnormal), tiene que ser

⁴³ _ALVIN, Juliette; “Música para el niño disminuido”; Oxford University 1965; Editorial Ricordi americana; Capítulo VI, “El niño mentalmente subnormal”, escuchando música, el valor del concierto en vivo”; Pág. 112.

*Traducido al español por Walter Liebling.

⁴⁴ _Ibíd. Pág. 113.

transferida además por materias escolares como el trabajo escrito y oral, arte, manualidades y otras. Los medios tienen que ser “repetidos”, una y otra vez, para que la familiaridad se transforme en conocimiento, esto aumentará el goce y favorecerá el desarrollo de la percepción sensorial. Se debe ampliar el campo puramente musical, puesto que así se amplían los límites de atención en los niños, esto permite ampliar y anexar otros ítems al programa.

“La subnormalidad”⁴⁵ puede venir de causas endógenas, como lesión cerebral, mal desarrollo, o incapacidad perceptiva o causas exógenas como enfermedad, condiciones desfavorables en el hogar o alguna perturbación emocional que ha creado un impedimento emocional”. Además dice, “El niño lento puede recuperar terreno cuando se le estimula. Por sí solo es muy raro, pues el diagnóstico lo dice. “El niño educacionalmente subnormal” (E.S.N.) se desarrolla a la mitad, hasta tres cuartos de su capacidad. Un “niño severamente subnormal” (S.S.N.) puede bajar hasta un cuarto o menos de su capacidad”. A menudo exhibe reacciones compensatorias como comportamiento antisocial inaceptable. El niño E.S.N. con intervención puede alcanzar habilidades como lectura, escritura y cálculo.⁴⁶ El niño E.S.N. luego en su edad adulta debiera tener una vida relativamente normal y tranquila, aprende solo de memoria y de forma automática. Le cuesta adquirir habilidades escolares. Lenguaje limitado pero se le entrena en hábitos físicos y sociales. Del beneficio que tiene la Musicoterapia dice lo siguiente:

⁴⁵ *_Es muy importante entender que el término “subnormal” está obsoleto actualmente en Terapia. Recordemos que Alvin fué una precursora y una pionera en el campo de la Musicoterapia en los años 60’s.*

⁴⁶ *_ALVIN, Juliette; “Música para el niño disminuido”; Oxford University 1965; Editorial Ricordi americana; Capítulo V, “El niño mentalmente subnormal, haciendo música; grados de subnormalidad”; Págs. 93-94.*

Desde la infancia el niño E.S.N. tiene contacto con la música, desde los cantos de su madre, para dar seguridad y pertenencia, más adelante compartirá con otros grupos de personas en otro nivel del desarrollo (familia, amigos y compañeros). El profesional debe estar consciente de los límites del niño con capacidades diferentes y deberá confeccionar un plan musical donde se incluyan los factores positivos de su limitada dote y que además siga su propio ritmo de aprendizaje. Pueden hacer asociaciones concretas a niveles bajos. Aprenden por el automatismo y la repetición. Tienen memoria visual y auditiva susceptible de estímulos aún por desarrollar. Su curiosidad se convierte en interés. A través de técnicas especiales musicoterapéuticas se amplían los límites de su atención. Hace cosas, toca, manipula objetos y esa acción le produce placer. Dice, además, que los niños, antes del análisis crítico de la música, la disfrutan, dejan que la música vuelva a ellos, como medio de evocación espiritual a través de los sonidos puros (goce primitivo de los sonidos como experiencia emocional). Experimenta muchas impresiones, sentimientos y emociones, pero le cuesta organizarlos a nivel intelectual. Su vida interior es muy rica, pero le cuesta expresarla de forma verbal adecuada.

Con respecto a musicoterapia activa en cuanto a hacer música dice lo siguiente: Para el niño es más estimulante hacer música que escucharla, son más eficaces cantando, tocando y moviéndose. Se aplica el axioma mundial de que la música se compone, se ejecuta y se escucha y todas son partes del mismo acto. Alvin dice que los musicoterapeutas deberían saber que “la música para el niño subnormal” debe incluir no solo canto, sino también audición y movimiento al

compás de la música y la adquisición de algunas ideas simples de información que probablemente agudicen el interés y aumenten el placer.⁴⁷ Esto fue efectivo en la Terapia y se materializan en los momentos álgidos descritos en el proceso Musicoterapéutico.

05.4_Modelo de Abordaje Plurimodal (APM). Diego Schiapira y otros autores.

Tomaremos como “aproximación” el “modelo de abordaje plurimodal”. Cabe destacar que en el proceso terapéutico con “T” se tomaron solo algunos “elementos” o “aspectos” del modelo y no el modelo en sí, esta premisa es muy importante para poder entender que dicho proceso no toma como resultante el modelo, sino como medio en algunos aspectos.

Según, Schiapira, más otros autores (Ferrari, Sánchez y Hugo), el “APM” según sus fundamentos teóricos. Comenzó a configurarse durante la década del 90 y hacia finales de la misma se constituyó como tal.

La denominación plurimodal alude a dos dimensiones, una “teórica” y una “práctica”. Con respecto a la dimensión teórica, es plurimodal por no estar inscripto de manera indisoluble dentro de ninguno de los denominados como modelos teóricos musicoterapéuticos, tomando conceptos de pensadores de distintas corrientes de pensamiento teórico que nos resultan valiosos y útiles.

⁴⁷ *Ibíd.* “En la escuela y en el centro de reeducación”; Pág. 100.

Para poder entender los fundamentos teóricos del APM es importante circunscribirnos al universo teórico de la musicoterapia. No hay otra manera de comprenderlo, más que dentro de la epistemología de la disciplina. “La teoría musicoterapéutica se genera reflexionando acerca de sus propios constructos teóricos, revisándolos y modificando lo que es necesario transformar. También se genera a partir de la especulación de conocimientos y teorías de otros campos de conocimiento, reflejados a la luz de la teoría y del ejercicio de la musicoterapia”.⁴⁸ Además, debemos decir que el APM está soportado en las bases de la musicoterapia analítica de Prestley.

Según la dimensión “teórica” del abordaje plurimodal, Schiapira, más otros autores, dicen lo siguiente:

- El APM considera al ser humano como una unidad biopsicoespiritual.
- El APM se inscribe dentro del pensamiento psicodinámico.
- El APM suscribe a la postulación del determinismo psíquico.
- El APM adhiere a la idea de música interna (internal music).
- El APM adhiere a la concepción de ser en la música.
- El APM considera en el proceso Musicoterapéutico se despliegan los mismos mecanismos de defensa que aparecen en un proceso psicoterapéutico analítico.
- El APM concibe el concepto de transferencia y contratransferencia musicoterapéutica.

⁴⁸ _SCHIAPIRA, Diego más otros autores; “Musicoterapia Abordaje Plurimodal”; ADIM ediciones; 2007; Capítulo 1; “El abordaje plurimodal en musicoterapia fundamentos teóricos”; Pág. 29.

- El APM toma en cuenta el encuadre como elemento básico para el despliegue de los fenómenos musicoterapéuticos.
- El APM adhiere al principio de “analogía”.
- El APM toma en cuenta al concepto de “metáfora”.
- El APM postula el concepto de representaciones sociales musicales (RSM).
- El APM adhiere a la idea de los “orígenes musicales”.
- El APM postula la conceptualización de los modos expresivos-receptivos (ME-R).
- El APM sostiene el concepto de musicalidad terapéutica.⁴⁹

Según la dimensión “práctica” plurimodal, Schiapira, más otros autores, dicen lo siguiente:

Los ejes de acción de la práctica del Abordaje Pluri-Modal, son los siguientes:

- “La improvisación musical terapéutica”
- “El trabajo con canciones”
- “La técnica de EISS” (Estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido)
- “El uso selectivo de la música editada”.⁵⁰

⁴⁹ *Ibíd.* Pág. 59.

⁵⁰ *SCHIAPIRA, Diego más otros autores; “Musicoterapia Abordaje Plurimodal”; ADIM ediciones; 2007; Capítulo 1; “La dimensión plurimodal de la práctica”; Pág.60.*

Según la “improvisación musical terapéutica” es tal vez el recurso o modo de acción más utilizado en la musicoterapia. De hecho hay modelos y abordajes musicoterapéuticos que la toman como su procedimiento principal, al punto de utilizar otros sólo como alternativa o apoyo en las mismas. Entre ellos hay claros ejemplos como el abordaje de Nordoff Robbins, también conocido como Musicoterapia Creativa e Improvisacional, la escuela creada por Juliette Alvin también llamada como Abordaje de Improvisación Libre, el abordaje de Improvisación Experimental creado por Riordon y Bruscia, la Terapia de Improvisación Vocal de Sokolov, o la Musicoterapia Morfológica. Incluso es dable mencionar que la definición de musicoterapia analítica creada por su pionera Mary Priestley, señala que la misma “es el uso analítico, informado y simbólico de la música improvisada por el musicoterapeuta y el paciente”. (Priestley 1975). El crecimiento y la diversificación de este modelo teórico luego albergó otras formas de acción terapéutica, pero la improvisación musical ocupa en el mismo un lugar destacado”.⁵¹

Según el “trabajo con canciones” dice “Uno de los materiales privilegiados que tenemos los musicoterapeutas son las canciones. Prácticamente todas las culturas las han creado, y las transmiten de generación en generación. Cuentan historias, recrean sentimientos, describen situaciones. Participan de nuestra vida cotidiana y se entrometen en la memoria personal construyendo la historia sonora

⁵¹ _SCHIAPIRA, Diego más otros autores; “Musicoterapia Abordaje Plurimodal”; ADIM ediciones; 2007; Capítulo 5; “Las improvisaciones musicales terapéuticas”; Pág. 115.

de cada individuo. Y al mismo tiempo, van creando y consolidando el acervo cultural de cada pueblo”.⁵²

Con respecto al trabajo con canciones el APM nos dice que trabajamos con quince modalidades, estas son las siguientes:

- Creación
- Canto conjunto
- Improvisación
- Inducción evocativa consciente
- Inducción evocativa inconsciente
- Exploración del material
- Asociación libre cantada
- Cuestionario proyectivo de canciones
- Cuestionario social de canciones
- Expansión de sentido
- Confección de cancioneros
- Material viajero
- Dedicatoria
- La canción personal
- Trama de canciones.⁵³

⁵² _SCHIAPIRA, Diego más otros autores; “Musicoterapia Abordaje Plurimodal”; ADIM ediciones; 2007; Capítulo 6; “El trabajo con canciones”; Pág.151.

⁵³ _Ibíd. Pág.155.

Según “La técnica de EISS” (Estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido), es el único con características exclusivamente receptivas. Consiste en la audición de una secuencia de estímulos musicales, diseñada de manera criteriosa y artesanal por el musicoterapeuta para la situación singular de un paciente o grupo de pacientes, durante el proceso Musicoterapéutico. En cierto sentido, puede llegar a considerarse como una modificación teórica y práctica de los postulados del modelo Bonny o GIM (Guided Imagery and Music), ya que principalmente a partir del estudio de este método que se originó esta técnica.⁵⁴ Las etapas del EISS son las siguientes:

- Relajación pasiva moderada
- Estimulación (en esta etapa se destacan cuatro niveles. Nivel abstracto/estético, nivel de experiencias histórico vinculares, nivel somático/vital y el cuarto nivel transpersonal.
- Conclusión.⁵⁵

El EISS está regido por el devenir de la sesión, se va dando, no lo da el MT, puede ser cualquier música que sirva para buscar estímulos en el paciente y se aplica para niños en escuelas especiales.

En lo individual se buscan estímulos que se relacionen con:

- La historia del paciente
- Su situación actual

⁵⁴ _SCHIAPIRA, Diego más otros autores; “Musicoterapia Abordaje Plurimodal”; ADIM ediciones; 2007; Capítulo 4; “La técnica EISS”; Pág. 103.

⁵⁵ _Ibíd. Págs. 104-109.

- Proyectos o situaciones futuras.

En lo grupal se buscan estímulos que se relacionen con:

- Temas emergentes en el grupo
- Temas latentes en el grupo
- Situaciones individuales dentro de lo grupal.⁵⁶

Según el uso selectivo de la música editada. Esta trama social que se desarrolla al “escuchar juntos” música editada nos posibilita adentrarnos en las denominadas Representaciones Sociales Musicales (“RSM”, Schapira 2005), entendiendo como tales a aquel status de representación social que no necesariamente está ligado a la dimensión artística, generador y preservador de identidad cultural. Comprender y tener en cuenta las RSM que nuestros usuarios ponen en juego en sesión nos brindará información y nos orientará a la hora de realizar nuestras intervenciones. Desde el APM consideramos muy importante tener en cuenta a la música editada como una herramienta o recurso en donde la historia personal y social del paciente podrá ser “recreada” a partir de su escucha. Los criterios de selección están organizados en torno a tres ejes:

- Musicoterapeuta
- Usuario
- Música.⁵⁷

⁵⁶ _SCHIAPIRA, Diego más otros autores; “Musicoterapia Abordaje Plurimodal”; ADIM ediciones; 2007; Capítulo 4; “La técnica en la EISS”; Págs. 110-111.

05.5_El canto como medio terapéutico. Serafina Poch.

Según Serafina Poch, “El canto es la única expresión musical para la cual el ser humano no precisa nada externo a sí mismo. Puede cantar en cualquier lugar y a cualquier hora, sin más instrumento que su propia voz”.⁵⁸

“Es el medio de autoexpresión más personal en cuanto a melodía, letra y elementos musicales dinámicos (ritmo, tempo) y de matiz. Puede expresar toda la gama de sentimientos, amistad, amor, fidelidad, dolor por la separación, amor que lo vence todo, a la esperanza, al trabajo, a la alegría, canciones humorísticas, etc.”.

“El canto ayuda a revalorizar, para una gran mayoría de personas el canto es una actividad lúdica e imprescindible en la vida diaria”.

“La mayoría de las personas mayores y niños lo viven como algo positivo, independiente de su afinación, pues “les revaloriza”. Este hecho es muy importante y debe tenerse en cuenta en la escuela; efectivamente los niños con dificultades en áreas intelectuales pueden, si se les da la oportunidad de cantar en clase (ya sea solo o en coro) acrecentar su autoestima y conseguir su revalorización ante sus compañeros”.

⁵⁷ _SCHIAPIRA, Diego más otros autores; *“Musicoterapia Abordaje Plurimodal”*; ADIM ediciones; 2007; Capítulo 7; *“El uso selectivo de la música editada”*; Págs. 165-167.

⁵⁸ _POCH, Serafina; *“Compendio de Musicoterapia vol.1; Capítulo III, Metodología en Musicoterapia; El canto como medio terapéutico, cualidades terapéuticas del canto”*; Pág.167.

“El canto como ayuda en la reeducación de personas con problemas de lenguaje”.⁵⁹

“El canto es un medio de ayuda en el diagnóstico, por cuanto las preferencias musicales en cuanto a las canciones muestran la escala de valores de la persona y sus preocupaciones actuales o acontecimientos que le marcaron en el pasado”.⁶⁰

Según el tipo de canciones adecuadas para los niños, Raths dice que existen las siguientes necesidades fundamentales:

- Necesidad de pertenencia
- Necesidad de amor
- Necesidad de ser comprendido
- Necesidad de autoestima
- Necesidad de satisfacer su capacidad de asombro
- Necesidad lúdica, de ser feliz
- Necesidad de valores fundamentales.

De la necesidad lúdica del niño, Poch rescata lo siguiente. “La melodía en si es para el niño pequeño un juego. La melodía está compuesta por sonidos cambiantes constantemente; el solo hecho de seguirlos, mentalmente, ya es un juego porque entra en él, el elemento sorpresa, la expectación de preguntarse qué sonido vendrá después”.

⁵⁹ *Ibíd.*

⁶⁰ *Ibíd. Pág. 168.*

“Otro aspecto lúdico lo constituye el estribillo de las canciones. Al niño pequeño le encantan las repeticiones por lo que encierran de seguridad, de algo conocido. Le gusta la sorpresa, pero también la repetición cuando se trata de algo agradable”.⁶¹

En cuanto a su estructura:

- Canciones cortas
- Canciones con repeticiones
- Que la letra de la canción sea comprensible para el niño
- Que sean fáciles de cantar

En cuanto a los tipos para cantar:

- Canciones de cuna
- Canciones infantiles
- Folklore nacional
- Folklore de otros países
- Villancicos navideños
- Canciones de películas infantiles
- Canciones de autores de reconocida valía.⁶²

⁶¹ _POCH, Serafina; “Compendio de Musicoterapia vol.1; Capítulo III, Metodología en Musicoterapia; El canto como medio terapéutico, tipo de canciones adecuadas a los niños”; Pág.168-170.

⁶² _Ibíd. Págs. 170-171.

05.6_Método Música en Colores (MEC). Estela Cabezas.

