



# *Musicoterapia en Atención Temprana*

*Susana Aurora Gutiérrez Jiménez*

Tese apresentada à Universidade de Évora  
para obtenção de Grau de Doutor em Psicologia

ORIENTADOR: *Professor Doutor Vitor Franco*

ÉVORA, MAIO 2015



## 2 Musicoterapia en Atención Temprana

## Resumen

Esta investigación sobre la Musicoterapia en Atención Temprana, de naturaleza cualitativa, utilizó la metodología constructivista Grounded Theory. Tiene como objetivo principal el de conocer cual es el lugar de la Musicoterapia en Atención Temprana, desde la visión de las familias y del equipo. Fueron realizados tres estudios: 1. Praxis de la Musicoterapia en Atención Temprana. 2. Percepciones de los padres. 3. Perspectiva de los técnicos.

Resulta de estos estudios que la Musicoterapia tiene por su caracter relacional, lúdico y no verbal, un lugar de relevancia en el actual concepto de equipo de Atención Temprana, responde a lo pretendido desde sus fundamentos y objetivos. Es considerada por los padres de los niños con un valor sobre todo en la comunicación con sus hijos, y por los otros técnicos porque consigue trabajar el desenvolvimiento emocional en la díaada desde su abordage específico musical.

Palabras llaves: Musicoterapia, Atención Temprana, Discapacidad.

## 4 Musicoterapia en Atención Temprana

## **Abstract**

This research, concerning Music Therapy in Early Intervention, is based on qualitative methods and constructivist methodology of Grounded Theory. Its main objective is to know the role and importance of music therapy in early intervention from the perspective of families and the technical team. Three studies were conducted. 1. Praxis of Music Therapy in Early Intervention; 2. Perception of parents; 3. Technical perspective.

These studies indicate that music therapy, at its relational, playful and non-verbal nature, occupies a place of importance in the current concept of Early Intervention team, it responds to the requests from the supports and goals. It is considered an asset by parents especially in communicating with their children; it is considered an asset by technicals because of the emotional development allowed on dyad, from its specific musical approach.

**Key Words:** Music Therapy, Early Intervention, Disability.



## Resumo

Esta investigação sobre a Musicoterapia em Intervenção Precoce, de natureza qualitativa, utilizou a metodologia construtivista da Grounded Theory. Tem como objetivo principal conhecer qual o papel e a importância da Musicoterapia em Intervenção Precoce, segundo a perspectiva das famílias e da equipa técnica. Realizaram-se três estudos: 1. Praxis da Musicoterapia em Intervenção Precoce; 2. Perceção dos pais; 3. Perspetiva dos técnicos.

Estes estudos indicam que a Musicoterapia, pelo seu carácter relacional, lúdico e não-verbal, ocupa um lugar de relevância no atual conceito de equipa de Intervenção Precoce, respondendo às suas pretensões desde os fundamentos e objetivos. É considerada uma mais-valia pelos pais das crianças principalmente na comunicação com os seus filhos, e pelos outros técnicos porque consegue trabalhar o desenvolvimento emocional na díade, a partir da sua abordagem musical específica.

Palavras-chave: Musicoterapia, Intervenção Precoce, Deficiência.

## 8 Musicoterapia en Atención Temprana



## Indice

<b>Resumen</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>7</b>
<b>Indice</b> .....	<b>9</b>
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	<b>12</b>
<b>Lista de Figuras</b> .....	<b>13</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>17</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>19</b>
<b>Parte I</b> .....	<b>23</b>
<b>Marco Teórico</b> .....	<b>23</b>
1.2. Métodos de Musicoterapia .....	29
1.3. Fundamentos de la Musicoterapia .....	37
1.4. La Musicoterapia en el Campo Científico .....	41
1.5. La Musicoterapia en Portugal.....	46
2. <i>Áreas de Intervención en Musicoterapia</i> .....	51
2.1. Musicoterapia Clínica .....	51
2.1.1. Los Objetivos en Musicoterapia Clínica .....	52
2.1.2. Encuadre de Musicoterapia Clínica .....	54
2.1.3. Técnicas de Musicoterapia Clínica.....	55
2.2. Musicoterapia Educativa.....	57
2.2.1. Los objetivos en Musicoterapia Educativa.....	60
2.2.2. El Encuadre de Musicoterapia Educativa.....	61
2.2.3. Técnicas de Musicoterapia Educativa .....	62
2.3. Musicoterapia Comunitaria .....	63
2.3.1. Los Objetivos en Musicoterapia Comunitaria .....	65
2.3.2. Encuadre Musicoterapia Comunitaria.....	67
2.3.3. Técnicas de Musicoterapia Comunitaria .....	68
3. <i>Atención Temprana y Musicoterapia</i> .....	71
3.1. Definición y Objetivos de Atención Temprana .....	72
3.2. Atención Temprana en Europa y Portugal .....	78

## 10 Musicoterapia en Atención Temprana

3.3. Principios de la Musicoterapia en Atención Temprana.....	88
3.3.1. La Expresión Musical en las Etapas de Desarrollo.....	92
3.3.2. Perturbaciones del Desarrollo en Musicoterapia en Atención Temprana.....	98
3.3.2.1. Perturbación del Espectro de Autismo.....	98
3.3.2.2. Parálisis Cerebral.....	101
3.3.2.3. Retraso Grave del Desarrollo.....	103
<b>Parte II.....</b>	<b>107</b>
<b>Estudio Empírico.....</b>	<b>107</b>
4. Metodología de la Investigación.....	107
4.1. Objetivos de la investigación.....	107
4.2. Estructura de la Investigación.....	109
4.3. Participantes de la Investigación.....	111
4.4. Procedimiento y Análisis.....	112
<b>5. Estudios.....</b>	<b>119</b>
5.1. Estudio 1- Praxis de la Musicoterapia en Atención Temprana.....	119
5.1.1. Objetivos Específicos.....	119
5.1.2. Participantes.....	120
5.1.3. Procedimientos.....	122
5.1.4. Resultados.....	125
5.1.4.1. Categoría “Objetivos de Musicoterapia en Atención Temprana”.....	125
5.1.4.2. Categoría “Del Hacer Musicoterapia en Atención Temprana”.....	134
5.1.4.3. Categoría “Actividades de Musicoterapia en Atención Temprana”.....	138
5.1.4.4. Categoría “Consecuencias de la Musicoterapia en Atención Temprana”.....	143
5.1.5. Discusión y Conclusiones.....	150
5.2. Estudio 2 - Percepción de los Padres.....	157
5.2.1. Objetivos Específicos.....	157
5.2.2. Participantes.....	157
5.2.3. Procedimientos.....	158
5.2.4. Resultados.....	159
5.2.4.1. Categoría “Que es Musicoterapia”.....	160
5.2.4.2. Categoría “Utilidad de la Musicoterapia en Atención temprana”.....	166
5.2.4.3. Categoría “Efectos de la Musicoterapia en Atención Temprana”.....	168
5.2.5. Discusión y Conclusiones.....	172
5.3. Estudio 3- Perspectiva de los Técnicos de Atención Temprana.....	177