Tomaremos como “aproximación” el método de música en colores. Cabe destacar que en el proceso terapéutico con “T” se tomaron solo algunos “elementos” o “aspectos” del método pedagógico-musical y no el modelo en sí, cabe destacar, además, que el método ha sido ocupado también con niños con “síndrome de down”, con muy buenos resultados. Este método fue creado por la compositora chilena Estela Cabezas, en los años sesenta. Según la página oficial del método dice lo siguiente: “Este texto proporciona herramientas efectivas para el inicio de la música infantil en su estructura formal entregando un variado material didáctico y pedagógico musical. Los alumnos pueden aplicar conceptos abstractos de altura y duración del sonido. Con esos elementos se inicia el juego inteligente, disciplinado y creativo para la adquisición de habilidades, destrezas, hábitos y conductas que promueven el desarrollo integral y favorecen otras áreas del aprendizaje como el cálculo matemático, relaciones lógico simbólicas, “habilidades de lenguaje y comunicación”. El método logra la síntesis entre el proceso básico del aprendizaje y la actividad propia del niño que es el juego, aumentando el aspecto colaborativo, de actividad grupal, la capacidad creadora, la interpretación musical cantada o tocada, también desarrolla la capacidad creadora, compone canciones y las interpreta y registra por medio del particular sistema de notación del método. El Método Música en Colores ha sido graduado para su aplicación en la educación

pre-escolar y básica. Cuenta con libros de uso del alumno desde el nivel de pre-kinder a 6° año básico”.⁶³

El método tiene diversos juegos que demuestran de manera eficaz el estímulo en el espíritu creativo del niño como una de las principales finalidades de este sistema. La melodía de una canción, la distancia entre los intervalos, los ritmos, la superposición de los sonidos (armonía), formas musicales simples, las tonalidades, etc. Llegan al cerebro del niño por la percepción visual. El chico aprende con rapidez, entusiasmo y menos esfuerzo. El modelo es comprobado y altamente útil, apto y necesario tanto en la educación pre-escolar (parvularia), como durante los primeros años de la educación básica.

Fue reconfortante para la autora la experiencia de claros y positivos resultados que se llevará a cabo con niños limitados en el año 1974, con el fin de probar otra faceta del sistema y dar alegría y posibilidades a este tipo de estudiantes.⁶⁴

Respecto al método, cabe destacar que consiste en asignar colores a cada una de las siete notas de la escala musical. La elección de colores se hace de forma cuidadosa de manera de presentar los colores bien diferenciados, evitando la confusión. Después de muchos ensayos e investigaciones se llegó a la conclusión que los colores primarios AZUL, AMARILLO y ROJO, debían conformar las notas del acorde fundamental, o sea de DO, MI, SOL respectivamente. Y los colores que resultan de combinar dos de ellos, o sea VERDE, NARANJO y VIOLETA. Para las

⁶³ www.musicaencolores.com.

⁶⁴ *CABEZAS, Estela; "Música en Colores"; Ediciones Universitarias de Valparaíso; "Introducción"; pág. 13.*

notas restantes RE. FA. LA y para la nota SI, o sea la “sensible” de la escala natural, se le asignó el color celeste, por ser de menos intensidad como semitono además entre las notas SI y DO.^{65,66}

“El valor de las notas se representa sobre planos cuadrículados donde el cuadro y sus múltiplos representan medidas de tiempo. Cada medida está relacionada con el cuadro que representa a la unidad de tiempo, vale decir a la figura negra. Un cuadrado vale un tiempo (pulso), dos cuadrados valen dos tiempos, tres cuadrados valen tres tiempos, cuatro cuadrados valen cuatro tiempos. Se comienza por la figura negra para relacionarla por valores enteros como la blanca, la blanca con punto, y la redonda para comprender mejor los enteros y sus múltiplos en las fracciones. Todo esto se hace en papel cuadrículado o papel para gráficas”.⁶⁷ La escala natural queda representada por los colores de la siguiente forma:

_El “azul” representa la nota “DO”

_El “verde” representa la nota “RE”

_El “amarillo” representa la nota “MI”

_El “naranja” representa la nota “FA”

_El “rojo” representa la nota “SOL”

_El “violeta” representa la nota “LA”

⁶⁵ _Ibíd. Pág. 14.

⁶⁶ _Ver fotografías del metalófono en colores en el anexo.

⁶⁷ _Ibíd.

_El “celeste” representa la nota “Si”⁶⁸

Según el desarrollo del método, en distintas etapas, es el siguiente:

- Etapa inicial (4 a 6 años): Práctica de elementos básicos de la música, asociación nota color, práctica de ritmos simples, práctica de canciones que incorporan visualmente los conceptos de altura y duración del sonido, juegos, utilización de metalófonos e instrumentos de percusión.
- Etapa de transición (7 a 9 años): Práctica de repertorio gradualmente más complejo, transferencia progresiva del concepto visual de MEC al sistema tradicional, juegos, conocimiento inicial de conceptos musicales, ejercitación vocal, transporte, práctica gradualmente más exigente con los instrumentos.
- Etapa de profundización (10 a 12 años): Práctica de repertorio vinculado a estilos y compositores, fortalecimiento de la lectura musical en la notación tradicional, juegos, gradual profundización de términos y conceptos del lenguaje musical, expresión, interpretación y creación musical.⁶⁹

Según los niveles de atención empleados en el método MEC tenemos lo siguiente:

- Orientación: Es el nivel de consciencia que tiene de sí mismo una persona en relación a su entorno. Este nivel requiere la integración de la atención, la percepción y la memoria. La orientación a su vez tiene que ver con el tiempo

⁶⁸ _*Ibíd. Pág. 16.*

⁶⁹ _*www.musicaencolores.cl.*

y el espacio. Cuando un niño aprende a ubicar el sistema espacio temporal dentro de la partitura (arriba, abajo, izquierda, derecha) y a través del estímulo, el niño está activando el nivel de la orientación.

- Atención enfocada: Se responde específicamente a estímulos visuales, auditivos o táctiles. Se enfoca en una sola fuente de información e ignora los demás estímulos. Ejercicios que permiten activar este nivel en el niño son variados, pintar las figuras rítmicas con el color correspondiente es uno de ellos, o también tocar un metalófono mientras la ejecución no se haya internalizado.
- Atención sostenida: Permite al niño mantener una respuesta conductual durante la actividad continua y repetitiva en el tiempo, en medio de factores como el cansancio, la desmotivación y el aburrimiento. Ejercitar al niño este tipo de atención pues requiere de esfuerzo y cierta disciplina.
- Atención selectiva: Se le da prioridad a algunos elementos sobre otros, eligiendo estímulos que sean relevantes para la tarea y rechazando los que no. El método cuenta con un set de juegos para que el niño interactúe lúdicamente con otras personas. Sobre todo juegos con representación gráfica, ya sea tanto visualmente como auditivamente.
- Atención alternada: Se va desde un estímulo a otro y con diferentes requisitos cognitivos, se solfea y se canta para terminar tocando la canción en el instrumento.
- Atención dividida: Es el nivel más complejo de los tipos de atención, ya que permite responder a varias tareas al mismo tiempo, demandas múltiples de

ésta y procesar también simultáneamente múltiples estímulos, como tocar un instrumento, cantar, leer una partitura. Esta capacidad es limitada y a mucha información y más demandante, la ejecución se deteriora.

- Control atencional: Existen otros aspectos importantes de la atención en conexión con otras funciones ejecutivas. Como la capacidad de planear y organizar la conducta, la inhibición de conductas inapropiadas para la realización de una tarea y el mantenimiento de un pensamiento flexible durante la resolución de problemas.⁷⁰

La idea es entrenar las funciones cognitivas por medio de los ejercicios del método para ejercitar la planeación y la regulación de la actividad dirigida hacia una meta. Por ejemplo, el compositor, donde los niños se dan ciertas indicaciones de las “figuras” (negras, blancas y corcheas) dentro del ámbito de una quinta (DO-SOL y RE-LA, etc.). Se concluye que el pensamiento neurocognitivo de la música supone una interacción de múltiples funciones neuropsicológicas y emocionales, que actúan de forma paralela e interconectadas, con un orden natural y armonioso y que, además, en los niños trabaja su atención en actividades específicas y facilita en ellos metas, priorizaciones y jerarquizar acciones de acuerdo a los estímulos recibidos.⁷¹

Finalmente, podemos decir que la música en colores (MEC) es una herramienta concreta que extrae las propiedades benéficas de la música, la

⁷⁰ _CÉSPEDES, Amanda; “Calpe & Abyla”, revista chilena de neurociencias aplicadas 05; Diciembre del 2011; “El color de la música” de Agustina León Huerta y la colaboración de Joan Zambrano y Jessica Báez; Págs. 63-64.

⁷¹ _Ibíd.

adquisición de hábitos, normas y conductas para la convivencia escolar, desarrolla la capacidad de comunicación, favorece áreas del aprendizaje como la matemática y el lenguaje, permite en los niños la alegría, la expresión y compartir con otros niños y facilita una mayor conectividad neuronal.⁷²

Según todo lo anterior, y con respecto a ambos marcos conceptuales y teóricos, veremos a “T” ahora desde su perspectiva expresiva, alegre, comunicacional, creativa, lúdica, artística y todo el mundo naturalístico que desbordaba en cada una de las sesiones. Estamos hablando de su proceso musicoterapéutico en 14 sesiones; cómo se construyó, cuáles fueron los puntos más álgidos de las sesiones, dónde se lograron las instancias de conexión y comunicación verbal y no verbal, y los momentos donde no se produjeron grandes avances con respecto a los criterios de evaluación y donde, además, se propiciaron instancias de conexión con la paciente, a través de contención emocional y la generación de núcleos y estructuras de salud.

⁷² [_www.musicaencolores.cl](http://www.musicaencolores.cl).

06_PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

06.1_Descripción

Desde el “encuadre terapéutico” podemos decir que las sesiones con “T” se dieron en un contexto de taller escolar. Con un total de 14 sesiones individuales, desde el día 27 de septiembre hasta el día 05 de diciembre del 2013, alternados entre los días jueves y viernes (2 sesiones por semana). Por horario se alternaron entre la sala SEP y la sala multiuso o de psicomotricidad de la Escuela. Cada sesión contó, además, siempre con uno de los dos psicólogos del SEP y cada sesión era de 45 minutos ideales (hora pedagógica escolar), sin embargo, por la preparación de cada sesión y por la intervención de la psicóloga en la sala, para buscar y dejar a “T”, se hizo cada sesión de 30 minutos reales promedio.

A través de la información con la que “T” llegó, más los diagnósticos de especialistas externos, y además junto con sus clases en calidad de alumna regular del establecimiento y las diversas intervenciones terapéuticas de este ¿? (Psicología, Fonoaudiología, Terapia ocupacional y Psicopedagogía), se sumó la Musicoterapia en el segundo semestre.

Se realizó una reunión desde sus intervenciones, ellas (las que) “sugirieron” lo bueno que sería trabajar una “segmentación silábica” (desde lo fonoaudiológico), lo bueno que sería trabajar las “habilidades sociales” y “afectivas” (desde lo

psicológico) y lo “psicomotor” (desde lo terapéutico del área ocupacional) con música; y que esta acción tuviese un contacto con lo vocal, lo psicomotor y lo expresivo con estrategias no frustrantes. Se realizó un objetivo de trabajo desde dicho enfoque y se realizó un cuadro en base a **5 N.E.E. (“5 Necesidades Educativas Especiales”)** en “T”; como lo son: **El “trastorno del lenguaje”, el “déficit cognitivo”, el “déficit en habilidades sociales”, desde lo “psicomotor” y el “campo afectivo emocional”**. En base a estos se comienza a trabajar, en cada sesión, dichos aspectos en pos de estrategias más o menos estructuradas, según la necesidad de la paciente; y reguladas por las necesidades de habilidades sociales dentro del aula y asociación encuadre sala de clases y las relaciones interpersonales con sus compañeros, junto a su trastorno del lenguaje. “T” obtuvo muy buena recepción a cada una de las estrategias en todas las sesiones; “T” compartía, se expresaba gestualmente, conversaba, se explayaba, participaba de las sesiones; algunas veces más pasiva, otras más activa, pero siempre agradada por la música y sus elementos, aspecto primordial para la musicoterapia.

Desde lo diagnosticado se trabajó musicoterapia activa (creativa) y musicoterapia pasiva (receptiva). Improvisación musical, Improvisación vocal, saludo musical, juego sonoro instrumental, juego sonoro vocal, estructuras vocales con percusión, karaokes, dibujos con música docta y “New Age”, improvisación y aproximación a la segmentación silábica con tambores de parches (membranófonos) y aproximación a la música en colores (MEC) a través de práctica en metalófonos en colores, reconocimiento de notas y repeticiones con canto de las alturas.

Se generaron espacios de confianza a través de la palabra hablada, además de aspectos de repetición de estructuras dentro de cada sesión, lo que fue generando espacios para un ambiente seguro. El inicio (el saludo musical), el desarrollo Musicoterapéutico y el cierre (uso de canciones preparadas) por ejemplo; como esquemas rígidos en ambos extremos; e improvisación y diversas actividades permutables en el desarrollo, al centro de cada sesión. Todo a través de la observación, interacción, escucha, contención, conversación, repetición, modelación, improvisación, fonación e imitación de la voz; junto con aspectos de la gestualidad y expresividad corporal; y el refuerzo de las 5 necesidades educativas y los objetivos a través de la música. Los aspectos anteriores se trabajaron conscientemente, desde lo observado en el diagnóstico, en cuanto a fortalecer, reforzar, mejorar, liberar, crear y generar espacios de autoconfianza en ella para, finalmente, establecer el vínculo terapéutico e integrar el trabajo musicoterapéutico al trabajo que estaban realizando las demás profesionales con "T". Para el diagnóstico, la entrevista previa con los psicólogos fue fundamental, además de la exploración y la observación al momento de la terapia. El aporte del desarrollo en el proceso, fue desde lo lúdico, desde el juego sonoro y con estructuras musicales sonoras improvisadas libres, pero también pequeñas estructuras musicales preparadas (escala musical cantada y tocada) y música seleccionada (de concierto, new age y karaokes seleccionados) que fueron simples para la terapia y actividades en general "no complejas" y "no frustrantes". En el desarrollo también se eliminaron algunos instrumentos del setting para privilegiar y reforzar otros aspectos, como la concentración y la no distracción. Se exploró su talento espacial y creatividad con

dibujos y música docta y “New Age”, pero lo más importante es que en la etapa del desarrollo se fue generando el vínculo terapéutico y eso es lo más destacable de del proceso. Finalmente, los cierres se terminaban con canciones infantiles en karaokes, aunque se exploró con imaginación al final de una sesión, obteniendo malos resultados por lo que se desechó la idea. Cabe destacar que todas las canciones que se trabajaron con “T” fueron a través de la memorización, estructuración y pronunciación y no a través de la lectura, además fueron canciones propias de su edad del período de la infancia y con temática de “animales” que traía como objeto a cada sesión. Además, acá se plasmó el talento naturalístico en ella y ese sentimiento lo mezclábamos con música y canciones de animales, así repetíamos estructuras cortas, seguras, amigables que a “T” le permitían expresarse y entregar esa confianza al momento de emitir sonidos con su voz y con su entorno, abriendo así sus canales mentales, sus neurotransmisores y todos sus sentidos a través de la expresión y la comunicación no verbal. Finalmente, decir que dentro de los criterios de evaluación y las necesidades especiales, hubo aspectos tanto logrados como otros no logrados, es el caso de los esquemas y consignas y canto, sobre todo el canto; y que dentro de los objetivos se lograron todos los puntos, sobre todo esos que hacen referencia a la autoconfianza y autoestima. A continuación se explica el proceso musicoterapéutico y sus conclusiones en las 14 sesiones que duró el proceso Musicoterapéutico, éstas se dividen en:

- 3 primeras sesiones de diagnóstico
- 9 sesiones de desarrollo
- 2 últimas sesiones de cierre.

06.2_Aproximación diagnóstica

Para la aproximación diagnóstica debemos decir que todos los aspectos previos de la terapia se conversaron en dos sesiones con los psicólogos, el asistente social y el profesor guía, acerca de las principales problemáticas de “T”. A través de la observación en cada sesión, además se obtuvo por parte del MT una reunión extra con la psicóloga, la fonoaudióloga, la terapeuta ocupacional y la psicopedagoga; eso, además del diagnóstico musicoterapéutico y acceso total del WISC III y su ficha de diagnóstico; así se construyó un cuadro diagnóstico total. En dichas entrevistas se le dejó claro al Musicoterapeuta que la relación parental de “T” con su núcleo familiar era bastante unido, sano, de mucha contención, preocupación por “T” y cercanía por parte de ambos padres hacia todos sus hijos y que su principal problema venía desde lo comunicacional y afectivo desde su entorno escolar, no del familiar.