5.3.1. Objetivos Específicos.....	177
5.3.2. Participantes.....	178
5.3.3. Procedimientos.....	178
5.3.4. Resultados .....	179
5.3.4.1. Categoría “Que es Musicoterapia” .....	180
5.3.4.2. Categoría “Funciones de la Musicoterapia” .....	187
5.3.4.3. Categoría “Lo Específico de la Musicoterapia en Atención Temprana” .....	191
5.3.5. Discusión y Conclusión .....	194
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>199</b>
<i>7. Bibliografía.....</i>	<i>205</i>
7.2. Referencias de Páginas Web .....	219
<i>8. Anexos.....</i>	<i>221</i>
8.1. Código deontológico de la Europea Music Therapy Confederation (EMTC).....	221
8.2. Documentos .....	227

## **Lista de Abreviaturas**

---

MT Musicoterapia.

CDIP Centro de Intervención Precoz

CRIS Centro de Rehabilitación e Integración Social

APCE Asociación de Parálisis Cerebral de Évora

IP Intervención precoz.

AT Atención Temprana.

NAMT National Assosiation for Musictherapy.

AMTA American Music Therapy Asociation.

WFMT World Federatio of Music Therapy.

BAMT British Association of Music Therapy.

NFMT Norsk Forening for Musikkterapi.

Eli Equipos locales de intervención.

GT Grounded Theory.

OMS Organización Mundial de la Salud.

CI Cociente Intelectual.

DSM Manual Diagnostico Estadístico de los Trastornos Mentales.

UE Unión Europea.

EISS Estimulación de Imágenes y Sensaciones a través del Sonido.

UBAM Unión Brasileira de Asociaciones de Musicoterapia

---

## Lista de Figuras

Figura 1 -Modelo del procesamiento Modular de la Música.....	39
Figura 2 -Cuadro de las Utilizaciones Clínicas de la Musicoterapia de Improvisación.....	55
Figura 3 -Diferencias entre Musicoterapia y Educación Musical.....	59
Figura 4 -Cuadro de los Aportes Epistémicos a la Musicoterapia Comunitaria.....	64
Figura 5 - La Ontogénesis de la Conducta Musical.....	93
Figura 6 -La Espiral del Desarrollo Musical.....	94
Figura 7 -Génesis del Desarrollo Infantil.....	96
Figura 8-Cuadro de los Tipos más Frecuentes de Parálisis Cerebra.....	101
Figura 9 -Proceso general del Análisis de los Datos.....	115
Figura 10-Comparación Constante de los datos.....	116
Figura 11 -Cuadro de los Participantes.....	121
Figura 12 -Categoría Objetivos.....	126
Figura 13 -Categoría del Hacer.....	135
Figura 14 -Categoría Actividades.....	140
Figura 15 -Categoría Consecuencias.....	144
Figura 16 -Categoría Musicoterapia.....	161
Figura 17 -Categoría Utilidad.....	166
Figura 18 -Categoría Efectos.....	169
Figura 19 -Categoría Que es Musicoterapia.....	181
Figura 20 -Categoría Funciones de la Musicoterapia.....	189
Figura 21 - Categoría lo Específico de la Musicoterapia.....	192



“Música es un constante renovación. Cada vez que alguien toca, trae al mundo un nuevo sonido”

Daniel Barenboim





## Agradecimientos

Un agradecimiento particular y muy especial al Dr. Vítor Franco no solo como orientador para concretizar esta tesis, también por sus conocimientos que trasmite con paciencia y generosidad, por acompañara la Musicoterapia desde cerca, cuestionando e indagando sobre sus procedimientos, tiempos, resultados y sobre todo agradezco que me haya motivado y guiado en cada paso de mi trabajo abriendo caminos al que daremos continuidad.

A mi familia, Pablo, Fidel, Camilo, Mamá y Papa por comprender mis estados alterados de humor, por valorizar el tiempo que no estuve 100% disponible para ellos y por sentir quede alguna forma este paso también es de nuestra familia.

A las Familias de APCE este trabajo es fundamentalmente de las familias de sus niños, mamás, papás abuelos, hermanos tíos, desde ellas y para ellas en la construcción de una sociedad más saludable y mejor como comunidad. Especialmente a Diogo, su hermano y sus papas, familia con la cual reímos soñamos y lamentablemente lloramos por ya no tener a Diogo con nosotros.

A mis compañeros de batalla a mis amigos, colegas mi familia de APCE de CRIS de CDIP a todos porque obviamente fueron un pilar fuerte para la realización de la tesis, así como también porque cada día compartimos tantas emociones, crecemos juntos y todavía creemos en mudar el mundo (y lo mejor es que muchas veces conseguimos). Particularmente a aquellos colegas que vivenciaron cada paso de este proceso Cándida, Leticia, Bruno, María João, Lena, Magui, Ana y Carlos.

A mis amigos, estas mujeres y hombres, de ideas maravillosas que transforman mis días más grises en una risa contagiosa casi adolescente Alex, Pitu, To Zé, Mónica, Pilar, Maria. Como también a mis amigas del alma que aunque estamos tan lejos siempre las tengo cerca Silvi y Karu.

A los profesores del Departamento de Psicología y a mis colegas los alumnos del Doctoramiento de Psicología de la Universidad de Évora, por recibirme siempre con respeto por mi profesión y mis años de trabajo en la clínica. Con palabras de apoyo y buenos consejos para la concretización de esta Tesis.

A la comunidad Musicoterapéutica de Argentina mi país natal, y de mi actual país de residencia Portugal, representados por la Asociación Portuguesa de Musicoterapia, son grandes pilares en mi camino como Musicoterapeuta con los cuales, y gracias a la tecnología, tenemos una comunicación continua.

## Introducción

Inicie esta Tesis desde las cuestiones que nacen naturalmente en la práctica clínica. Explicar que es la Musicoterapia y fundamentar su práctica es parte de la vida cotidiana de quien ejerce esta profesión para con los clientes, los otros profesionales de los equipos de salud y la comunidad en general. Así, esta Tesis me permitió recorrer un camino en el campo de las últimas investigaciones científicas de la Musicoterapia en la primera infancia. Indagar el crecimiento científico en los últimos años en Musicoterapia, su teoría y fundamentación, destacándose en las áreas en que se aplica, desplegando un crecimiento en su contenido teórico- práctico.