La principal problemática reportada por los profesionales que trabajaban con “T” es que a ella le frustraba mucho el hecho de no poder “expresarse” (verbalmente) con su profesora y con sus compañeros de curso, por esto ella se sentía marginada de los grupos y eso le producía mucha rabia e impotencia contenida. Se sentía estigmatizada y disminuida. A raíz de esta rabia y frustración “T” estallaba y lanzaba objetos o zarpazos a sus compañeros y gritaba. Le costaba insertarse en el curso desde el aspecto pragmático y comunicacional. Es todo lo que conlleva estar en un nivel de primero básico, siendo el eje principal de esto el

lenguaje hablado y escrito, pues 1° básico es justamente el nivel donde se comienza a leer y hablar para poder expresarse y relacionarse con sus compañeros y con la realidad de su entorno, ya no tanto a nivel familiar sino ahora en el aula con sus pares y docentes en un contexto educativo. Hay que decir algo muy importante y es que el mayor grado de ansiedad de “T” fue durante el primer semestre del 2013, por lo cual el segundo semestre, cuando se sumó la musicoterapia, los especialistas tenían a una “T” bastante más tranquila y mucho más intervenida a nivel psicopedagógico y terapéutico. Finalmente, decir que “T” nunca tuvo una crisis dentro del proceso musicoterapéutico, en ninguna sesión de Musicoterapia

Las principales problemáticas de “T”, que mencionó la psicóloga, se encuentran los siguientes puntos:

- Hace crisis en la sala de clase
- No realiza actividades durante la clase
- Se le repiten las instrucciones
- Le cuesta concentrarse y se distrae muy fácilmente
- Lanza goma y lápiz al suelo o a sus compañeros
- Ataca a los compañeros tirando zarpazos
- Le cuesta comunicarse con sus compañeros
- Le cuesta poner sus pensamientos en palabras

- Cuando lo hace no se le entiende

Las principales problemáticas de “T” en las sesiones pre-percibidas por el MT, se encuentran los siguientes puntos:

- Se desconcentra muy fácilmente
- No logra mantener un hilo conductor en las sesiones
- Se bloquea al momento de usar su voz cantada
- Cuesta entender sus palabras, hay que poner mucha atención (en general).

El principal problema a raíz de su déficit cognitivo entonces, era el de la “comunicación verbal” y comunicacional desde el aspecto pragmático y, a raíz de su trastorno secundario de lenguaje, costaba entenderla, el MT debía estar muy atento a las ideas que “T” expresaba en palabras para poder establecer la conversación. “T” es una persona muy comunicativa, lo cual tiene un aspecto muy positivo, se logra generar espacios comunicativos muy importantes y relevantes para la terapia, conversaciones y escuchas de carácter contenedor y generadores de confianza, además de musicales. Otro diagnóstico que también se plasma constantemente en las sesiones era el TDA, diagnóstico que revela a una “T” muy distraída y que pierde muy fácil la concentración cuando se establece una consigna que rige la estrategia, eso generaba destacar más el hilo conductor de las actividades, para

que ella no desviara la atención. La paciente tenía un punto a favor que se pudo dilucidar en el resto de las sesiones, y es justamente el de la “expresión no verbal”. “T” tenía muy desarrollado los talentos del hemisferio derecho de su cerebro y los del lenguaje (pese al trastorno secundario del lenguaje), que son los del área de broca y wernicke, desde su lado artístico y naturalístico ella se expresaba, comunicaba, y conectaba con su entorno. El problema de raíz entonces era desde los pensamientos y el aspecto “instrumental” del lenguaje y desde el aspecto pragmático y de comunicación con su entorno, puesto a que muchas veces los niños y sus profesores no la entendían y esto generaba aspectos “no comunicacionales” entre ella y sus compañeros.

“T”, ahora desde lo musical. Podemos decir que ella tuvo una postura más exploratoria y de observación en el diagnóstico, propia de cualquier niño que se le disponen todos los instrumentos en frente, ella colocaba y ordenaba los instrumentos, disponía de ellos y dirigía en cierta medida la disposición de los instrumentos musicales, tanto para ella como para mí, se dio la improvisación musical libre entre nosotros, sin embargo, ya se daba un primer atisbo del carácter “distractor” y también “protector” del setting a modo de “reemplazar” la consigna del MT por una acción musical o una conversación de carácter naturalístico u otro aspecto, también de su interés. Desde el canto tenía un mundo interior que le costaba sacar afuera a través de la “palabra cantada”; pero “no” a través de la “palabra hablada”; le costaba mucho expresar, explorar su voz cantada y eso la tendía a bloquear, sin embargo, disfrutaba mucho las sesiones vocales de musicoterapia, tanto activa como pasivamente, aunque ella prefirió la mayoría de

las veces la forma más pasiva; Al tocar música con los instrumentos se veía en su cara mucha felicidad, se notaba que era un momento bien especial para ella. El lóbulo parietal de su cerebro se desarrollaba positivamente cuando ella tocaba música o realizaba otra estrategia similar, la conectaba con sus emociones y su lado sensitivo, otro aspecto observable es que nunca se vio a la paciente desagradada o desanimada en ninguna sesión.

06.3_Diagnóstico Musicoterapéutico.

En el diagnóstico musicoterapéutico (sesión de la 1 a la 3), se corroboran las necesidades educativas de “T”.

- Bajo seguimiento en consignas musicales: Durante las tres primeras sesiones ya se pudo notar un bajo entendimiento de las estructuras dadas. Con lentitud “T” responde a las preguntas y consignas del musicoterapeuta.
- Baja permanencia en actividades propuestas: A “T” constantemente había que estimularla para seguir dentro de la estructura de la estrategia. Se percibe reticencia al uso de la voz cantada y reemplazo por parte de “T” de otras vivencias.
- Inseguridad en el uso de la voz cantada: Intensidad baja, se percibe poca modulación y fonación vocal, cortes en el discurso musical.

- Presenta iniciativa para la exploración sonora de instrumentos: Presenta curiosidad por los instrumentos, como lo haría cualquier niño de su edad. Presenta, además, ordenamiento de los instrumentos y distracción para estrategias futuras más estructuradas. Hasta la tercera sesión de diagnóstico se trabaja con el setting completo.
- Mantiene improvisaciones libres de carácter regular con el metalófono, hasta casi un minuto.
- Trae a las sesiones temáticas de su interés: Nombra animalitos y la relación de ella con éstos.

06.4_Objetivos

Objetivo General

- **Ofrecer un espacio lúdico de expresión vocal e instrumental y fortalecimiento de recursos de “T”.**

Objetivos Específicos planteados para “T”

- **Fortalecer su autoestima y su autoconfianza.**
- **Prolongar la permanencia en las actividades propuestas.**
- **Favorecer el uso de la expresión vocal e instrumental de manera no frustrante y lúdica.**

06.5_Criterios de evaluación

Para ordenar la musicoterapia con “T” diremos entonces que se trabajó con **5 N.E.E. (“5 Necesidades Educativas Especiales”)** desprendidas del diagnóstico. Estableceremos dos tipos de estrategias para “T”, unas de carácter más “estructuradas” y que responden a las necesidades especiales que nombraron las profesionales; y otras de carácter más “desestructuradas” y libres como la improvisación y el dibujo. Las estrategias de carácter más “**estructuradas**” son las que tienen aspectos de la música, como la música en colores, una altura, un color por asociar, una estructura de escala simple natural, y de carácter repetitivo; también aspectos del abordaje plurimodal, en cuanto al uso selectivo de música editada y el trabajo con canciones según Schiapira y Poch, todos aspectos que ayudarían a “T” a poner más atención en clases y a entender mejor las enseñanzas escolares. Las estrategias de carácter más “**desestructuradas**” también tomamos aspectos de Poch, pero en cuanto al canto y a su clasificación, por ser un medio de expresión único y de autoexpresión en cuanto a la melodía y letra, además de elementos musicales y sus características lúdicas y expresivas. Desde Alvin la Improvisación libre y creativa que fomenta el carácter expresivo, desde la improvisación instrumental. Además, desde Gauna tomamos el aspecto de la persona en cuanto a la personalidad expresiva y su musicalidad, que trabaja la autoestima y la confianza, aspectos fundamentales para una buena terapia musical.

Para los criterios de evaluación de los objetivos planteados en las sesiones se propone el siguiente cuadro cotejo. Dos son de carácter más “estructurado”, para ordenar y generar en ella procesos mentales propios de la música y del pensamiento más lógico y matemático (aspecto más débil en “T”. Y tres de carácter más “desestructurado”, para generar espacios de confianza, libres, creativos, de improvisación y comunicacionales en ambos casos.

Los criterios de evaluación se hacen entonces desde la necesidad de contestar a **“5 Necesidades Educativas Especiales” desde “T”**. **“Dos”** de carácter más **“estructurado”** como el **“trastorno del lenguaje”** y el **“déficit cognitivo” (N.E.E.1 y N.E.E.2)**; y **“tres”** de carácter más **“desestructurado”** como el **“déficit en habilidades sociales”**, el **“aspecto psicomotor”** y el **“campo afectivo emocional” (N.E.E.3, N.E.E.4 y N.E.E.5)**.

Para los criterios de evaluación ocupados en “T” se realizó el siguiente cuadro:

<u>NEE1:</u>	<u>NEE2:</u>	<u>NEE3:</u>	<u>NEE4:</u>	<u>NEE5:</u>
<u>“Trastorno del lenguaje”.</u>	<u>“Déficit cognitivo”.</u>	<u>“Déficit habilidades sociales”.</u>	<u>“Psicomotor”.</u>	<u>“Campo afectivo emocional”.</u>
_Expresión musical vocal y expresión no-verbal (percusión).	_Aproximación a la segmentación silábica por medio de la voz y la percusión.	_Apertura a canales de comunicación, gestual y expresivo.	_Sujeción prensil. Capacidad para asir objetos.	_Fortalecimiento de la autoestima y autoconfianza a través del espacio terapéutico.
_Conexión con su entorno sonoro, poder de escucha y apreciación de los sonidos.*	_Capacidad de repetir esquemas y estructuras musicales y vocales. (Nemotécnica musical).	_Uso expresivo del cuerpo y la voz cantada.	_Desarrollo general psicomotor durante las sesiones.	_Apertura a canales de comunicación verbal a través de sus talentos y preferencias.
_*Apertura a canales de comunicación verbal y vocal. (trabajo con canciones).	_Construcción vocal silábica. Capacidad de construir fonemas y pequeñas frases.	_Apertura a canales artísticos y de expresión.	_Respuesta desde lo psicomotor en el dibujo y la pintura.	_Uso expresivo de la voz hablada. Preferencias temáticas.
_Apertura a canales artísticos y de expresión. Reemplazo temático como vía de comunicación.	_Permanencia en estrategias o actividades que requieren un grado más de concentración.	_Conexión con el entorno musical y expresivo no verbal.	_Respuesta desde lo psicomotor desde la percusión en membranófonos y placas.	_Capacidad de liberar sentimientos y emociones a través de emergentes en las sesiones.

06.6_Metodología de trabajo. Setting.

Respecto del setting debemos decir que se ocuparon dos tipos de estos. El setting completo se ocupó solo en las primeras sesiones de diagnóstico, el setting denominado “T”, desde las sesiones de desarrollo en adelante. Las razones para reducir el setting instrumental son dos:

- Permitir una mejor concentración por parte de “T” en las sesiones
- Trabajar con los materiales precisos para responder a los objetivos de “T”

El setting inicial contaba de los siguientes instrumentos:

- Una trutruka
- Tres flautas dulces sopranos alemanas (marca honner)
- Un xilófono pequeño con notas naturales de una octava (marca rmx)
- Un metalófono cromático con placas individuales
- Dos metalófonos cromáticos de color (marca rmx)
- Una kalimba
- Un log drum o cajón africano
- Un cencerro
- Un par de maracas

- Un pandero
- Un palo de agua o palo de lluvia
- Un shekeré
- Un bongoe
- Un djembe
- Un bombo andino pequeño, argentino, de nombre “Juan Andrés”⁷³
- Una guitarra (sólo dos sesiones).

El equipo técnico contaba con los siguientes elementos:

- Una cámara de video Sony handycam
- Un atril de cámara
- Una grabadora Sony ic recorder
- Un amplificador pequeño de 10 watts de potencia marca Mekse modelo G-10
- Un reproductor de MP3.⁷⁴

⁷³ _Ver imágenes del setting en el anexo.

Al comienzo de las sesiones de desarrollo se prueba con la guitarra (dos sesiones), pero se decide dejarla de lado por considerársele un distractor. Es muy importante destacar que la capacidad de “T” de concentrarse es muy limitada (TDA), todo en el entorno de “T” es un potencial distractor y cuando se le lleva a la actividad es necesario repetir e insistir un poco o si no se pierde el eje de las actividades, en cualquiera de las etapas del proceso musicoterapéutico y comienza a hablar o preguntar sobre cualquier tema, esto se realiza para reforzar la concentración en ella. De este punto hasta el final del proceso se trabaja con un setting, al cual definiremos como setting “T”, al setting “T” se agrega el equipo de sonido conformado por un amplificador pequeño y un reproductor para trabajar karaokes y un cuadernillo con un set de canciones, un block para pintar y lápices de cera, además de inciensos para la ambientación de cada sesión. El setting se prepara y tiene sentido para el trabajo con “T” por considerar los siguientes puntos específicos, en cuanto al trabajo musicoterapéutico propuesto para ella:

- El trabajo con las alturas y los colores que permite la labor con los fonemas cantados.
- El trabajo con tambores (membranófonos) para la improvisación y la segmentación silábica.
- El trabajo más estructurado y cuidadoso, sin tantos distractores (instrumentos) como pasaba con el setting completo.

⁷⁴ _Ver imágenes de los equipos técnicos en anexos.

- El trabajo con música editada y seleccionada para el canto (karaoke) me permite repetir las mismas estructuras de canciones infantiles sencillas dirigidas a través de las sesiones.
- El trabajo con karaoke permite mejor la observación a diferencia de la guitarra.

Entonces, el setting de improvisación para “T” (“**Setting “T”**”) es el siguiente:

- **2 metalófonos en colores (uno para el MT y otro para “T”).**
- **2 a 3 tambores de parche o membranófonos.**
- **Algunos accesorios (sonajeros).**

El setting de improvisación se mezcla en cuanto al canto y a la improvisación en membranófonos y placas (metalófonos). Las improvisaciones generan expresión, conexión con el entorno, y eso genera autoestima, autoconfianza, sentido de comunicación no verbal, el compartir y trabajo en equipo; además del trabajo con el setting se logran las repeticiones de estructuras, correcciones, adaptaciones y comunicación a través del juego sonoro de estructuras silábicas cantadas y lúdicas.

Los dos puntos o ejes principales para trabajar y combinar con el “Setting “T”” son:

- Canto e improvisación con instrumentos de percusión.
- Canto a través de elementos del MEC.

En cuanto a las improvisaciones con “T” podemos decir que estas fueron un espacio de expresión, de conversación, de confianza, pero también fueron reguladas y estructuradas para lograr así los objetivos planteados. En la medida que se acostumbraba al setting, se fueron generando espacios sanos a través del “tocar” y “compartir” música, se propició el espacio para la creatividad artística; tanto como el de la música cantada y tocada, como el de la música tocada e improvisada en membranófonos, que a su vez dan paso al desarrollo psicomotriz y al lenguaje no verbal sonoro, a la creatividad dentro de la improvisación, pero sobre todo en cuanto a la confianza en el otro, dando espacio a los talentos extra personales y kinésicos. Así también se da paso a la pintura con música, que estimulaba más el espacio de la creatividad e imaginación, además de sus colores y formas que dan paso a los talentos espaciales e intrapersonales. A menudo aparecían temas extra musicales y “T” contaba cómo le había ido en su semana. Esos espacios de creatividad y expresión artística junto con la terapia más comunicativa y verbal fueron llevando cada vez más al fortalecimiento del “vínculo” terapéutico. Hizo falta más improvisación, se recomienda abordarlo mucho más en una segunda instancia.

En cuanto al canto con sílabas y alturas con colores podemos decir que se reconocen las notas de la escala natural DO-RE-MI-FA-SOL-LA-SI-DO, con los colores. AZUL, VERDE, AMARILLO, NARANJO, ROJO, MORADO, CELESTE y AZUL, respectivamente. El cantar las alturas y pronunciar el fonema se vuelve parte del saludo, ya que privilegiaba el rito y la repetición del “saludo sonoro” como un esquema sano y positivo y generaba el reconocimiento de los colores y la asociación de “T”, de ese color, al sonido con respecto al teclado de color, esto generaba la imitación de la frecuencia a través de la emisión de la sílaba a través del canto, elementos de la expresión verbal y no verbal respectivamente. Pese a que no es un objetivo en sí. Se permitió el trabajo psicomotriz (motricidad fina) a través del impacto preciso de la baqueta con la placa indicada. Talento kinésico y musical.

En cuanto al canto y al trabajo con música editada y seleccionada a través del karaoke en “T” podemos decir que fueron muy útiles para poder mantener un trabajo de estructuras vocales de forma repetitiva y constante, de estructura regular. Podemos decir que en este tipo de estrategias el resultado no fue el esperado, puesto a que en la gran mayoría de las veces “T” no canta. Donde además se emplearon temáticas a fines con la paciente y de forma lúdica no compleja, donde ella podía abordar la canción una y otra vez, puesto a que la música se le fue dada en un disco con las letras y las pistas, podía cantarlas en su casa las veces que quisiera; mejoró su seguridad y autoconfianza, y en las últimas sesiones ya usaba el canto desde el espacio familiar seguro, lo dice la mamá de “T” en la última entrevista.

En cuanto al trabajo con dibujos y pinturas con lápices de cera y música seleccionada, dejó que “T” explorara su lado creativo y artístico a través, nuevamente, de un lenguaje no verbal, el cual le permitía poder transportarse a otro mundo; pudo diseñar formas y estructuras y así liberar su talento espacial sin reglas ni consignas. Esto permitió en ella generar una comunicación distinta por medio del dibujo, los colores y el sonido, de una manera donde la evaluación no está sujeta o supeditada por la técnica o la estética, sino a la capacidad de expresarse libremente y crear con sus propias manos diversas formas y colores.

Para poder entender todo lo anterior, agruparemos el trabajo en base a como se trabajó cada Necesidad Educativa Especial de “T”. Estas Necesidades se dividieron en “5” aspectos que se entrelazan entre sí y con otros aspectos del marco teórico y criterios de evaluación, para así poder dar síntesis a las conclusiones del proceso musicoterapéutico; Estas son las siguientes N.E.E:

06.7_5 Necesidades Educativas Especiales de “T”

- **Aumento de aspectos comunicativos y expresivos del lenguaje, a través del canto. “TRASTORNO DEL LENGUAJE”.**
- **Organización de facultades cognitivas como la atención y la memoria. Estructuración”. DÉFICIT COGNITIVO”.**
- **Mayor manejo de la frustración en el aula de clases y dificultad en la relación con los pares. Aspecto Pragmático. “DÉFICIT HABILIDADES SOCIALES”.**
- **Mayor control de habilidades viso-motoras. “PSICOMOTOR”.**
- **Aumento de la autoestima. “CAMPO AFECTIVO EMOCIONAL”**

A continuación describiremos brevemente las sesiones con respecto a las Necesidades especiales de “T”, junto con el marco teórico musicoterapéutico, el marco conceptual y los criterios de evaluación utilizados en la musicoterapia.

06.7.1_Aumento de aspectos comunicativos y expresivos del lenguaje, a través del canto. “TRASTORNO DEL LENGUAJE”.

06.7.1.1_Observaciones

_Se hablará desde las Necesidades Educativas Especiales de carácter más “estructurado”, que compromete el hemisferio izquierdo del cerebro. Estas estrategias vendrían a conectar mejor con la concentración, la lógica, el pensamiento matemático, el orden, la “estructura”. Este tipo de estrategias musicoterapéuticas desde las N.E.E. de “T”, las dividiremos en “**Dos**” criterios de evaluación; el “**trastorno del lenguaje**” y el “**déficit cognitivo**” (**N.E.E.1 y N.E.E.2, respectivamente**).

_Uno de los principales problemas de la paciente era la comunicación desde el “lenguaje de manera funcional” y desde su “forma instrumental”; donde hay una idea que se transmite desde un emisor hacia un receptor, y ese mensaje no se entiende por algún factor del lenguaje reducido del emisor; ya sea por un problema a través del déficit predominante o de algún otro trastorno secundario, lo que produce dificultades para que el receptor comprenda el mensaje. Ese era el principal problema de comunicación que tenía con su propio entorno, desde el aspecto pragmático, comunicativo y social.

_Rasgos de TDA muy marcados en todas las sesiones que limitaban el trabajo en el trastorno del lenguaje y el aumento de aspectos comunicativos del lenguaje a través del canto.

_Saludos musicales, estructuras melódicas y karaokes como pilares para trabajar el trastorno del lenguaje. Ej: (En todas las sesiones en cada inicio de sesión) **MT:** Hoola “T” , ¿cómo estás?!! **T:** Bien Kío jesio.. y tu cómo tai? **MT:** Yo estoy muy bien.

_En las sesiones de desarrollo se observó a una “T” muy comunicativa y expresiva, que conversaba sobre distintas temáticas de su interés, pese a su trastorno secundario del lenguaje, sobre todo asociadas a talentos naturalísticos de animalitos.

_Otro punto observado era como “T” cambiaba de temáticas constantemente, sin mantener el hilo principal de la conversación. Interrumpe sin dejar terminar la frase de consigna al MT. Ejemplo: Se le daba la explicación del saludo y cambiaba rápidamente la conversación buscando temas de su interés. Eso sucedía, además, en los momentos cuando tenía un contacto con el canto y reemplazo por conversaciones de animales o de otra preferencia.

_Reemplazaba estrategias en cuanto a la temática vocal y sonora por temáticas de su interés; trocaba el recurso sonoro vocal por el de la conversación. El MT tenía que ser muy cauteloso de trabajar sin “imponer”, seguir con los criterios y mantener concentrada a “T” dentro de la estrategia. Ejemplo sesión 11: (con metalófono y canto) **MT:** Hola “T” cómo estás? **T:** Kío Jegio...bien (responde tocando el

metalófono)...**MT:** (cantando) Yo estoy muy bien ¿Cómo te ha ido en clases? **T:** bien. **MT:** ¿y con música como sería?...**T:** ..Oye kío ¿de qué color tienes los ojos? ¿Cafés? **MT:** Sí cafés, ¿por qué? **T:** Cafés como yo? ...Tene ojos cafés el Toddy (su perro).

_Muchas veces hubo momentos de incomunicación (aspectos no comunicacionales), donde el MT no entendía las frases de “T”, eso fue una constante, desde el lenguaje hablado en todas las sesiones había que poner mucha atención a cada palabra que “T” transmitía.

_En cuanto a los sonidos podemos decir que “T” tenía un carácter mucho más contemplativo que participativo y que de manera voluntaria hacia la estructuración, y, en general, hacia todo lo que llevase una estructura de trabajo, pero también le sucedía al momento de crear una canción, por ejemplo, es el caso del saludo. Se le preguntaba de manera improvisada: ¿hola “T” cómo estás? A lo que ella respondía que bien, pero había que recalcarle que era con música para que pudiera decir otra semi-frase musical y contestar los saludos musicales.

_Ella se “animaba” con las estrategias de canto, sin embargo, no participaba cuando teníamos que cantar una canción, como si tuviese un bloqueo con la palabra cantada. Eso fue una constante en todas las sesiones que se fue liberando al final de éstas.

_La percusión funcionaba en “T” muchas veces para poder responder a las estrategias vocales del MT. En los karaokes, por ejemplo, se agregó la percusión para que fuera acompañando la melodía, si antes cantábamos una canción del

karaoke, la seguíamos en otra sesión, pero además le agregábamos la percusión. En otras ocasiones, ya al final de las sesiones, la percusión sincronizaba pobremente los balbuceos o semi-frases que lograba cantar.

_Los logros fueron siempre desde la expresión corporal más que vocal. Por ejemplo, el tema de los “Patitos”. Ella muchas veces cuando se le colocaba el karaoke, en vez de reproducir el canto solo observaba, luego comenzaba a mover el cuerpo y balancearse junto con el ritmo de la música.

_Otro recurso es el de las hojas con la música o letras impresas de las canciones seleccionadas que ocupábamos en las sesiones, si bien es cierto ella estaba en una etapa un poco más retrasada, en cuanto a la lectura, que a la de sus compañeros, el recurso no se ocupaba para leer la música, puesto que la musicoterapia tiene que trabajarse a través de la memoria auditiva, sin embargo la lírica impresa se ocupó la mayoría de las veces como un recurso que llevaba de alguna manera a “T” a familiarizarse con sus textos de clases y que formaba en cierta medida un apoyo, ya sea una vez más de manera de reemplazo de la estrategia o como una evidencia que la música estaba escrita en el documento y podía volver a repetir algún esquema las veces que quisiera, descifrando así los códigos escritos de las canciones en otro tiempo espacial acogedor y posterior.

06.7.1.2_Marco teórico

_A través de Poch, podemos decir que se trabajó la expresión musical, no así la fonación, sí la auto expresividad desde la segunda mitad de las sesiones. No el canto, sí los balbuceos atonales; pero expresivos, ya al final de las sesiones. Se trabajó el tempo, la rítmica y la repetición de estrofas. El punto débil será (estuvo) en cuanto a la ejecución de éste como tal, sin embargo, al tener diversas características de estructuras y repeticiones se fue fortaleciendo. A través del CD entregado, en su equipo pudo escuchar las canciones en su casa desde la mitad de las sesiones en adelante, lo que le permitió conocerlas, favoreciendo la confianza entre nosotros y la autoconfianza en ella. Se cantaban karaokes con percusión en todas las sesiones. Necesidad de pertenencia, de ser comprendido de autoestima, por ejemplo. En cuanto a estructura de canciones cortas con repetición, comprensibles. En cuanto al tipo canciones infantiles específicamente de animales.

_A través de Gauna, podemos decir que desde el trastorno del lenguaje se trabajó la corrección y trabajo leve, de manera no frustrante, a través del espacio musicoterapéutico, que propició la sana comunicación y expresión a través de las emociones. Se trabaja la personalidad expresiva de la paciente, lo que da paso a la autoconfianza.

_A través de Schiapira, se rescata el trabajo con canciones y el uso de la música editada. Karaokes seleccionados y otros arreglados y preparados por el MT.

Canciones trabajadas “Todos los patitos”, “La gatita Carlota”, “Caballito blanco”, “Los pollitos dicen”, “Tengo una vaca lechera”, “Las vocales”, etc.

_Desde Céspedes, saber que sus principales debilidades venían de su lado cognitivo, desde el hemisferio izquierdo, vestibulares y frontales, áreas del lenguaje, talento matemático, talento kinésico;. Pero sin embargo, desarrollara fortalezas desde su hemisferio derecho, desde el lóbulo parietal, desde sus emociones y talentos naturalísticos, espaciales, musicales y artísticos, en general muy positivos, totalmente abierto a estrategias musicoterapéuticas de todo tipo, menos de la que lleve un pensamiento muy abstracto o de imaginación. Se proponen estrategias más lúdicas.

06.7.1.3_Criterios de evaluación

_Expresión musical vocal y expresión no verbal (percusión). No se logra la expresión musical vocal en “T”, sin embargo desde lo expresivo no verbal, gestual y musical (movimiento) sí se logra, participa del entorno sonoro. Segmentación silábica sonora medianamente lograda al final de las sesiones. Percusiones como medio de “escondite” de lo vocal; Sin embargo, fortalece retraso psicomotriz.

_Conexión con su entorno sonoro. Poder de escucha y apreciación de los sonidos. Se logra todo lo que es pasivo en la paciente, presta mucha atención a todo lo que suena a su alrededor.

_Apertura a canales de comunicación verbal y vocal. Trabajo con canciones con y sin karaokes. Expresividad desde el lenguaje musical y hablado, tanto aspectos comunicacionales como aspectos no comunicacionales, dislalia presente, mucha atención a la escucha musical y verbal, no así en su reproducción vocal en las sesiones. Canto reprimido. No se fuerza. En los saludos musicales se logra muy levemente que “T” salude. Ya en algunas sesiones del medio se vuelve rutina el saludo a través del metalófono y tocando de parte de ellas el saludo y un glissando en el metalófono. Ej . ¿Como tai kio Jeksio?..(gliss).

_Apertura a canales artísticos y de expresión. Reemplazo temático como vía de comunicación. Evasión de lo vocal y reemplazo por temáticas de su interés en la mayoría de las sesiones. Expresividad desde el karaoke.

06.7.2_Organización de facultades cognitivas como la atención y la memoria. Estructuración. “DEFICIT COGNITIVO”.

06.7.2.1_Observaciones

_Se debe mencionar que en esta sección de la evaluación se privilegió la forma y la estructura, por ende la consigna; Todo por lo que “T” sufría como su rechazo a las enseñanzas y frustraciones en el aula de clases. Es justamente en este punto donde se abordan sus pensamientos más abstractos dentro del proceso y los que

conectan con su pensamiento lógico matemático y musical; ya sea desde la necesidad especial que se aborda en este punto, como en todo lo que conlleva a “T” a asociar, improvisar y estructurar medianamente aspectos del MEC. Los sonidos y la música fueron un vehículo que conectó a “T” con su realidad y se hizo parte presente en el aspecto “vocal” y de los sonidos (alturas) desde la “Escala Musical”; específicamente el canto de una octava en metalófono de colores Ej: DO-RE-MI-FA-SOL-LA-SI-DO y sus colores, respectivamente AZUL-VERDE-AMARILLO-NARANJO-ROJO-MORADO-CELESTE-AZUL; dentro de un esquema de estrategia y consigna que había que estructurar en ella “positivamente” (actividades o estrategias no frustrantes), desde lo lúdico, hasta lo terapéutico desde sus debilidades. Finalizamos diciendo de manera general que “T” sí logro completar esquemas y vocalizar escalas medianamente bien, pese a que lo lograba siempre se demoraba en casi todas las sesiones a excepción de la últimas que avanzaba un poco más rápido en sus tiempos de respuesta a la consigna dada, ya sea por la repetición del esquema en todas las sesiones o por la memorización de la nemotécnica de la estrategia musicoterapéutica.

_ Rasgos de TDA muy marcados en todas las sesiones que limitaban el trabajo en el déficit cognitivo y la organización de facultades cognitivas como la atención y la memoria, a través de la estructuración musical.

_ La asociación TONO – COLOR: a “T” le costaba asociar el color a una nota, no era fácil para ella hacer la asociación, hasta en las últimas sesiones hay errores de asociación de construcción vocal y lectura asociados al rango limítrofe y al trastorno

secundario del lenguaje. A través de los fonemas cantados “T” podía repetir los monosílabos de manera correcta y, además, tenía derecho a equivocarse por estar el recurso del sonido presente y la constante repetición, pero siempre terminando la secuencia completa (Escala de DO a DO). Ej: **MT:** ¿Qué color es ése? **T:** Amarillo **MT:** ¿Y el amarillo qué dice? (MI) **T:** SOL **MT:** No la “M” con la “I” MI **T:** MI.

_Muchas veces daba vuelta el rol cuando yo daba la consigna. Ese tipo de situaciones me iban diciendo que “T” estaba conectada con las estrategias musicoterapéuticas y aunque escasos fueron esos momentos, cuando ocurrían eran buenos indicios de que no había frustración en ella. Un ejemplo específico de esto es cuando ella misma quiso salirse de la escala de DO a DO y seguir avanzando de forma ascendente con RE-MI-FA-SOL-LA, en escala natural, repitiendo el esquema asociación-tono-color; cantando fonemas de las notas como altura. Ej sesión 13 **MT:** Luego llegamos al AZUL (DO, la última nota de la escala natural); Nos falta poco para llegar al DO y terminar... **T:** Nooo vamos a llegar al final (No. Vamos a llegar al final). **T:** Ah quieres llegar hasta el final (hasta el último LA del metalófono cromático de colores); ya pero rápido (asiento, pero requiero que la asociación sea más rápida, puesto a que iba muy lenta).

_Reemplazaba estrategias en cuanto a la temática vocal y sonora por temáticas de su interés; trocaba el recurso sonoro vocal por el de la conversación. El MT tenía que ser muy cauteloso de trabajar sin “imponer”, seguir con los criterios y mantener concentrada a “T” dentro de la estrategia. Ejemplo: (con metalófono y canto) **I) MT:** (DO) ¿Qué color es? ¿Qué nota es? Lee acá...la D con la O **T:** DO **MT:** canta (y

tocamos juntos el metalófono).. **T:** DOOOOO. **II) MT:** (RE) ¿Qué color es ¿Qué nota es? Lee acá ... la R con la E **T:** RE **MT:** canta (y tocamos juntos el metalófono)...**T:** REEEEE. **III) MT:** (MI) ¿Qué color es? ¿Qué nota es? Lee acá...la M con la I **T:** MI **MT:** canta (y tocamos juntos el metalófono) **T:** MIIIIIII...etc. A “T” le tomaba más tiempo de lo normal asociar nota, color y canto dentro de una estructura. Luego de asociar la nota al color, cantaba el monosílabo un poco fuera del tono, pero lo cantaba. Finalmente, lo lograba, podía, finalmente, con bastante esfuerzo cantar todos los monosílabos de la escala. Siempre fue de manera repetitiva, constante, amigable para no frustrar a “T”, sin embargo, hay una progresión muy positiva en esta estrategia porque el esquema se aplicó y se repitió en todas las sesiones.