De esta forma me permitió volver al trabajo que realice en mis primeros años en Portugal, cuando me incorpore, en abril del año 2001, al equipo de rehabilitación e integración social de la Asociación de Parálisis Cerebral de Évora y, seis meses más tarde, al equipo de Atención Temprana de la misma casa. De la práctica Musicoterapéutica realizada en Argentina traía la experiencia interdisciplinaria en el área de neuro-rehabilitación, en la que es habitual los Musicoterapeutas integrar los equipos de salud. En Portugal la Musicoterapia se veía como una fascinante desconocida, que levantaba grandes expectativas en los cuales se incluían pre conceptos de su práctica y resultados. El gran desafío en esos primeros años fue el de romper con las idealizaciones y llegar a obtener la confianza de los colegas, de los niños y sus familias en la Musicoterapia y concebir un concepto real de la práctica de la Musicoterapia incorporando la cultura portuguesa, y la rica cultura sonora y musical de la región Alentejo.

Esta Tesis pone en discusión los elementos que fundamentan la Musicoterapia en Atención Temprana, los últimos estudios publicados, el análisis de la práctica clínica a través del estudio de los datos históricos de siete casos que fueron acompañados, el análisis de la percepción de los padres de estos niños y el análisis de la perspectiva de los técnicos de Atención Temprana.

Esta tesis nos ha permitido también retornar, a la observación minuciosa del lugar que tuvo la Musicoterapia en la vida de las familias y de los niños, los cuales realizaron Musicoterapia como tratamiento. ¿Que fue significativo para estas familias, al realizar una terapia que apenas conocían su nombre? Estos niños, gravemente afectados por las

patologías que padecen, tienen particularidades tanto en la propia percepción de su entorno como el que la sociedad tiene para con ellos. Nos preguntamos sobre cuáles fueron los aportes que desde la Musicoterapia que fueron realizados, cual fue el significado de estos momentos en que fueron acompañados por el equipo de Atención Temprana y de Musicoterapia para sus familias.

Me cuestiono y espero responder, desde los testimonios de los padres de los niños que fueron acompañadas en Musicoterapia, ¿Cuáles fueron las percepciones y resultados de esta intervención? Así de esta forma llegar a conocer el concepto que tienen las familias sobre la Musicoterapia. También es objeto de estudio de esta tesis el conocer la Musicoterapia desde el concepto de los técnicos que conforman los actuales equipos de Atención Temprana, y comprender desde su punto de vista, la especificidad de la Musicoterapia en esta área de intervención.

Se pretende estudiar la Musicoterapia en una visión holística, comparando los datos de los propios documentos, como los informes de Musicoterapia, la visión de los técnicos y de las familias, desde la realización de entrevistas. Siempre fue de mi interés el pensar, estudiar y reflexionar sobre el ejercicio de una práctica profesional comprometida, acrecentando la responsabilidad en la realización de un trabajo de cuidado ético de quien intervine en la relación/vínculo del niño y su familia.

Es en los primeros años de vida en la cual se organiza la vida psíquica de cada persona desde los vínculos, las relaciones y las vivencias de unión y separación. Por lo cual exige una mayor responsabilidad de quienes intervienen en esta etapa tan determinante. Vemos al niño como un ser social, afectivo, activo, que se regula a si propio (Stern, 1985) Igualmente en los niños que padecen un grave patología que perturba sus desarrollo pero que continúan siendo niños con otras capacidades que su familia debe descubrir más allá de la patología que padecen.

Pretendemos conocer como la Musicoterapia utiliza como principal componente de su práctica el abordaje sonoro musical, la música como lenguaje, como pura expresión, como facilitador de la comunicación de los lazos entre padres e hijos en la construcción del vínculo. Este vínculo que se inicia en un cuadro de interacciones que se ve afectado, al nacer un bebe portador de una patología grave, y requieren de ser acompañado por los equipos de salud incluyendo el equipo de Atención Temprana.

Forja este estudio los principios básicos que la Música tiene capacidades versátiles a nivel senso-perceptivo y emocional, como así también sus capacidades como arte de expresar el mundo interno de un sujeto y favorecer la socialización.

El desarrollo psico-afectivo de los niños con discapacidad y la relación madre-hijo-padre, la armonía implementada en las primeras palabras que el adulto establece con su bebe, es el campo de acción del Musicoterapeuta en el servicio de Atención Temprana. Es fundamento de la Musicoterapia el concepto de que la necesidad del ser, de sentir el contacto físico, el mecer rítmicamente y la relación sonora son imprescindibles para constituirse como sujeto.

Durante estos años la comunidad Musicoterapéutica fue aumentando progresivamente, en la comunidad científica internacional, desde los congresos y publicaciones en diferentes campos: educativo, psicológico, neuropsicología, médico y otros. La Musicoterapia también fue alcanzando una especificidad en cada área en la que se desarrollaba y creció reforzándose en la técnica desde una teoría que se construía como propia.

Esta tesis pretende también contribuir para aumentar los conocimientos en el dominio de la Atención Temprana, de cómo se realiza la Musicoterapia en un programa de Atención Temprana, a que necesidades del niño y su familia responde, con base en las teorías del desarrollo infantil. Así nos parece importante distinguir cual es la percepción de los padres sobre la Musicoterapia después de haber vivido un proceso de Musicoterapia junto a sus hijos. También saber cuál es el lugar que los otros técnicos de Atención Temprana dan a la Musicoterapia, desde el tomar conocimientos de la perspectiva que estos técnicos tienen del trabajo desarrollado junto a un Musicoterapeuta.

Tuvimos como base familias cuyos hijos fueron acompañados en un programa de Atención Temprana en el cual realizaron Musicoterapia. Siendo el mayor interés el de conocer en qué aspectos intervino la Musicoterapia en la vida de estas familias, para estudiar cuales fueron las particularidades metodológicas, conceptuales y epistemológicas para reflexionar los métodos utilizados en el dominio de la Musicoterapia en Atención Temprana.

Para ello se realizó una observación en tres planos diferentes, desde las evidencias documentadas en los informes propios de Musicoterapia, entrevistas a los padres y entrevistas a los técnicos de los equipos de Atención Temprana locales.

Deseamos que esta tesis traiga a la discusión de aquellos elementos importantes para la comprensión de la Musicoterapia en el área de Atención Temprana, desde las familias en que el niño es portador de una discapacidad grave por la que se encuentran afectados varios canales de comunicación y su desarrollo global. Conocer cómo: las familias que fueron acompañadas por un equipo multidisciplinar en el que realizaron Musicoterapia, vivenciaron este acompañamiento; cuáles fueron los procesos subyacentes que hicieron posible el desarrollo del trabajo clínico desde la comprensión de lo realizado en las sesiones y en la historia de estas familia.

Así mediante la comparación constante de los datos revelados podremos observar como estos tres universos: las intervenciones realizadas y descritas de Musicoterapia, los padres y los técnicos, se encuentran entrelazados y son complementarios unos para los otros. Este proceso plurifactorial nos permite indagar sobre las particularidades del proceso de Musicoterapia y sus conceptos desde las vivencias de sus protagonistas.

## **Parte I**

### **Marco Teórico**

#### **1. Musicoterapia**

Musicoterapia es el tema central de esta investigación, este capítulo comienza con las definiciones, sus fundamentos y el camino recorrido por la Musicoterapia en el campo científico. Como también los inicios de la Musicoterapia en Portugal.

##### **1.1. Definiciones**

Las varias definiciones se diferencian dependiendo del lugar desde donde es pensada la Musicoterapia, en cómo se adecua a la respuesta social en la cual interviene. Entiende la música como forma natural de la interacción, comunicación y expresión del Hombre. La denominación Musicoterapia implica la conceptualización de dos grandes definiciones, Música y Terapia, en función de una hacia la otra ósea, desde la música en servicio de la terapia, o de la terapia en la que se utiliza o se hace música.

La palabra terapia es utilizada por la medicina y se refiere a atender, ayudar o dar tratamiento frente a una afección, en la que coexisten un cliente/paciente y un terapeuta en el tiempo espacio en que se realiza la terapia. Está concebida desde cuatro aspectos: el cliente, el terapeuta, los objetivos y el proceso en sí mismo (Bruscia, 1997).

La psicoterapia se define como un proceso psicológico instaurado entre dos o más personas, entre las cuales una es el terapeuta en virtud de su preparación, de sus conocimientos en psicología, el cual realiza intervenciones con el objetivo de influenciar y o modificar las experiencias psíquicas, mentales y conductuales del cliente (Benzon, 1998). Este llega al terapeuta en busca de una ayuda profesional

La música se define tradicionalmente como el arte de combinar los sonidos y los silencios en el tiempo, en una secuencia sonora que genera sensaciones que el oído capta, decodifica y con la que se expresan o comunican diferentes estados emocionales. Es por su gran variedad y flexibilidad por la cual se destacan sus cualidades, la música puede ser escuchada, sentida o expresada, utilizando instrumentos musicales, objetos o

el propio cuerpo. La música determina etapas socio cultural del hombre, como también individualmente marca etapas del desarrollo de cada individuo.

Englobando la música como concepto dentro del abordaje terapéutico, se ve la música con mayor amplitud, desde sus formas, su capacidad multisensorial y su lugar social. La Musicoterapia considera la música, desde sus naturales características en relación con el Hombre, las cuales son innatas y se desarrolla en cada persona singularmente. Blasco (1999) menciona que estas características de la música influyen al ser humano a varios niveles: social, intelectual, espiritual, fisiológico y psicológico. Considera la identidad cultural y también la utilización que el individuo hace de la música. Así existen diferentes definiciones que describen la Musicoterapia según la práctica de los autores.

Juliette Alvin desde su ejercicio profesional de la Musicoterapia en niños con discapacidad la definió como “El uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación, reeducación, y el adiestramiento de adultos y niños que padezcan trastornos, físicos, mentales e emocionales” Alvin (1975, p.11). Describió así su percepción en el trabajo cotidiano de los niños con discapacidad que manifestaban y expresaban en sus aulas una notoria capacidad de responder emocionalmente, conseguían expresar su estado de ánimo y sentimientos desencadenado por un estímulo musical. Más adelante Alvin en 1978, describe la música como un puente para expresar el mundo del paciente así el mundo externo que se consigue escuchar. (Tifatino, 2012)

Lecourt ha definido la Musicoterapia como "La aproximación sensorial sonora con intención terapéutica a cierto número de dificultades psicológicas y patologías mentales" (Lecourt, 1988, p.34). Ella considera que la Musicoterapia es una forma de psicoterapia, hace hincapié en la relación terapéutica y el trabajo a través de las dificultades emocionales y relacionales a través de la relación entre el paciente, el terapeuta y la música. Considera que la Musicoterapia tiene como objetivo educar y aprender a través de experiencias musicales, a las que categoriza como de expresión y artísticas de psicoeducación.

El psiquiatra argentino, Rolando Benenzon, desde su intervención en niños con perturbación del espectro de autismo, se refiere a la Musicoterapia en una primera definición como una disciplina paramédica



La Musicoterapia es una disciplina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación con el objetivo de obtener a través de esos procesos la rehabilitación y recuperación del individuo para la sociedad (Benenzon, 1985, p.13).

Mas adelante y con el camino sucedido en el campo científico la define desde el concepto de psicoterapia:

La Musicoterapia es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos corpo-sonoro-musicales, para desarrollar, elaborar y reflexionar un vínculo, o una relación entre Musicoterapeuta paciente o grupo de pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y rehabilitarlo y recuperarlo para la sociedad (Benenzon, 1998, p.141).

Enfatiza en ambas definiciones su fundamento en la relación terapéutica, incrementa en esta última el sonido los que son llamados de fenómenos sonoros y lo que evidencia la comunicación no verbal, incrementa los instrumentos corporo-sonoro-musical es como material elemental de su intervención.

Estos autores, Alvin, Lecourt y Benenzon, coinciden en que la Musicoterapia utiliza la música como una herramienta que favorece principalmente la comunicación, diferenciando un mundo interior e exterior del paciente que se mantienen distanciados incongruentes y pueden, desde la Musicoterapia, relacionarse.

Kenneth Bruscia Musicoterapeuta Americano que estudia la Musicoterapia desde sus amplias intervenciones, la define como:

Un proceso dirigido a un fin, en el que el terapeuta ayuda al cliente a acrecentar, mantener o restaurar un estado de bienestar utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas, como fuerzas dinámicas de cambio (Bruscia, 1997, p.43).

Debido a su carácter transdisciplinar, la Musicoterapia se encuentra directamente relacionada con las disciplinas musicales como lo son la psicología de la música, la educación musical la fisiología y biología de los efectos que produce la música. Y

también con las disciplinas terapéuticas como son la psiquiatría, la medicina, la psicología, las terapias de comunicación, de neurohabilitación y otras. También en su particularidad de integrarse en la utilización de una arte incluye la creatividad y la estética. Sumando a estos factos que la Musicoterapia se encuentra en desarrollo, su definición es dinámica y constante, así Bruscia (1999) unos años más tarde vuelve a definir la Musicoterapia como “... Es una práctica terapéutica que utiliza la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) en un proceso estructurado, que busca facilitar y promover la comunicación, el relacionamiento interpersonal” (p.34). En esta segunda definición, el autor considera la Musicoterapia como una secuencia de sucesos para el cambio, un proceso, hacia un estado gradual de bienestar.

En la década de los 90 surge la necesidad de limitar e divulgar la Musicoterapia, así determinarlos objetivos, para que se hace y quien la realiza.

La Asociación Americana de Musicoterapia la define como:

“La utilización clínica, basada en la evidencia, de las intervenciones musicales para lograr las metas individuales dentro de una relación terapéutica, por un profesional especializado que tenga completado una formación en Musicoterapia” (A MTA,1995).