06.7.2.2_Marco teórico

_A través de Cabezas, y aspectos del MEC, decir que se ocupó la estructura del Método música en colores para definir un orden abstracto a nivel cognitivo a modo de fomentar el orden, la asociación color-tono, la altura, la secuencia, la repetición,, la fonación y el trabajo psicomotor.

_A través de Poch, en cuanto a la reeducación de personas con problemas del lenguaje. Se mezcla los aspectos del MEC para trabajar los fonemas cantados para trabajar la reeducación vocal simple y no compleja, por medio de la estructura de una escala natural de DO a DO.

_Desde Céspedes, en cuanto al Talento matemático, talento musical y psicomotriz, debemos decir que al trabajar estructuración por medio de la escala natural se presume, según el marco teórico, que “T” trabaja desde lo cognitivo el talento matemático, en cuanto a estructurar y ordenar, la memoria a través de la nemotécnica y la asociación tono-color. El talento musical en función de la estructura y el talento psicomotriz en función de reforzar y alimentar el retraso. Todos talentos disminuidos y por fortalecer.

06.7.2.3_Criterios de evaluación

_Aproximación a la segmentación silábica por medio de la percusión y de la voz. Se logra realizar de manera regular la estrategia a través de las sesiones y el proceso musicoterapéutico.

_Capacidad de repetir esquemas y estructuras musicales y vocales (Nemotécnica musical). Se logra la reproducción de la segmentación silábica en la mayoría de las veces, “T” repite la estructura con mucho esfuerzo al asociar y decir la nota correctamente; no se logra el factor “tiempo”, puesto a que es irregular y presenta errores en la asociación, lo que tarda la repetición vocal del fonema cantado.

_Construcción vocal silábica. Capacidad de construir fonemas y pequeñas frases. La mayoría de las veces “T” logra construir solo fonemas, y balbucear otros. Altura

indeterminada e irregular. No puede construir palabras sin ayuda, menos frases completas, fonéticamente cantadas.

_Permanencia en estrategias o actividades que requieren un grado más de concentración. En cuanto a los tiempos de permanencia siempre fueron muy frágiles y débiles. El MT debe estar constantemente reforzando, en cuanto a “T” logra conectarse con la estrategia, sin embargo los tiempos de permanencia también son escasos, surgen temáticas de interés de la paciente el cual el MT sigue, hasta cierto punto, para luego retomar el esquema y la estructura de fonación vocal.

06.7.3_Mayor manejo de la frustración en el aula de clases y dificultad en la relación con los pares. Aspecto pragmático. “DÉFICIT HABILIDADES SOCIALES”.

06.7.3.1_Observaciones

_Se hablará desde las Necesidades Educativas Especiales de carácter más “desestructurado”, que compromete el hemisferio derecho del cerebro. Estas Estrategias vendrían a conectar mejor con la creatividad, los talentos más naturalísticos e interpersonales, respuestas espontáneas, creativas, “la desestructura”. Este tipo de estrategias musicoterapéuticas desde las N.E.E. de “T”, las dividiremos en “**Tres**” criterios de evaluación; el “**déficit en habilidades**

sociales”, el “aspecto psicomotor” y el “campo afectivo emocional” (N.E.E.3, N.E.E.4 y N.E.E.5, respectivamente).

_Las Necesidades Educativas Especiales de carácter más “desestructurado” en las sesiones. La desestructuración presupone que permitiría a “T” explorar su lado artístico y fomentar sus inteligencias del hemisferio derecho, se presume que posiblemente esta acción la ayudaría a conectarse mejor con su entorno sonoro de carácter más libre y lúdico, para adaptarse y así generar empatía con las personas desde una improvisación más libre y lúdica, comunicacionalmente hablando, ahora desde las estrategias musicoterapéuticas.

_Aspectos que privilegiaban los movimientos corporales y gestuales para déficit en habilidades sociales como improvisaciones con tambores, imitación vocal, conexión musical, aspectos generales de la improvisación y desarrollo psicomotor y vocal. Para manejar la comunicación y manejar la frustración en el aula de clases, para aplacar la relación no comunicacional con los pares y para mantener un vínculo artístico y social. Aspecto pragmático de la comunicación.

_Se siguen las “rupturas” del hilo conductor de las conversaciones por parte de “T”. “T” irrumpe en pleno desarrollo de la estrategia, el MT la escucha y la sigue en su propuesta. Es una chica bastante comunicativa y conversadora, conversa sobre su entorno y su realidad. Frecuentemente ella era un poco reacia a la frustración, por lo cual prefería evitar una estrategia que abordarla. El MT al tratar de motivar o asistir una “secuencia” afloraban los “reemplazos” de “objetos” de preferencia por parte de “T”, dentro de la terapia, para justamente no abordar los que tenían más

complejidad o dificultad de procesar cognitivamente; Sin embargo, y pese a todo, en ese “reemplazo”, “T” puede comunicar una idea, puede asociar ideas, puede reconocer, nombrar, establecer comparaciones, clasificar, explicar, comentar y expresar talentos naturalísticos e interpersonales muy claros, todas las acciones de categorías básicas e intermedias de los procesos cognitivos.

_Rasgos de TDA muy marcados en todas las sesiones que limitaban el trabajo en el déficit en habilidades sociales y en tener un mayor manejo de la frustración en el aula de clases y dificultad en la relación con los pares. Aspecto pragmático y social.

_Rasgos del Trastorno Secundario del lenguaje. No se logra entender lo que dice entre un 10% a un 15% en todo el proceso musicoterapéutico. Reemplazo inmediato por lo expresivo. Aspectos no comunicacionales por parte de ambos al momento de establecer una conversación. Mucha atención por parte del MT cuando “T” comunicaba verbalmente una idea.

_Posee una capacidad de adaptación al entorno, por medio de diversos escapes y estrategias, como adelgazamiento de la voz o cuando quiere dar énfasis a una idea. Aumenta su capacidad gestual, mueve sus manos en torno de una idea expresada por ella, con un tono de voz regular; recurso muy interesante, puesto a que lo hace muy bien, de forma muy gestual como recurso de comunicación con las personas, de todas formas de muy buena manera y con muy buena capacidad de adaptación. En este punto también hubo momentos “no comunicacionales” entre MT y T, pero siempre llevándola a lo bueno, desde lo sano, citando a Gauna para cada una de las estrategias desarrolladas. Ej. Sesión 11: **T:** (Susurrando) ace awruu ii fruu

(expresiva y con voz meso forte) uuma vaca y teene uno cacheetes (cachitos, hace el gesto con las manos de los cachitos) ...,es zuuul cosa una waca (vaca) tiene graaandes!! (volumen fuerte) lagos lagos!! (largos largos, en tono agudo) cachaete y un to un tooro!! (volumen fuerte).. **MT:** Jaajaj que bueno... y eso ¿a dónde lo viste?, ¿en el campo? **T:** mmn mmn (mueve su cabeza diciendo que no) **MT:** ¿En la tele? **T:** mmn mmn (mueve su cabeza diciendo que no) **MT:** ¿En tu casa? **T:** mmn mmn (mueve su cabeza diciendo que no) **MT:** ¿cerca de tu casa? **T:** mmn mmn (mueve su cabeza diciendo que no) **MT:** ¿En el sur? **T:** (“T” asiente) Es que tío Hugo .fuí ..tío Hugo y le di comía (mueve sus manos y las agita fuertemente)...manzanas .. .se tiran al pasto y la vaca entró al patio... **T:** tiene leche **MT:** Tiene leche **T:** T tiene un bebé vaca chiquitito (pone sus manos para expresar que la vaquita es pequeña) **MT:** Tiene un bebé vaca, sabes cómo se llama eso?...,terneros, los bebés de las vacas se llaman terneros ¿sabías tú? **T:** ¿y las vacas existen acá? **MT:** Sí, pero se ven poco en la ciudad, se ven más en el campo **T:** En el campo? Y .. y tira fuego?? (en alusión a los toros cuando tiran vapor por la nariz), foca tira fuego **MT:** ¿Cómo van a tirar fuego esos son los dragones? **T:** Es verdad tío , es verdad!! (postura a la defensiva).

_A través de dibujos con música editada y seleccionada hubo intercambio de dibujos, compartimos un espacio terapéutico bien especial regulado por “las cuatro estaciones de Vivaldi”, dentro de la exposición de sus cuadros o meses se fue dando el espacio terapéutico necesario para generar la creatividad espacial necesaria a través de la atmósfera sonora.

_Dentro de la estrategia de pintar con lápices de cera con música clásica, se rescatan momentos bien especiales, donde hablábamos de cualquier tema pintando y escuchando a Mozart. Ahí “T” se explayaba y me contaba aspectos de su familia, de su entorno más íntimo y positivo. Ej. Sesión 13: (Con música de Mozart de fondo) **T**: It tot tot tot todi iwal (el tuyo igual, refiriéndose al dibujo).. **MT**: Sí, está bonito (me refiero a su dibujo) **T**: ¿El mío? **MT**: Sí **T**: El tuyo igual **MT**: aahh gracias.. **T**: ¿Ye ese que es abajo, el agua? **MT**: Sí, como supistes? Oye y terminastes todo ya?, ¿sales de vacaciones casi o no, cuanto te queda **T**: mmmn...treee (tres, con expresión) muucho!! ¿Y tú? (quiere decir y a ti) **MT**: tres semanas, a mí también me quedan como tres **T**: y a dónde vai? (me pregunta a donde voy de vacaciones). **MT**: Estoy en otro colegio haciendo clases (situación no comunicacional del MT, continúa la conversación).

06.7.3.2_Marco teórico

_A través de Gauna, podemos decir todo, puesto que él propone que la musicoterapia genera núcleos saludables en las personas y que aporta estrategias y recursos de núcleos expresivos, desde la música, hacia las otras personas como vía de comunicación. Para “T” fue muy importante que la terapia sea una terapia contenedora, ella venía de terapias muy rígidas en el primer semestre, donde tuvo muchos desencuentros y frustraciones. La musicoterapia llegó justo a tiempo y llegó a ayudar y fortalecer la comunicación verbal y no verbal de “T” con su entorno; a

través de la expresión, la contención, el balbuceo al cantar, la escucha, la comunicación verbal y no verbal para el aspecto pragmático y para el déficit en habilidades sociales.

_Desde Céspedes, decir que hay grandes talentos que se trabajan en la necesidad especial del déficit en habilidades sociales, desde el Talento interpersonal es evidente en ella la necesidad de comunicar; Talento lingüístico que pese a todo “T” se empeñaba en trabajar día a día; Talento musical que pese a todo participaba de manera más de oyente, favoreciendo su expresión corporal. Talento espacial, le gustan estrategias de dibujo con música, se vuelve mucho menos tímida y abierta a las sesiones.

06.7.3.3_Criterios de evaluación

_Apertura a canales de comunicación. Gestual y expresivo. Se logra totalmente este punto.

_Uso expresivo del cuerpo y la voz cantada. Uso expresivo del cuerpo se logra de manera regular y el uso expresivo de la voz cantada, también, se logra pero en otro estrato y desde lo exploratorio, de manera tímida y desde lo expresivo siempre.

_Apertura a canales artísticos y de expresión. Se fomentó el uso del hemisferio derecho y de las zonas del cerebro del área del lenguaje.

_Conexión con el entorno musical y expresivo no verbal. Fue regular, muchas veces por imitación o por exploración, poca iniciativa propia, sí desde lo grupal a través de la observación sonora.

06.7.4_Mayor control de habilidades viso-motoras. "PSICOMOTOR".

06.7.4.1_Observaciones

_El uso del recurso psicomotor se trabajó principalmente en dos ejes: A través de la improvisación grupal y a través de Dibujos con música editada y seleccionada.

_El aspecto psicomotor si bien es cierto es una N.E.E. dentro del trabajo, siempre fue un aspecto además transversal en las diversas estrategias; el aspecto psicomotriz se trabajó en todas las sesiones y no desde la terapia ocupacional, sino desde lo libre e improvisatorio, además de estructurado; en la musicoterapia. Se abordó el retraso desde la motricidad fina y psicomotricidad general musical, para aumentar la autoconfianza de "T".

_A través de la improvisación grupal sus movimientos son libres y exploratorios, movimientos de los brazos cortos, repetitivos con balanceo del cuerpo, instancia de mucha expresión y libertad de parte de "T".

_A través de los dibujos con música editada y seleccionada se trabajó el aspecto psicomotriz de manera regular, sin embargo, se notaba levemente el retraso en las sesiones, pero nunca fue un problema para asir un lápiz, para colorear, a lo mejor lo sería desde el contorno o la forma. Sin embargo, se ven movimientos bastante regulares y propios de la edad.

06.7.4.2_Marco teórico

_A través de Alvin y la improvisación libre podemos decir que “T” tuvo muy buena percepción hacia lo auditivo, no tanto a lo atencional. Pudo desarrollar su percepción táctil para estimular su cerebro, buena capacidad de expresión corporal y estimular el área de lo sensitivo, a través de los ritmos improvisados. Se trabajaron las repeticiones.

_Schiapira. Improvisación musical terapéutica, el trabajo con canciones, uso de la música editada. Improvisaciones musicales terapéuticas de 4 a 6 minutos. Trabajamos con canciones seleccionadas y karaokes seleccionados con temática de animales. La música se editó porque se amplificó y se colocaron efectos en cada pista y se prepararon cancioneros para las terapias.

_Desde Céspedes. Talento kinésico; talento musical; talento espacial. Se trabajaron todos los talentos de manera transversal.

06.7.4.3_Criterios de evaluación

_Sujeción prensil. Capacidad para asir objetos. Pinta con los lápices pastel de colores sobre un block a la manera de un niño de su edad. Toma las baquetas del metalófono como un niño (a) de su edad.

_Desarrollo general psicomotor durante las sesiones. Percute de manera libre los tambores y metalófonos, no de una manera ascendente ni mucho menos, sí de una manera exploratoria. Desarrolla la capacidad en el espacio terapéutico. Movimientos lentos y torpes algunas veces, pero no para no asir objetos o mover y agitar las manos y brazos.

_Respuesta desde lo psicomotor en el dibujo y la pintura. Buenas respuestas desde lo psicomotriz y kinésico para dibujo libre, propias de un niño(a) de su edad.

_Respuesta desde lo psicomotor desde la percusión en membranófonos y placas. Buenas respuestas a las improvisaciones libres. A veces en las improvisaciones se ensimismaba con la improvisación y se compenetraba bastante bien en las sesiones.

06.7.5_Aumento de la autoestima. “CAMPO AFECTIVO EMOCIONAL”.

06.7.5.1_Observaciones

_El espacio Musicoterapéutico fue el óptimo para fomentar y fortalecer la autoestima de “T”. Dentro de las estrategias musicoterapéuticas siempre estuvo presente el espacio para que “T” pudiese expresar sus sentimientos y emociones.

_Se tomó la temática de los animalitos que “T” traía a todas las sesiones como vehículo de espacios de confianza; esto permitió que ella se abriera a la conversación espontánea, el talento naturalístico por parte de ella fue un elemento en la terapia que se usó y que tuvo muy buenos resultados, porque la dejó expresarse sin trabas en los momentos en que se fomentaba y privilegiaba la desestructuración en la musicoterapia. **Ej1: T:** Yíoo temgo una caja.. **MT:** ¿Una caja? **T:** Yio temgo una caja verde .. **MT:** Una caja verde **T:** La relleno de evistes ..,hay temgo una araña **MT:** Araña waaaa (con miedo) **T:** y abeja **MT:** Abeja **T:** y araña ... y vive en oto países ... la araña.. **Ej2: T:** Et eta un patito chiquitito .. **MT:** Un patito. **T:** E techo .. **MT:** ¿Sí? **T:** E chiquitito ..y tene suave alienita.. y tene un ado blanco ..**MT:** Ooohh **T:** “Es verdad” ...y se cayó del techo a suelo. **MT:** Oooh **T:** Se cayó y fue en la sala ..”es verdad” (Al imitar y asentir e interrogar a “T”); ella corrobora que sus dichos son verdad, pensando que yo no le creo. **Ej3: T:** Temgo 3 kato!! (gatos) (fuerte y expresivo mostrando animosa sus dedos, muy animada **MT:**

¿Y te gustan los gatitos? **T:** Tío, el techo hay tre!! Hay tres gatos así hay uno, dos ... y tienen los ojos verdes eso...y tienen pelitos negros... y chiquitito .. **MT:** ¿Y chiquitito? jaja **T:** Y se meten techo y son en... la cocina .**MT:** Ah y se meten en la cocina...(El MT ocupa el recurso de repetir las últimas palabras de “T” para reafirmar dichas palabras) (Suenan “todos los patitos” y vamos a la estrategia).