Esta definición fue la más utilizada por los Musicoterapeutas americanos, pero dista de ser una definición completa en la que se identifiquen todas las prácticas realizadas en Musicoterapia. Así un año más tarde surge una definición que es utilizada en la actualidad. La Federación Mundial de Musicoterapia definió oficialmente la Musicoterapia como:

La utilización de la música y sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía), por un Musicoterapeuta calificado, con un cliente o un grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, relacionamiento, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de satisfacer necesidades físicas, mentales, sociales y cognitivas. La Musicoterapia busca desarrollarlos potenciales y restaurar funciones del individuo para que él o ella logre una mejor organización intra o interpersonal y, consecuentemente, una mejor

calidad de vida, desde de la prevención, rehabilitación o tratamiento (WFMT, 1996).

Enfatizan su característica transdisciplinar ya que se relaciona y nace de otras disciplinas, como la educación musical, la psicología y la medicina principalmente.

Más adelante surgen nuevos autores europeos que también la definen desde su experiencia como en España, del Campo (1999) dice que la Musicoterapia es:

La aplicación científica del sonido, la música y el movimiento a través del entrenamiento de la escucha y la ejecución instrumental sonora, integrando así lo cognitivo, lo afectivo y lo motriz, desarrollando la conciencia y potenciando el proceso creativo. Así, podemos: facilitar la comunicación, promover la expresión individual, favorece la integración social y grupal (p.1).

La Musicoterapia utiliza los componentes de la música: el ritmo, la melodía y la tonalidad entre otros, para facilitar la relación entre terapeuta y cliente e iniciar desde allí un proceso terapéutico en que estos componentes son una expresión fiel del cliente. Es en la Musicoterapia donde desde la música y la utilización de instrumentos musicales accesibles, las voces y otros elementos sonoros o que producen sonidos, los cuales permitan crear un lenguaje musical que refleje el estado emocional y físico del cliente y permite crear conexiones desde el interior del ser hacia los otros.

La Asociación Británica de Musicoterapia desde su punto de vista del lugar de ejercicio de Musicoterapeuta. Los Musicoterapeuta sostiene la comunicación de los clientes en una conexión entre la música la voz, los instrumentos musicales, la improvisación y la música ya compuesta, de forma cantada o hablada. Las sesiones pueden ser individuales y de grupos y son realizadas en diversos lugares como en los hospitales, escuelas, hogares de cuidado, su enfoque es variable a la formación del marco teórico del terapeuta. (BAMT, 2011).

En Noruega se distinguen diferentes líneas Musicoterapéuticas, como afirmo Ruud (1990) por las cuales se reconoce la utilización de conceptos diversos que se asocian a diferentes orientaciones filosóficas. Con la particularidad de excluir la educación musical del campo de la Musicoterapia. Este mismo autor propone seguir el modelo

médico para el desarrollo de la Musicoterapia psicodinámica, la Musicoterapia conductista y en la tendencia humanística-existencialista desde la teoría de la comunicación. La Asociación Noruega para la Musicoterapia en el 12º Congreso Mundial de Musicoterapia en Buenos Aires Argentina define que

La Musicoterapia provee de oportunidades para el desarrollo y el cambio a través de una colaboración musical e interpersonal entre terapeuta y cliente. El proceso está orientado a menudo a recursos y se centra en los objetivos actuales en promoción de la salud, tratamiento, rehabilitación y atención. La música puede, por ejemplo, crear nuevas oportunidades para la comunicación y la expresión personal y para trabajar con los problemas sociales. Como disciplina, la Musicoterapia se entiende como el estudio de la relación entre la música y la salud (WFMT, 2008).

Isla (2005) señala que teniendo en cuenta diversas definiciones de Musicoterapia de diferentes asociaciones y países, podemos enfatizar que la Musicoterapia:

- a) Se sustenta en una teoría de enfermedad;
- b) No define explícitamente una concepción de ser humano, de salud, de música, ni tampoco de terapia, terapeuta, paciente-cliente-beneficiario;
- c) Es aplicable a todo tipo de población con necesidades alteraciones, impedimentos, discapacidades, enfermedades físicas, cognitivas, psicológicas y sociales;
- d) Reconoce la prevención primaria, secundaria y terciaria como niveles diferenciados de su acción;
- e) Tiene como objetivo mejorar el estado de salud, es decir, reducir las consecuencias de la enfermedad;
- f) No atribuye a la música un poder curativo en sí misma, sino que exige la aplicación sistematizada y profesional de un musicoterapeuta calificado;
- g) Reconoce al paciente como activo, partícipe y protagonista de su proceso terapéutico;
- h) Reconoce y respeta el relativismo cultural;
- i) Se diferencia claramente de la educación musical.

## 1.2. Métodos de Musicoterapia

Como se hace referencia desde las definiciones de Musicoterapia, cada actividad musical, no es Musicoterapia, es compleja o simplemente una actividad musical. “Para que sean Musicoterapia estas actividades deben formar parte de un proceso terapéutico” (Blasco, 1999, p.129)

Según Bruscia (1998) entendemos como método como una forma propia de experiencia musical que es utilizada para la evaluación diagnóstica, tratamiento o evaluación final. A partir de lo que Bruscia denomina las cuatro clases principales de experiencia musical: improvisar, recrear, componer y escuchar. Consideran así los principales métodos en Musicoterapia y sus variables; dado que existen muchos modos diferentes de utilizar estas cuatro clases de experiencias.

La intención del terapeuta para envolver al cliente en el hacer musical espontáneo, estos se considera Métodos “improvisacionales”, al realizar una interpretación musical se consideran “métodos creativos”, en la composición se consideran métodos “composicionales” y en las categorías de escucha Métodos “receptivos”.

Pero para que las actividades se sucedan el Musicoterapeuta realiza varios procedimientos, que tiene como intención la de estimular al cliente para la realización de la experiencia musical. Cuando se realiza una secuencia organizada de operaciones que llevan a la acción de una experiencia musical se está a implantar un determinado método. Como ejemplifica Bruscia (1997) para los métodos de improvisación en grupo el Musicoterapeuta realizará los siguientes pasos:

- a. Dar a cada uno de los clientes diferentes instrumentos para ellos propios optar;
- b. Los elementos del grupo experimentan los instrumentos, libremente;
- c. El terapeuta inicia una estructura que marca las reglas de la improvisación;
- d. El grupo improvisará de acuerdo a las reglas que marca el terapeuta;
- e. El grupo verbalizará lo que sucedió durante la improvisación; y
- f. Repiten nuevamente los pasos hasta finalizar la sesión.

Estas secuencias organizadas de actividades musicales y no musicales son consideradas como los procedimientos fundamentales para que se realice un método.

Las técnicas son aquellas actividades específicas que el terapeuta realiza junto con el cliente para obtener una reacción inmediata o para modelar la experiencia del cliente. Se consideran técnicas las operaciones singulares que se realizan dentro de un procedimiento, mientras que un procedimiento puede considerar una serie de técnicas.

Quando un terapeuta comienza a desarrollar una aproximación sistemática empleando uno a más de los cuatro métodos, siguiendo procedimientos específicos y apoyándose en ciertas técnicas, se está desarrollando un modelo. Un modelo es una aproximación exhaustiva al diagnóstico, el tratamiento y la evaluación, que incluye principios teóricos indicaciones y contraindicaciones clínicas, objetivos, lineamientos y especificaciones metodológicas, así como el uso característico de ciertas secuencias y técnicas procedimentales (Bruscia, 1998, p.99).

Cada método en Musicoterapia se ha generado desde las teorías en auge de su época. Como describe Shapira (2002) en la década del 60, desde las experiencias exploratorias de los estados alterados de conciencia, surgió el modelo GIM. De las técnicas psicológicas del ensueño dirigidos desde los avances en neuropsicología nace la técnica EISS (Estimulación de Imágenes y Sensaciones a través del Sonido). De la fusión de las improvisaciones musicales y las interpretaciones psicológicas se origina la utilización de los instrumentos musicales como expresión del yo emergente, se crean los test sonoros proyectivos y nace el modelo de Musicoterapia creativa improvisacional. De todos ellos comienza a emerger los postulados teóricos propios de la Musicoterapia.

Blasco (1999) describió desde la generalidad, a la práctica de la Musicoterapia en métodos pasivos e métodos activos:

Los métodos pasivos, o receptivos, son los que tiene por base la actividad receptiva, aquellos en que la actividad principales la audición musical. En estos métodos se destacan tres modalidades:

1. Estimuladora de la creatividad y como método diagnóstico;
2. Estimuladora de imágenes y como método de tratamiento y

### 3. Modificadora del estado de Ánimo.

Se destacan tres tipos de métodos pasivos en Musicoterapia:

1-Métodos isomórficos: creado por Altschuller, en 1948 en Estados Unidos.

La base de este método es la modificación del estado de ánimo. Se fundamenta en el principio de ISO, del griego igual, que consiste en encontrar la forma musical que esté en consonancia con el estado de ánimo del cliente, desde la audición de una serie de músicas grabadas, progresivamente variables, que proporcionan cambios en el estado anímico del cliente.

2- Método de los “viajes musicales”: Fue creado por Cid Posch en 1967 en España.

Utilizado en psiquiatría hospitalaria, con adultos o niños, en la que se hace un viaje imaginario utilizando diferentes músicas representativas o descriptivas de distintos países o lugares, así se substituye un viaje real por un viaje de evocaciones musicales. Dentro de la técnica de “variedad de objetos” utiliza el apoyo audiovisual como vídeos

3- Método receptivo de Jost de 1973 en Francia.

Propone la audición al cliente de una serie de piezas musicales, asociadas en pares, de diferentes estilos musicales, se pide al cliente que seleccione de a una aquella que represente mejor, asociándola a un sentimiento.

Así nos expresa Bruscia (1997) que la música receptiva tiene la cualidad de actuar directamente en el cliente, bien como un estímulo que facilita las respuestas terapéuticas inmediatas o estimulando el proceso terapéutico como favorecedor del cambio, siendo que este proceso de cambio puede suceder durante o después de la experiencia de escucha.

Los Métodos Activos, o Creativos, son aquellos en el cual el eje principal es el hacer musical, tocar un instrumento, cantar, bailar, componer. Así fueron clasificados en el I Congreso Mundial de Musicoterapia realizado en París, Francia en 1974 por Schmoltz. Según Blasco (1999) Schmoltz fue el primero a describir la técnica de improvisación musical desde la expresión libre. Comprendía las siguientes actividades principales:

a) Dar un ritmo, en que el terapeuta o uno de los clientes utilizaba un instrumento de percusión para dar un ritmo y el resto del grupo se incorpora gradualmente, para dar continuidad con variables rítmicas improvisadas.

b) Facilitar la iniciativa del paciente/cliente: después de ofrecerse el material musical instrumental se da lugar para la libertad de cómo y cuándo iniciar la ejecución de los mismos. Esta metodología consta de 8 etapas necesarias;

1. Verbal: preparación para la situación relajante y de concentración;
2. Material: los instrumentos deben ser de fácil comprensión e interpretación;
3. El fenómeno acústico o sonoro producido por el paciente/cliente será figura principal con el tiempo necesario para se suceder;
4. Las variables sonoras o interpretativas deben surgir espontáneamente o ser sugeridas a nivel sonoro con suaves sonidos;
5. Dar continuidad a la improvisación libre por medio de reflexiones de preguntas respuesta sonoras musicales;
6. Promover la conexión con otros campos creativos como el movimiento, la danza, la expresión gráfica-musical, otros)
7. Se aplican las experiencias terapéuticas para ser cada vez más independientes del lugar del terapeuta, hasta dejar al terapeuta en un lugar de oyente.
8. Transformación en la que hay nuevos comportamientos, cambio de actitud, que se trasladan a la actividad cotidiana del paciente/cliente.

- El Método proyectivo de Dorothy B. Crockerde 1950 en EEUU.

En este método la música es utilizada como medio de proyección de la personalidad del paciente. Fue aplicada en escuelas para ayudar en el diagnóstico psicológico, de aquellos niños con problemas en las relaciones interpersonales. Así por medio de la música los niños pueden evocar fantasías, miedos, pensamientos ilógicos o disociados, creatividad y otros. En este método se propone al cliente desplegar verbalmente una historia, motivada desde la audición de una pieza instrumental improvisada, en la cual el terapeuta interpreta en el piano una serie de veinte acordes. Esta metodología consta de cuatro etapas:

1. Inicia con un primer contacto en el cual se le pregunta al niño “En qué te hace pensar” esta música, luego se repiten nuevamente los veinte acordes y se modifica la pregunta por la siguiente “En quien te hace pensar” al finalizar de cada acorde.



2. Se repiten los acordes con significado para el niño y se le pide para crear una historia a partir de ellos;
3. Indagar desde la improvisación del niños cuáles son sus problemas;
4. Se pide al niño para crear una historia con los personajes significativos de la primera etapa.

Diálogo musical de Orff-Shulberg, de 1982 en EEUU.

Este método que favorece el intercambio de secuencias musicales, desde una improvisación entre el terapeuta y dos o más clientes. Se realiza utilizando instrumentos de percusión de diferentes timbres.

En el IX Congreso Mundial de Musicoterapia de 1999 celebrado en la ciudad de Washington, EEUU se reconocieron oficialmente cinco modelos, cada uno de ellos diferenciados por sus orientaciones teóricas, procedimientos y evaluación:

-Modelo de Musicoterapia Analítica.