“T” respondió bien en todas las sesiones, desde el punto de vista afectivo y emocional, nunca se vio a esa niña llena de frustraciones que describían las psicólogas. Puede ser que el espacio musicoterapéutico ayudara y fomentara la capacidad de “T” a estar relajada y segura en las sesiones de musicoterapia, más que el aula de clases, mucho más que en las sesiones de terapia ocupacional, psicológicas y fonoaudiológicas de la Escuela.

06.7.5.2_Marco teórico

A través de Gauna, rescatamos el uso selectivo de canciones a través de talentos naturalísticos de la paciente muy presentes en cada sesión. Se seleccionaron y editaron canciones con temática de animales muy puntuales y se volvieron a traer a las sesiones en forma de karaokes, todo para fomentar la personalidad expresiva de la paciente.

A través de Cabezas, nuevamente, mencionar el talento naturalístico muy presente en la paciente en todas las sesiones.

_Desde Cabezas, mencionar además el talento interpersonal y el talento intrapersonal de la paciente, a través de sus conversaciones e inquietudes que alimentaron su autoestima en el campo afectivo emocional.

06.7.5.3_Criterios de evaluación

_Fortalecimiento de la autoestima y autoconfianza a través del espacio terapéutico. Se logra completamente a través de las sesiones.

_Apertura a canales de comunicación verbal a través de sus talentos y preferencias. Estos puntos son los que mejor se logran dentro de las N.E.E. de "T"

_Uso expresivo de la voz hablada. Preferencias temáticas. Se privilegió la voz expresiva en este punto recordando que estamos dentro de las estrategias más desestructuradas de las N.E.E. de "T".

_Capacidad de liberar sentimientos y emociones a través de emergentes en las sesiones. En todas las sesiones se le permitió a "T" expresar sus emociones, tanto a través de la música y la improvisación como a través de sus variados talentos.

06.8_Análisis y Evaluación

06.8.1_Estrategias Estructuradas:

_Análisis y Evaluación de la estrategia musicoterapéutica en el abordaje de la N.E.E.1

- Las estrategias que fueron en búsqueda de estimular la voz cantada a través del saludo en “T”, aparentemente no se lograron, puesto a que “T” centra la atención en la imitación instrumental del saludo. No obstante, al final del desarrollo del proceso, logra la imitación cantada e instrumental de manera escueta, pero significativa.
- Se aprecia escasa comunicación vocal al momento de explorar su voz cantada y en vez de eso interrumpe las sesiones colocando temas de su interés.
- En vez de imitar el canto ella prefiere llevar un pulso de manera irregular.
- Logra uso de a expresión corporal y gestual para comunicarse con su entorno sonoro.
- En cuanto a la conexión con el espacio terapéutico “T” se mostró conectada con el encuadre, lo que favoreció su expresión verbal, sin embargo, mostró

perder la atención en el hilo temático de la conversación durante todas las sesiones sin excepción.

- Por último, debo señalar que mediante el análisis del proceso inferí que la estrategia de propiciar la “voz cantada”, no resultó fluidamente porque estuvo siempre presente un instrumento que demandaba su atención.

Análisis y Evaluación de la estrategia musicoterapéutica en el abordaje de la N.E.E.2.

- En cuanto a la “segmentación silábica” con alturas y percusión (habilidad cognitiva avanzada): Dentro del proceso se evalúa en “T” la dificultad de juntar las sílabas y proyectarlas vocalmente, sin embargo, al final de las sesiones de desarrollo, logra parcialmente reproducir, tocar y vocalizar el monosílabo en dos alturas de manera desorganizada.
- “T” no logra reconocer ni asociar una estructura musical a través de los colores (Escala natural de DO a DO), logra escasamente memorizar la nemotécnica del ejercicio, presenta errores incluso en las sesiones más avanzadas. Casi no puede reproducir vocalmente una frase vocal segmentada y percutida, medianamente regular. Trabaja a través de la imitación y la repetición, sin embargo no logra comprender la etimología de la dinámica en sí.
- Escasamente logra comprender una consigna, además de completar el esquema de la escala natural dentro de un parámetro temporal mayor al que

se necesita para esa habilidad cognitiva. En sesiones del medio del desarrollo ella propone la extensión de la estructura musical completando el esquema de alturas.

- Se le ve cómoda en las sesiones, pese a no cantar, a “T” no le desagradaba la actividad y de a poco se va entregando a las sesiones de manera explorativa, en una primera instancia, y luego de manera más expresiva en las sesiones posteriores.

06.8.2_Estrategias Desestructuradas:

_Análisis y Evaluación de la estrategia musicoterapéutica en el abordaje de la N.E.E.3

- “T” logra potenciar su personalidad expresiva a través de canales de comunicación verbal y no verbal (musicales y/o artísticos). Paulatinamente se siente cómoda hablando de temas de su interés a medida que se desarrolla el proceso.
- Aperturas a canales de expresión del ser humano: “T” tuvo una línea ascendente en cuanto a la expresividad, desde la segunda mitad del desarrollo en adelante.

- Ella fortaleció su autoestima y su autoconfianza a través de actividades sonoras sencillas y no frustrantes, que promovieron un ejercicio ameno.
- “T” logra conectarse sanamente con su entorno y conversar aspectos e inquietudes personales, dentro de las sesiones.
- En resumen el espacio Musicoterapéutico logró favorecer su talento interpersonal en pro de la comunicación con su entorno.

_Análisis y Evaluación de la estrategia musicoterapéutica en el abordaje de la N.E.E. 4

- El aspecto psicomotor fue un aspecto “transversal” y de carácter “libre”, que estuvo presente en todo el proceso musicoterapéutico con “T”. El uso de la psicomotricidad fina se ocupó tanto para actividades estructuradas como para las de estructura más libre.
- Desarrollo del recurso psicomotriz: “T” en todo el proceso usa este recurso como herramienta expresiva, en compensación del déficit del trastorno del lenguaje. Esto se infiere en el nuevo análisis del proceso, en una segunda etapa esto sería uno de los pilares de la intervención.
- Tiene una sujeción prensil en sus dedos bastante regular, no se observan problemas para sujetar objetos, pero si se puede apreciar una mayor lentitud para disponer de ellos. Aspecto que trabajaría ahora más en una segunda intervención.

- Presenta buenas respuestas a los ritmos en los instrumentos de percusión, tanto de placas como de membranófonos.

_Análisis y Evaluación de la estrategia musicoterapéutica en el abordaje de la N.E.E.5

- A “T” le encantaba hablar de los animalitos en las sesiones. Por ende sus gustos, preferencias y afectos giraban en torno al aspecto naturalístico.
- Luego decidí trabajar este aspecto que le gustaba a través de la música, los dibujos y las canciones. Este elemento se trajo a la sesión con muy buenos resultados. En cuanto a liberar sentimientos y emociones de la misma manera de compartir, conectar y contener estos emergentes que traía, tímidamente, pero que eran muy arraigados en su personalidad.
- A través del proceso musicoterapéutico se logró formar el vínculo, lo que favoreció compartir el mundo interno de “T”, en un espacio de confianza y aceptación, lo que llevó a aumentar su deseo de compartir, de expresar y de comunicar.
- La temática ayudó a liberar sus inteligencias y talentos naturalísticos e interpersonales en las sesiones.

06.8.3_Aspectos a trabajar en una segunda instancia de Musicoterapia con la paciente:

- Trabajar mucho más la improvisación libre sin estructura ni consignas.
- Seguir trabajando mucho más el canto expresivo.
- Seguir trabajando el dibujo libre con música editada.
- Seguir trabajando aspectos de la musicoterapia que permitan un espacio de contención y confianza para la expresión musical.
- Seguir trabajando la segmentación silábica con voces y tambores, manteniendo estrategias musicoterapéuticas muy sencillas, poco progresivas y cada vez más lúdicas.

06.9_Autoevaluación

- Trabajé todos los aspectos conscientemente en el proceso musicoterapéutico.
- Trabajé el aspecto vocal y de segmentación por una necesidad educativa de la paciente, recomendado por los demás profesionales.
- Hubo aspectos no comunicativos por parte mía, al no poder entender muchas veces lo que “T” quería decir en la terapia.

- Ocupé lenguajes y terminologías de la pedagogía musical, en muchas ocasiones. Debo corregir ese aspecto.
- Trabajé mucho más la estrategia de la improvisación libre, de carácter desestructurado.
- Propicié un espacio lúdico en la musicoterapia que diera confianza.
- Estructuré y modelé para poder dar a “T” permanencia en las estrategias propuestas, esta además fueron sencillas y no complejas.
- Trabajé y potenció los talentos e inteligencias de la paciente, durante el proceso musicoterapéutico.

07_CONCLUSIONES

07.1_Conclusiones para los dos tipos de estrategias.

07.1.1_Estrategias Estructuradas:

- No se lograron las estrategias que estimularan la voz cantada, ni a través del saludo musical, ni a través de la segmentación silábica musical, ni a través de los karaokes, salvo en lo expresivo corporal y en la voz hablada para mejorar aspectos comunicacionales y pragmáticos. Salvo al final de las sesiones balbuceaba monosílabos con altura indefinida.
- En ninguna sesión, dentro del proceso, “T” logra mantener la concentración, salvo en las improvisaciones y en la pintura. Cuando está comunicando acciones lo logra medianamente o como forma de escape.
- No logra reconocer ni asociar una simple estructura de escala natural de DO a DO. Escasa nemotécnica, escasa memorización y asociación durante el proceso mental.
- Trabaja estructuras musicales a través de la “imitación” y la “repetición”, no desde la “comprensión”.

- Se demora más tiempo del que debiera demorarse en ciertas acciones o procesos mentales que involucran ciertas habilidades cognitivas como la comprensión, la aplicación y el análisis.

07.1.2_Estrategias Desestructuradas:

- Se siente cómoda hablando temas de su interés. Se le veía contenta al momento de tocar y ejecutar música sobre todo en la improvisación libre.
- Logra potenciar su personalidad expresiva a través de canales positivos.
- Se conecta bastante bien con el entorno sonoro, de una manera más pasiva que activa; con una actitud más contemplativa que participativa, en la mayoría de las veces.
- Se siente mejor en estrategias musicoterapéuticas menos estructuradas y de carácter más libre. Sin embargo, nunca hubo un rechazo total a ninguna de ellas.
- Pudo liberar sus sentimientos y sus emociones a través de la musicoterapia a través de un espacio de contención y armonía que le dio autoconfianza y aceptación de sí misma.

07.2_Conclusiones desde las fortalezas y las debilidades.

_Desde sus fortalezas:

- Pese a todos sus diagnósticos “T” era una niña bastante alegre, muy expresiva y comunicativa, aspectos intrínsecos que se trabajaron en las estrategias musicoterapéuticas durante todas las sesiones.
- Siempre estuvo dispuesta a realizar las estrategias propuestas por el MT, ya sea desde las menos a más estructuradas, nunca rehusó una de ellas, exceptuando las de carácter más estructurado.
- Tiene inteligencias bastante desarrolladas como son el talento naturalístico, el talento interpersonal y el talento espacial.

_Desde sus debilidades:

- Desde lo cognitivo. Bajo entendimiento de consignas. Baja estructuración de ideas. Lenguaje instrumental deficiente.

- Su principal debilidad era su lenguaje verbal disminuido, ya que no dejaba desarrollar de manera regular el aspecto pragmático con sus pares, en el aula de clases.
- Otra gran debilidad era su baja permanencia en las estrategias musicoterapéuticas propuestas.
- El retraso psicomotriz se puede reforzar mucho más a través de la música.

07.3_Conclusiones desde los objetivos

- Se logró ofrecer un espacio de expresión vocal e instrumental y fortalecimiento de recursos asociados a su entorno en el aula de clases.
- Se fortaleció su autoestima y autoconfianza, ya sea tanto como con estrategias estructuradas como más desestructuradas.
- Se reforzó la permanencia de “T” en las actividades propuestas.
- Se favoreció el uso de la expresión vocal e instrumental, tanto de estrategias vocales más estructuradas como desestructuradas.

08_BIBLIOGRAFÍA

_Alvin, Juliette; 1965; “Música para el niño disminuido”; Oxford University. Editorial Ricordi Americana.

_Brinkmann H; “Documento del departamento de psicología”, Universidad de Concepción; Rangos de C.I. y diagnósticos correspondientes.

_Cabezas, Estela; “Música en Colores”; Ediciones Universitarias de Valparaíso.

_Céspedes, Amanda; Noviembre del 2010; “Calpe & Abyla”, revista de Educación y Neurociencias n°1. Publicaciones Edimburgo.

_Céspedes, Amanda; Diciembre del 2011; “Calpe & Abyla”, revista de Educación y Neurociencias n°5 “Talento Musical”. Publicaciones Edimburgo.

_Céspedes, Amanda; 2007; “Cerebro, inteligencia y emoción”, Neurociencias aplicadas a la educación permanente; Fundación mírame editores. Prosa imp.

_Céspedes, Amanda; 1° Edición, año 2010; "Déficit atencional en niños y adolescentes. Editorial Vergara.

_Céspedes, Amanda y Silva, Gloria; 2014; "Las emociones van a la Escuela, el corazón también aprende. Las cuatro letras de la alquimia vincular. Publicaciones Edimburgo.

_Depto. Médico del centro médico de foniatría y logopedia, Toledo."Documento".

_Depto. Médico del hospital general de México. Guía de diagnóstico de medicina física y rehabilitación. "Documento". Capítulo 8 Pág. 42.

_FODA del establecimiento. Documento con respecto a las Fortalezas, oportunidades, deficiencias y amenazas de este.

_Gauna, Gustavo; 1° Edición, Agosto del 2009 "Diagnóstico y Abordaje Musicoterapéutico en la infancia y en la niñez". Editorial Koyatún, serie psicosocial 2.

_Gauna, Gustavo; 1° Edición, año 1996; “Entre los sonidos y el silencio”, musicoterapia en la infancia, clínica y teórica. Editorial Artemisa; 1° edición, 1996.

_Luchinni D, Graciela; Editora responsable. Pesse, Verónica; Ruíz de Gamboa, Emma; Torres Gabriela. 3° Edición; 2° Edición, año 2006; “Niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE)”, cómo enfrentar el trabajo en el aula. Ediciones Universidad Católica.

_NEET (Necesidades educativas transitorias. Síntesis del proceso de evaluación diagnóstica integral. Run 22.191.202-0.

_PADE del establecimiento. Documento con respecto al Programa de Alta Dirección de Empresas de este.

_Poch, Serafina; 1998; “Compendio de Musicoterapia” vol. 1, capítulo III. “Metodología en musicoterapia, teorías psicoterapéuticas más importantes”. Herder Editores.

_Schiapira, Diego más otros autores; 2007; "Musicoterapia Abordaje Plurimodal" (APM). Adim ediciones.

_WISC III; Marzo del 2013; Síntesis del test Cognitivo. Estandarización chilena; Normas Universidad Católica de Chile; Formulario Único de evaluación capacidad intelectual y funcionamiento adaptativo.

_Diccionario Enciclopedico Larousse en color Ilustrado. 1998.

_http://www.musicaencolores.cl

_http://www.musicaencolores.com

_http://www.slideshare.net/pauliitaasaes/deficit-cognitivo#

_www.wordreference.com

_www.wikipedia.com

09_ANEXOS

1. *Vocabulario técnico.*
2. *Imagen del horario de Musicoterapia.*
3. *Imágenes del establecimiento.*
4. *Imágenes del cerebro.*
5. *Imágenes del metalófono en colores.*
6. *Imágenes del setting.*
7. *Imágenes de equipos técnicos.*
8. *Imágenes sobre palabras en segmentación en colores trabajados con "T".*
9. *Imagen del 1º dibujo de "T".*
10. *Imagen del 2º dibujo de "T".*
11. *Imagen de la historia sonora de la familia Gaete Noguera.*

1. Vocabulario técnico

_Cantar: Emitir con los órganos de la voz una serie de sonidos modulados.

_Cognitivo (a): Adj. Relativo a la cognición. Conjunto de ciencias relativas a la cognición, como la psicología, la lingüística, la epistemología, etc.

_Cognición: Sicol. Conjunto de estructuras y actividades psicológicas cuya función es el conocimiento, por oposición a los dominios de la afectividad.

_Cuadro clínico: Conjunto de síntomas y signos que presenta un paciente.

_Déficit: Cantidad que falta para llegar al nivel necesario.

_Diagnóstico: Med. Determinación de la naturaleza de una enfermedad.

_Dislalia: Trastorno de la palabra.

_Encuadre terapéutico: Parte del proceso psicodiagnóstico. Son las variables o constantes que intervienen en el proceso de terapia: aclaración de los roles, lugar de las entrevistas o sesiones, horario y duración del proceso y honorarios.

_Enfermedad: Alteración más o menos grave de la salud del cuerpo animal o vegetal.

_Epistemología: Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias.

_Etimología: Ciencia que estudia el origen de las palabras.