-Modelo Nordoff Robins.

-Modelo Benezon.

-Modelo GIM.

-Modelo de Musicoterapia Comporta Mentalista.

-Modelo de Musicoterapia Analítica de Mary Priestley tiene como base la improvisación musical y nasce en 1970. “Se define como el uso de palabras y música de manera simbólica improvisada por el paciente y el terapeuta, con el propósito de explorar la vida interna del paciente y facilitar su desarrollo” (Bruscia, 1999, p.115).

Se realiza generalmente en el marco individual aunque puede ser utilizada en grupos. El proceso terapéutico se realiza a un nivel de improvisación musical y de dialogo verbal. La música tiene un lugar de medio para dejar expresar el mundo interno del paciente/clientela improvisación musical estimula las fantasías, sentimientos, ideas, imágenes o memorias que pasan a ser expresadas verbalmente por el propio. El Musicoterapeuta debe tener formación específica para utilizar este modelo que se utiliza en adultos que padecen patologías del foro psiquiátrico como depresión, esquizofrenia, neurosis obsesiva y desordenes psicósomáticos.

- Modelo Nordoff-Robbins, inicio en 1962 por los autores Paul Nordoff y Clive Robbins, en los EEUU. Se fundamenta en la idea de que la musicalidad es innata en cada ser, que puede ser movilizada para su desenvolvimiento y desarrollo proporcionando al individuo un crecimiento personal. Se basa en la improvisación musical en co-terapia, en la cual uno de los terapeutas improvisa en el piano y el otro terapeuta interactúa con el niño que padece de algún nivel de discapacidad como parálisis cerebral, autismo u otras patologías. Se ofrecen instrumentos musicales de fácil manipulación para acompañar en la improvisación. Estas sesiones son grabadas y después son analizadas, con el objetivo de llegar a conocer minuciosamente el tono musical, el ritmo, la armonía, y la forma de respuesta de todos los componentes expresivos que el cliente realiza. Consideran sus autores que la creatividad es innata en los individuos y puede ser utilizada para superar dificultades emocionales, físicas y cognitivas.

- Modelo Benezon este modelo nasce en Argentina en 1970. Benezon fundamenta la Musicoterapia en el denominado complejo sonido-ser-humano. Busca métodos de diagnósticos terapéuticos desde el sonido, que puede ser musical o no, como identidad del ser. Comprende la fuente de emisión del sonido, la naturaleza, el cuerpo, los instrumentos musicales, los sonidos del medio ambiente, las frecuencias, y las leyes psicoacústicas, los receptores la impresión y percepción del sistema nervioso y toda la repercusión bio-psico-social. Siendo el objetivo fundamental el de producir estados regresivos basado en las teorías psicoanalíticas.

...la regresión al narcisismo primario, o sea a la etapa del desarrollo anterior a la diferenciación final del Yo y el Ello. Cuando se produce esta regresión –la más profunda- significa la reedición del más antiguo de todos los tipos de defensa: el bloqueo del Yo (Benenzon, 1985, p. 23).

De esta forma se propone abrir nuevos canales de comunicación entre los niveles de comunicación del cliente y el terapeuta en el proceso de recuperación. Este método se caracteriza por tres pasos básicos (Benezon, 1998).

1. Observación inicio de la sesión. El Musicoterapeuta no debe tomar ninguna iniciativa de acción, debe saber oír y esperar para poder observar y comprender las señales no verbales del cliente/paciente; “debe abstenerse de actuar, producir o expresarse”

2. Asociaciones Corporo-sonoro-musicales. Expresión libre del paciente/cliente que permite al Musicoterapeuta asociar a sonidos producidos vocalmente o con instrumentos musicales, desde la interpretación de la conducta del paciente;

3. Aislamiento reflexivo activo. Es el momento en que el Musicoterapeuta deja de actuar para poner en acción las sensaciones transferenciales y contra-transferenciales en el cual son diferenciadas y disociadas las conductas que llegan del exterior de la sesión y en ellas propias.

- Modelo GIM -Guided Imagery and Music. Fue creado por Helen Bonny en 1970, en los Estados Unidos. Se fundamenta en la audición musical en estado de relajación para producir imágenes mentales, emociones, con finalidad creativa, inductora de la introspección y como base de acción terapéutica. Utiliza exclusivamente música clásica, por la cual se piensa mejorar experiencias más profundas de evocación emocional. Es utilizada en clientes con capacidad de pensamiento simbólico y que consigan verbalizar la experiencia con el terapeuta. Se consideran cuatro etapas principales:

1. Explicación del proceso de la sesión al paciente/cliente,
2. Relajación del paciente/cliente,
3. Audición de la música clásica y
4. Vuelta a la realidad.

Resulta benéfico para mejorar el estado de ánimo, mejor conocimiento introspectivo; aumentar la autoestima. Es utilizado en adultos en pacientes con patologías terminales como el cáncer, neurosis depresivas o dependencias toxicológicas.

Modelo de Musicoterapia Comporta mentalista. Nace a fines de los años 60 y se ve consolidado en 1975 por Clifford Madsen. Este modelo se fundamenta en que la música es en sí misma un operador condicionante que refuerza la conducta alterada. Propone programas individuales de tratamientos según las necesidades del paciente/cliente. Considera que el impacto de la música sobre la conducta humana establece una relación causa-efecto que es observable y mensurable.

Surgieron con el tiempo otros métodos que dan continuidad a los anteriores y que se consideran los más utilizados en la práctica actual como;

- Perfil para el análisis de la improvisación musical: Creado por Bruscia en 1982 en los EEUU. Da continuidad al modelo Nordoff-Robbins, analiza el discurso sonoro producido por el cliente dividido en tres etapas:

1. Observación clínica de la improvisación de los clientes en diferentes condiciones,
2. Análisis musical de la improvisación y
3. Interpretación de los datos.

- Modelo de Musicoterapia Plurimodal: desarrollado por Schapira y otros, en inicios de 2002, en Argentina. (Shapira, Ferrari, Sanchez y Mayra, 2007). Tiene como base el Modelo de Musicoterapia Analítica. Este abordaje pretende crear nuevos postulados teóricos, contruidos sobre los puentes entre las teorías tradicionales de la disciplina y su práctica. Utiliza como recurso las improvisaciones musicales, trabajo con canciones, música grabada y editada y la EISS (estimulación de imágenes y sensaciones a través de los sonidos). En la intervención prevalecen las capacidades del sujeto y su desarrollo.