_Método: Conjunto de operaciones ordenadas con que se pretende obtener un resultado. Modo de obrar o proceder que cada uno tiene y observa.

_Metodología: Aplicación coherente de un método.

_Música: Arte de combinar los sonidos.

_Musicoterapia: Es la utilización de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta en pacientes o grupos en un proceso destinado a facilitar y promover la comunicación, el aprendizaje, la movilización, la expresión y la organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas de una persona.

_Objetivo: Es el planteo de una meta o un propósito a alcanzar, y que de acuerdo al ámbito donde sea utilizado, o más bien formulado, tiene cierto nivel de complejidad. El objetivo es una de las instancias fundamentales en un proceso de planificación y que se plantean de manera abstracta en un principio, pero luego pueden o no concretarse en la realidad, según el proceso de realización ha sido exitoso.

_Paciente: Enfermo que sigue un tratamiento médico.

_Pronóstico: Med. Juicio que forma el médico a partir de los síntomas del desarrollo previsible de una enfermedad.

_Psicomotricidad: Es una disciplina que basándose en la concepción integral del sujeto, se ocupa de la interacción que se establece entre el conocimiento, la emoción y el movimiento y de su mayor validez para el desarrollo de la persona, de su corporeidad, así como de su capacidad para expresarse y relacionarse en el mundo que lo envuelve. Su campo de estudio se basa en el cuerpo como construcción y no en el organismo en relación a la especie.

_Psicomotriz (Psicomotor): Adj. Relativo a la psicomotricidad.

_Retraso: Desarrollo físico o mental inferior al normal.

_Segmentación silábica: División de las sílabas en segmentos.

_Sesión: Tiempo durante el cual se desarrolla cierta actividad o se somete a un tratamiento.

_Setting Musicoterapéutico: Conjunto de instrumentos musicales y de pequeña percusión (membranófonos, placas e idiófonos) que se ocupan para una terapia musical.

_Síndrome: Conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad o una afección.

_Síntoma: Med. Fenómeno que revela la existencia de una enfermedad. Fenómeno que revela un trastorno funcional o una lesión.

_Terapia: Parte de la medicina que se ocupa del tratamiento de las enfermedades. Tratamiento para combatir una enfermedad.

_Trastorno: Cualquier alteración no grave de la salud.

_Tratamiento: Med. Conjunto prescripciones que el médico ordena que siga el enfermo para su mejoría y curación.

2. Imagen del horario de Musicoterapia.



HORARIO DE SERGIO SILVA MUSICOTERAPEUTA

Segundo semestre de 2013

Desde el: 23/09/2013 Hasta el: 15/12/2013

Jueves		Terapeuta - Estudiante(s) - Curso
Período		
1	8:15 - 9:00	
2	9:00 - 9:45	TALLER "Motivación Escolar con Musicoterapia": 2do (a cargo de Sergio Silva)
3	10:00 - 10:45	Sergio: Trinity Gaete (1ro)
4	10:45 - 11:30	TALLER "Motivación Escolar con Musicoterapia": 1ro (a cargo de Sergio Silva)
5	11:45 - 12:30	
6	12:30 - 13:15	TALLER "Motivación Escolar con Musicoterapia": 3ro (a cargo de Sergio Silva)
7	14:00 - 14:45	
8	14:45 - 15:30	

Viernes		Terapeuta - Estudiante(s) - Curso
Período		
1	8:15 - 9:00	
2	9:00 - 9:45	Sergio: Trinity Gaete (1ro)
3	10:00 - 10:45	
4	10:45 - 11:30	Sergio: Cristian Pérez (1ro)
5	11:45 - 12:30	
6	12:30 - 13:15	Sergio: Janete Hernández (1ro)
7	14:00 - 14:45	
8	14:45 - 15:30	

DATOS DEL PRACTICANTE:

NOMBRE: SERGIO SILVA PIZARRO.

TELÉFONO: 90965206

MAIL: OCTAVIOSI7@GMAIL.COM

CASA DE ESTUDIOS: UNIVERSIDAD DE CHILE. FACULTAD DE ARTES.



NÓMINA DE ESTUDIANTES BENEFICIARIOS

CURSO	NOMBRE	MODALIDAD DE ATENCIÓN
PRIMERO	1. Josefa Ávila (SEP)	GRUPAL.
	2. Elizabeth Farías (SEP)	
	3. Martín Valdés (SEP)	
	4. Manuel Piña	
	5. León Balladares	
SEGUNDO	1. Williams Amigo (SEP)	GRUPAL
	2. Matías Cárcamo (SEP)	
	3. José Cerda	
	4. Benjamín Valdés (SEP)	
	5. Brandon Díaz (SEP)	
	6. Graham Valenzuela (SEP)	
	7. Johann Hofstatter	
TERCERO	1. Diego Cofré (SEP)	GRUPAL
	2. José Rojas	
	3. Paolo Vásquez (SEP)	
	4. Vicente Toledo (SEP)	
	5. Ignacio Vargas	
	6. Cristian Moreno.	
PRIMERO	Cristian Pérez	INDIVIDUAL
QUINTO	Javiera Hermosilla	
PRIMERO	Trinity Gaete	



TALLER SEP DE MOTIVACIÓN ESCOLAR INCORPORACIÓN DE LA MÚSICA COMO RECURSO DE INTERVENCIÓN

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN: MUSICOTERAPIA.

ENEFICIARIOS: ALUMNOS DEL PRIMER CICLO QUE PARTICIPAN EN EL TALLER SEP MOTIVACIÓN ESCOLAR”.

JUSTIFICACIÓN:

DESDE PRINCIPIOS DE AÑO, EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA VENIDO DESARROLLANDO UN TALLER SEMANAL CENTRADO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIANTES CON MAYOR ÍNDICE DE DISRUPTIVIDAD EN AULA, ES DECIR AQUELLOS ALUMNOS QUE POR DIVERSOS MOTIVOS Y DE DIFERENTES FORMAS ALTERAN CON SU CONDUCTA EL CLIMA DE APRENDIZAJE NECESARIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS APRENDIZAJES ESPERADOS. ESTE SEGUNDO SEMESTRE INCORPORAREMOS COMO **UNA SECCIÓN DENTRO DEL TALLER** EL TRABAJO DE UN PROFESIONAL EN PRÁCTICA DE MUSICOTERAPIA (UNIVERSIDAD DE CHILE) EN MODALIDAD DE ATENCIÓN GRUPAL E INDIVIDUAL.

OBJETIVO GENERAL DEL TALLER:

DESARROLLAR HABILIDADES ESCOLARES.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. EDUCAR EN HABILIDADES SOCIALES.
2. EJERCITAR CONTROL DE IMPULSOS.
3. FOMENTAR RESPONSABILIDAD ESCOLAR.
4. FAVORECER LA CONSTRUCCIÓN DE UNA IDENTIDAD POSITIVA: ELEVAR AUTOESTIMA.

APORTE DE LA MUSICOTERAPIA A LOS OBJETIVOS DEL TALLER:

LA MUSICOTERAPIA SE DEFINE COMO “LA UTILIZACIÓN DE LA MÚSICA Y/O DE SUS ELEMENTOS (SONIDO, RITMO, MELODÍA Y ARMONÍA) POR UN MUSICOTERAPEUTA CALIFICADO CON UN PACIENTE O GRUPO EN UN PROCESO DESTINADO A FACILITAR Y PROMOVER LA COMUNICACIÓN, EL APRENDIZAJE, LA MOVILIZACIÓN, LA EXPRESIÓN Y LA ORGANIZACIÓN U OTROS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS RELEVANTES, A FIN DE ASISTIR LAS NECESIDADES FÍSICAS, PSÍQUICAS, SOCIALES Y COGNITIVAS DE UNA PERSONA” (Fuente: Federación Mundial de Musicoterapia).

CON RESPECTO A LA APLICACIÓN DE ESTA DISCIPLINA EN UN CONTEXTO ESCOLAR CON NIÑOS: “LA MUSICOTERAPIA INFANTIL ES EL USO DE LA MÚSICA Y DE LAS ACTIVIDADES MUSICALES EN UN CONTEXTO TERAPÉUTICO CON EL OBJETIVO DE ESTIMULAR, MEJORAR O RECUPERAR EL CORRECTO DESARROLLO MOTRIZ, COGNITIVO, SOCIAL Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS. (...) TAMBIÉN SE PUEDE FIJAR EL OBJETIVO DE CONTROLAR LA HIPERACTIVIDAD DEL NIÑO, MEJORAR LA CONDUCTA O

3. Imágenes del establecimiento: Frontis de la Escuela.



Pasillos, Cra, inspectoría general, casino.



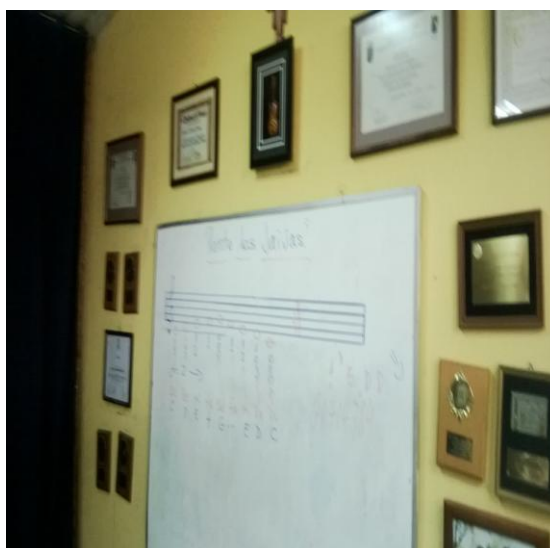
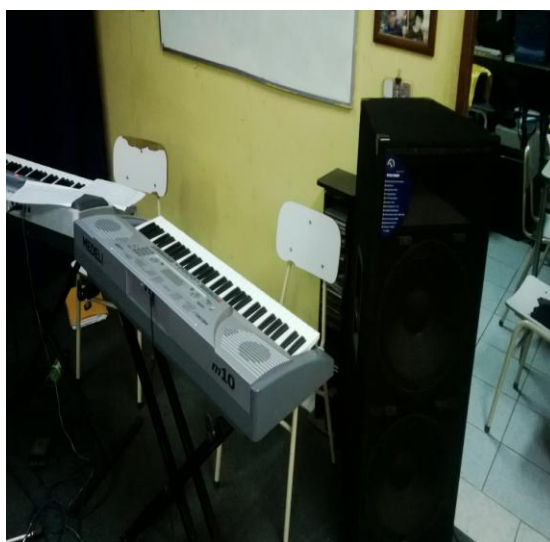
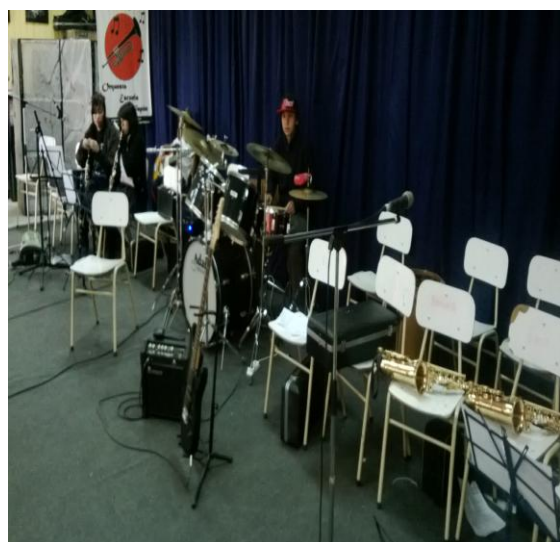
Patio de la Escuela, galpón-gimnasio.



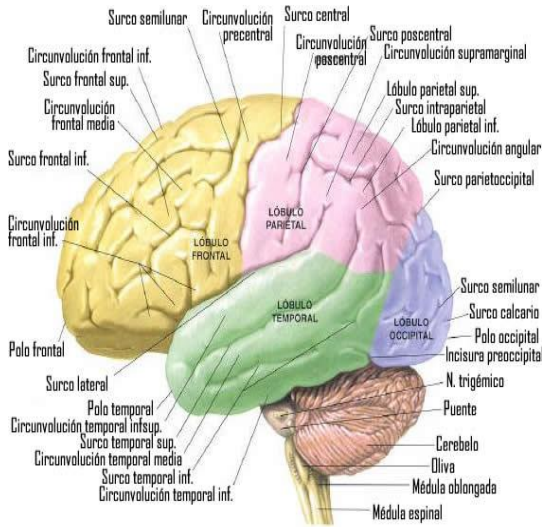
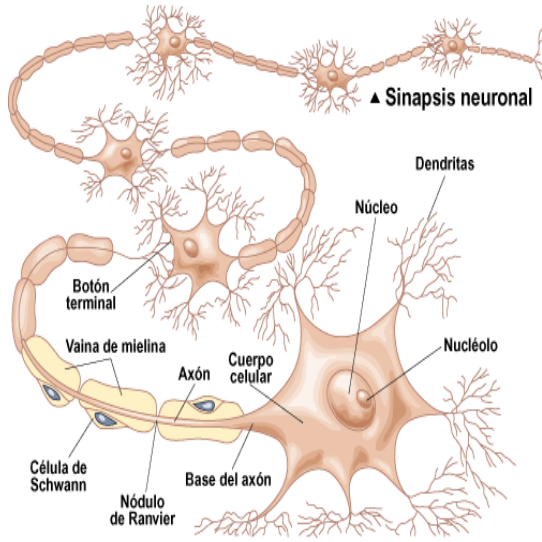
SEP y sala de computación.



Sala de ensayo orquesta, "Sala Alemania".

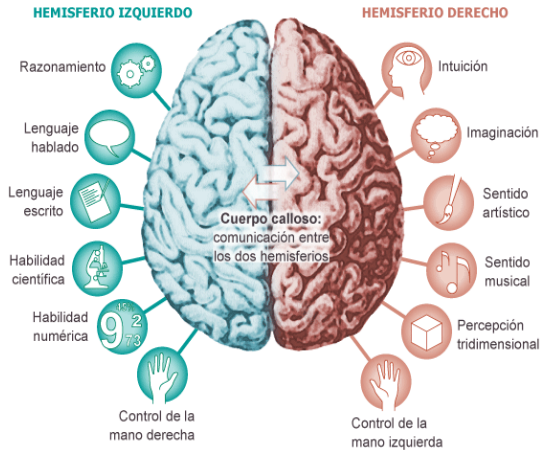


4. Imágenes del cerebro.

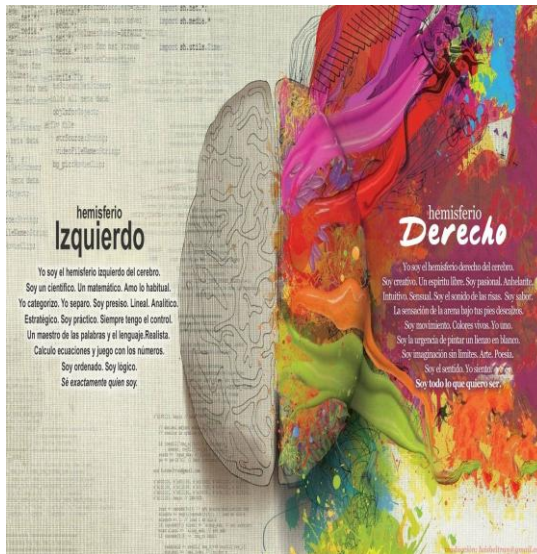
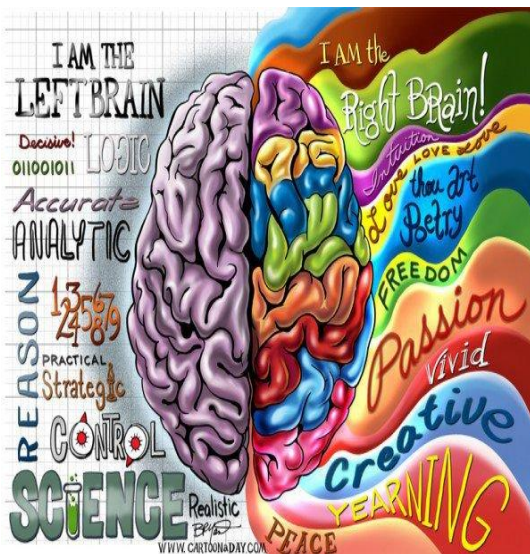
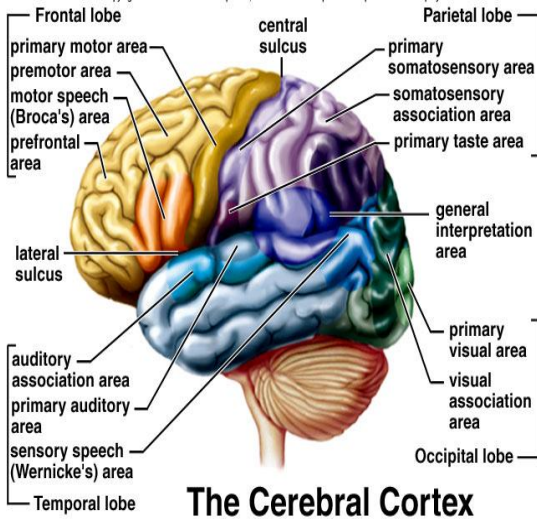


ESPECIALIZACIÓN DE LOS HEMISFERIOS CEREBRALES

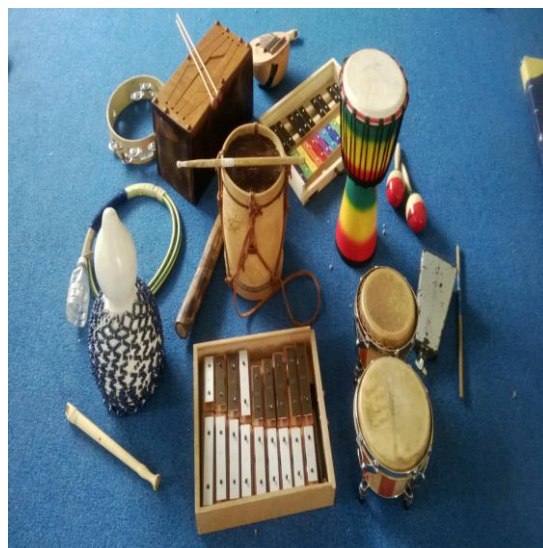
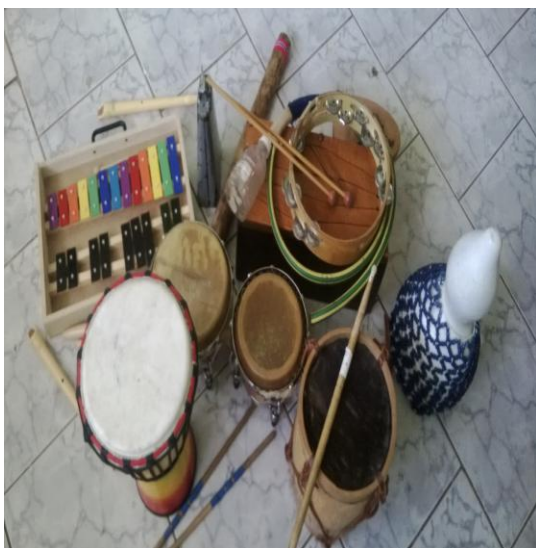
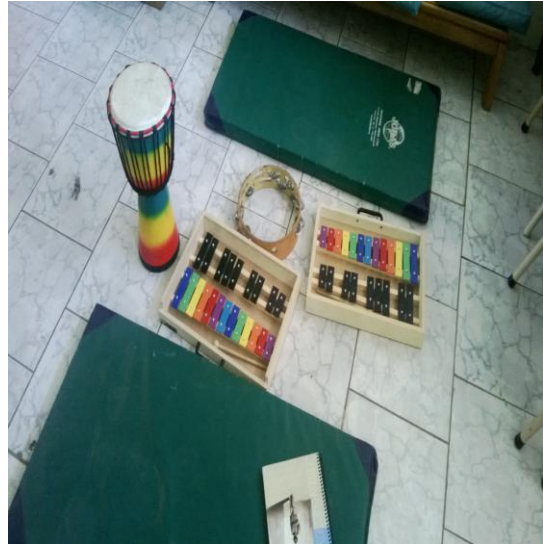
Aunque en general las funciones cerebrales están más deslocalizadas de lo que se creía, hay unas cuantas funciones que se realizan con más intensidad en una mitad que en otra



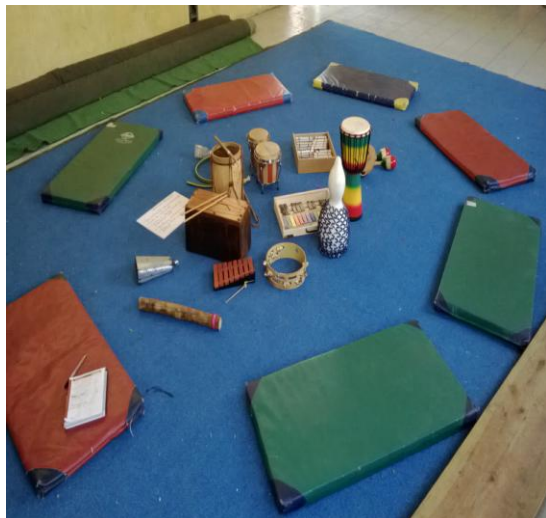
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. Permission required for reproduction or display.



5. Imágenes de metalófono en colores.



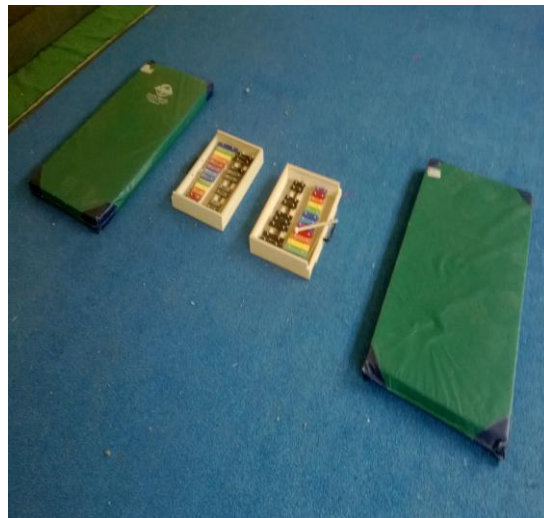
6. Imágenes del setting: Setting clásico.



Setting apartado del grupo

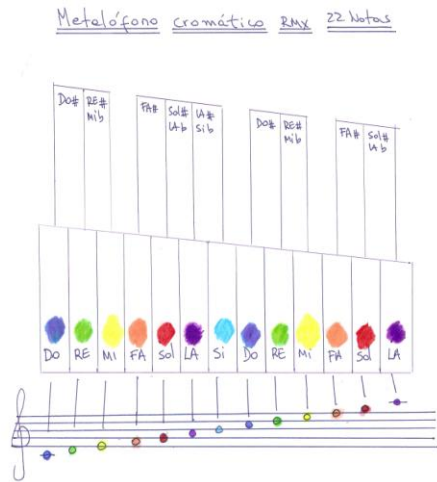


Setting individual completo



Setting "T"

7. Imágenes de equipos técnicos.



8. Imágenes sobre palabras en segmentación en colores trabajados con "T".

e - le - fan - te



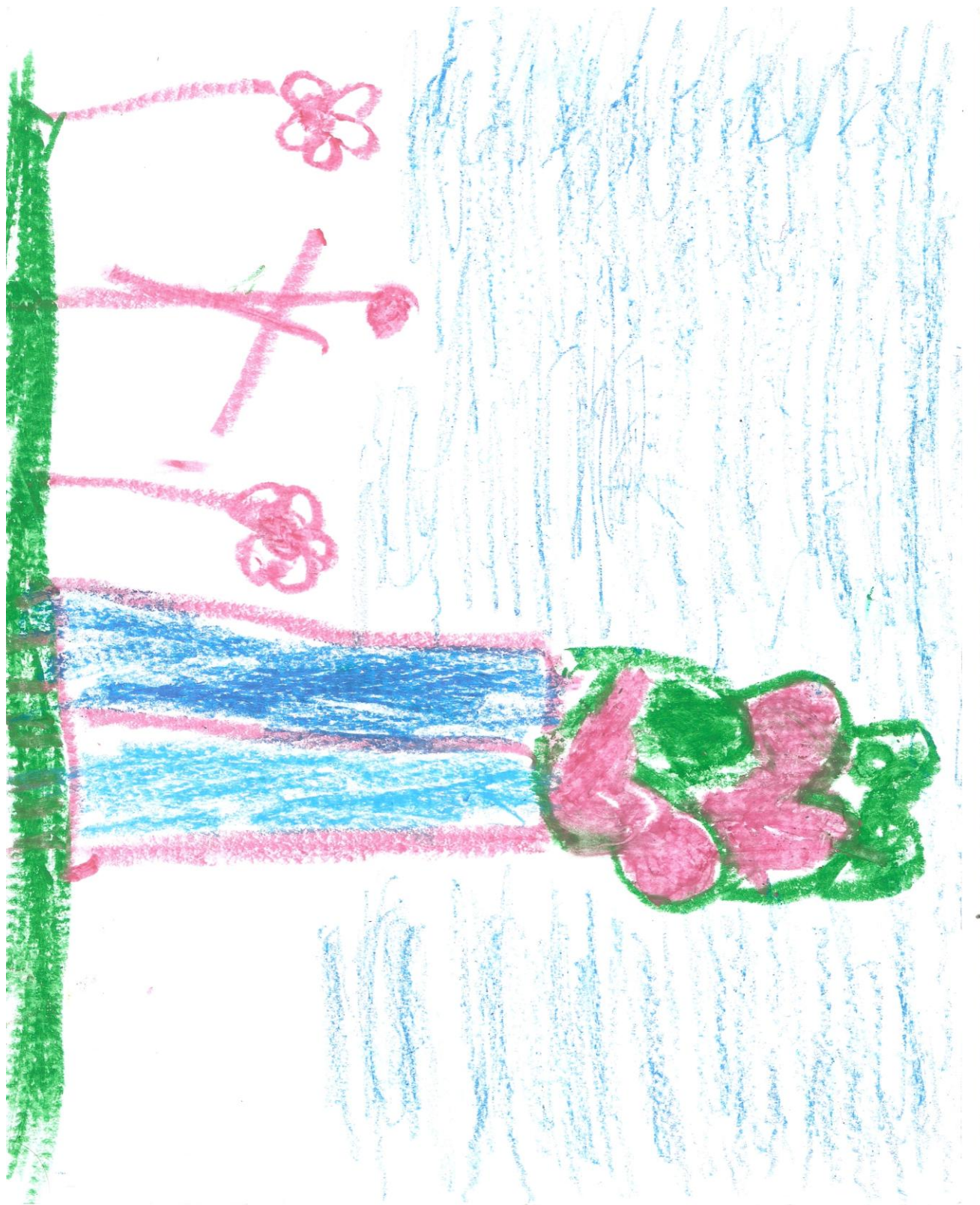
mo - to - ri - cle - ta



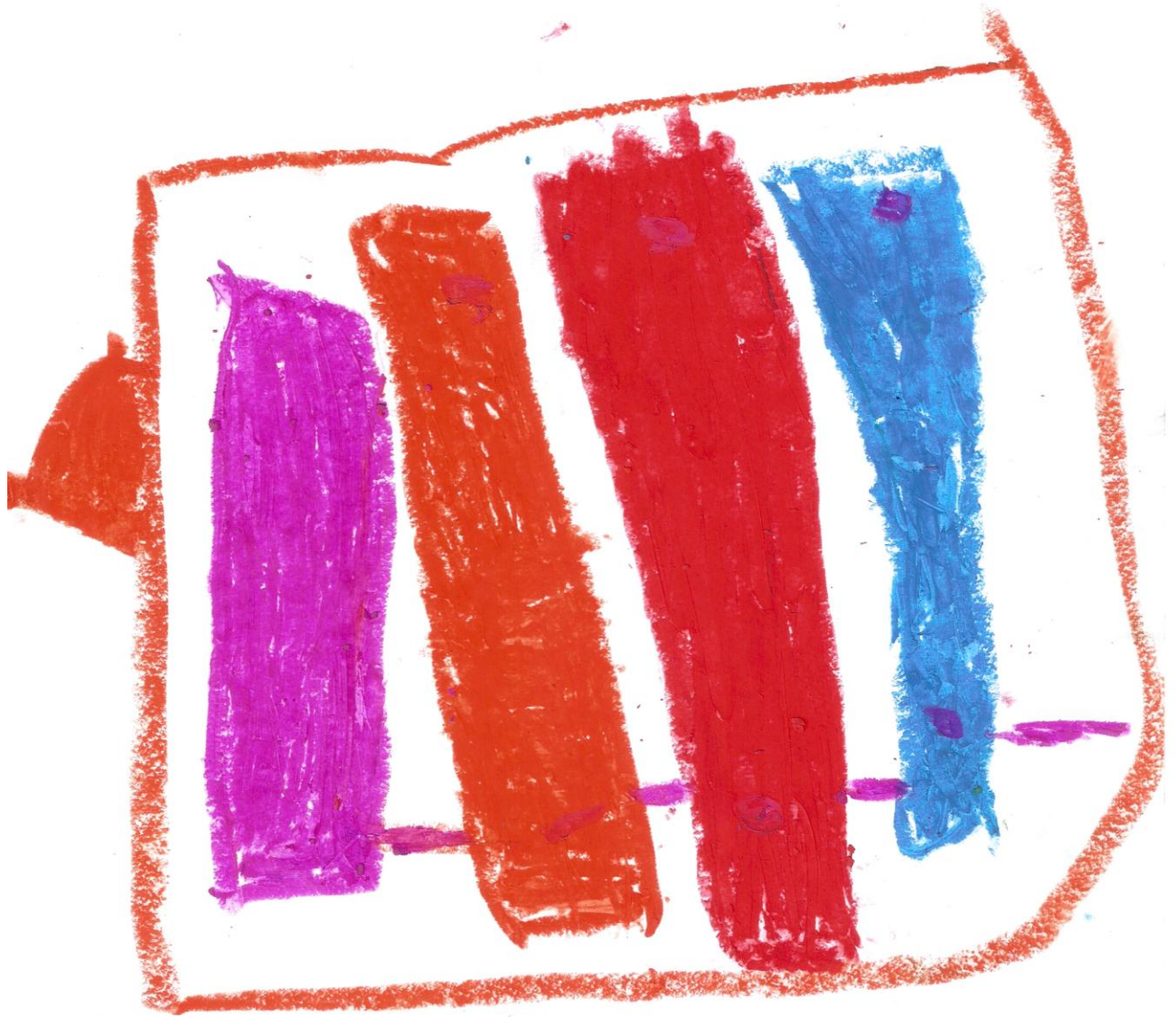
He - li - cop - te - ro



9. Imagen del 1° dibujo de "T".



10. Imagen del 2º dibujo de "T".



11. Imagen de la historia sonora de la familia Gaete Noguera.

HISTORIA SONORA

Nombre: TRINITY GAETE NOGUERA
Fecha:

1. Los primeros recuerdos sonoros y musicales:
Musica Infantil y Musica 80.
2. Recuerdos sonoros y musicales de la infancia:
Infantiles y Musica 80.
3. Recuerdos sonoros y musicales de la adolescencia:
todo tipo de musica.
4. Los primeros contactos con un instrumento musical:
5 años
5. Sonidos típicos del hogar actual:
todo tipo de musica
6. Sonidos y música que le agradan:
Suaves y Alegres.
7. Sonidos y música que le desagradan:
Metálica y Rock pesado.
8. ¿Hay miembros de la familia que sean músicos?:
NO
9. Instrumentos musicales que le agradan:
Flauta, Batería, Xilofono
10. Instrumentos musicales que le desagradan:
Guitarra eléctrica.
11. Instrumento musical que represente un aspecto de sí mismo que le agrade:
Flauta y Xilofono.
12. Instrumento musical que represente un aspecto de sí mismo que le desagrade:
Xilofono
13. Identificar cada etapa de la vida con una música:
Infantil, Musica 80

HISTORIA SONORA

Nombre: Jessica Noguerre C
Fecha:

I HISTORIA SONORA DEL NIÑO:

1. Describa brevemente el ambiente sonoro y musical que rodeó su embarazo y el nacimiento de tu hijo: Intanciales y Música 80.
2. ¿Cuáles fueron los primeros sonidos, voces o canciones que escuchó tu hijo en los primeros días de vida?: Voces Padres y Música 80.
3. ¿Qué canciones de cuna le cantaban?: Docebrele Mi Niño
4. ¿Qué sonidos o música rechaza? y ¿cómo reacciona?: Metaler y Rock pesado
5. ¿Qué sonidos o música prefiere? y ¿cómo reacciona?: Música Alegre!
6. ¿Qué instrumentos musicales prefiere?: Arpa y Violon.
7. ¿Cuál es el ambiente sonoro de su hogar?: Todo tipo de Música
8. ¿Hay instrumentos musicales?, ¿cuáles?: Flauta y Xilofono.

II HISTORIA SONORA REFERENTE A LOS PADRES:

1. ¿Qué música significativa recuerdas de tu niñez?: Todo tipo de Música
2. ¿Cuáles son tus preferencias musicales?: Toda la Música
3. ¿Qué sonidos y/o música te desagradan?: Rock Pesado.
4. ¿Tienes alguna experiencia de educación musical?: Flauta.
5. ¿Hay miembros de la familia que sean músicos? No.

SILVIA ANDREU M.
Musicoterapeuta - Psicóloga