### 1.3. Fundamentos de la Musicoterapia

Blasco (1999) se refirió a la teoría de Langer de 1958 en la cual sostenían que el arte expresa los sentimientos vitales, “El arte es esencialmente orgánico, una obra de arte es aquella que expresa con gran fuerza un sentimiento con altísimo significado” (Langer, 1958, p. 22). También para Alvin (1997) los sonidos y la música afectan principalmente el sistema nervioso autónomo, también llamado vegetativo, siendo el mismo generador de las emociones, sistema que está ligado a las funciones vitales como respiración, secreciones, digestión y circulación sanguínea y que no está sometido a la voluntad.

“Las respuestas a la música, que llegan primero desde un estímulo perceptual, son tanto fisiológicas como psicológicas. Su interacción se traduce en un efecto general relacionado con la combinación de los diversos elementos musicales presentes en una misma pieza” (Alvin, 1975, p.109). Ambas autoras, Alvin y Blasco, coinciden en resaltar la actuación de la música sobre el sistema nervioso central, provocando en el ser humano efectos estimulantes, sedantes o enervantes. Variables infinitas según las características musicales de volumen, de timbre instrumental, de la línea melódica continúa o con saltos, de las repeticiones de la línea melódica o de la armonía. Son estas a grandes rasgos las características que provocan los efectos en los seres humanos que son dinámicos y variables a las individualidad de cada ser.

Las teorías propias de la Musicoterapia se encuentran fundamentadas sobre los efectos biológicos de los sonidos y de la música, como describió Benezon (1981) en que:

- a. “Según el ritmo incrementa o disminuye la energía muscular.
- b. Acelera la respiración o altera su regularidad.
- c. Produce efecto marcado, pero variable, en el pulso, la presión sanguínea y la función endocrina.
- d. Disminuye el impacto de los estímulos sensoriales de diferentes modos.
- e. Tiende a reducir o demorar la fatiga y, consecuentemente, incrementa el endurecimiento muscular.
- f. Aumenta la actividad voluntaria, como escribir a máquina, e incrementa la extensión de los reflejos musculares empleados en escribir, dibujar etc.
- g. Es capaz de provocar cambios en los trazados eléctricos del organismo.

- h. Es capaz de provocar cambios en el metabolismo y en la biosíntesis de variados procesos enzimáticos.”(p.35)

Es principalmente desde las neurociencias que se investiga las influencias, del escuchar y hacer música, de cuyos resultados también se fundamenta la práctica de la Musicoterapia y la descripción de sus definiciones.

Así desde el modelo médico, se destaca el trabajo de investigación de Taylor (1989) que desmitificó la idea de los efectos de la música en los sujetos como “algo milagroso”, obteniendo para estos efectos una explicación científica. Para Taylor las reacciones al estímulo musical resultan de un proceso neurofisiológico determinado donde es que cada elemento musical tiene una localización específica en el procesamiento cerebral. Los estímulos musicales disparan una alerta cortical donde este se produce, seguido de la cognición musical, resultando una respuesta bioquímica ya que los sonidos y la música en su complejidad tiene un efecto de facilitar la liberación de neurotransmisores. Dando continuidad a estos estudios, Koelsh (2009) estudio que oír música y producir secuencias sonoras, activa una serie de estructuras cerebrales relacionadas con la cognición, respuestas sensorio-motoras de procesamiento emocional. Demostrando los efectos que la música produce, como atención, modulación de las emociones, cognición y comunicación, porque produce efectos en el sistema límbico, para límbico y del córtex orbito frontal.

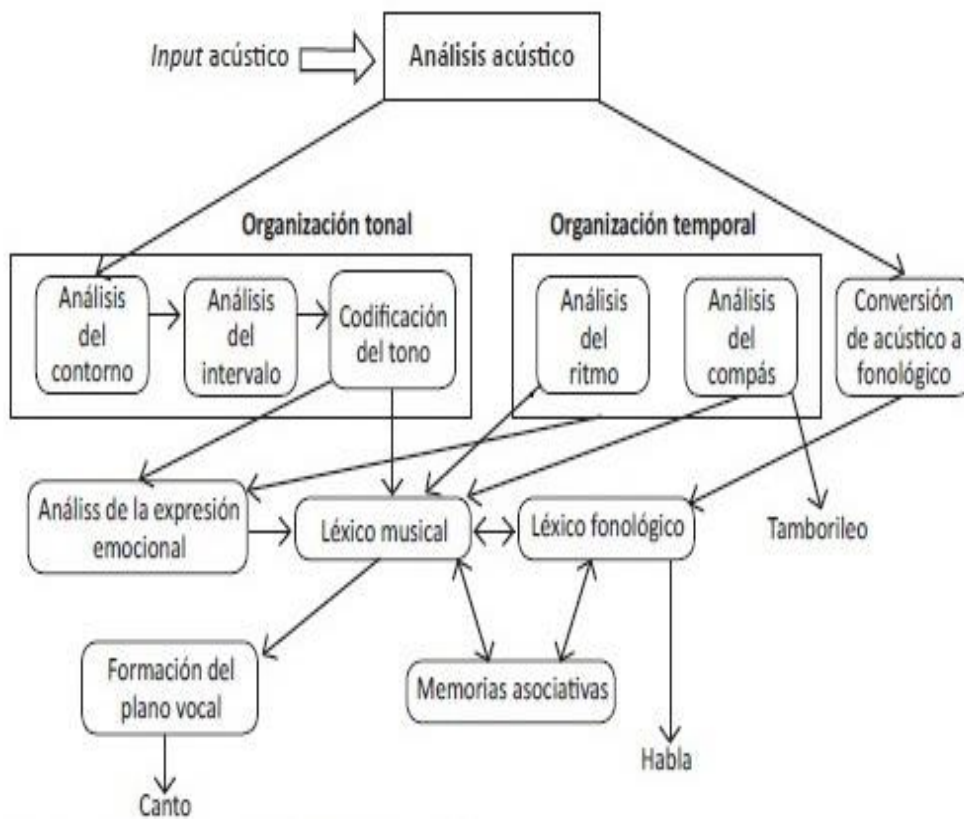
Piazzetta (2010) menciona a Zuckerkandl, cuando dice que la música es para sentir y no para pensar, sin embargo desde las neuropsicología se comprueba que el acto de sentir pone en marcha mecanismos cognitivos, así;

Música en este contexto no es solamente para ser pensada, sobretodo vivida, sentida, porque como piensa el pensamiento precisa de la experiencia del sentir musical para desenvolverse plenamente. Las cualidades dinámicas de la nota musical aproximadas de este ambiente de la mente corporizada traen más estructura para la construcción del sentido en la escucha musical (Piazzetta, 2010, p.16)

Soria-Urios, Duque y Garcia-Moreno (2011) constataron que los niños menores de un año tiene la capacidad de manifestar sensibilidad ante las escalas musicales y la regularidad temporal, que procesan más fácilmente los intervalos consonantes que los

disonantes y también consiguen percibir una estructural tonal y alteraciones en la melodía siendo todas estas capacidades previas al lenguaje, por lo cual prueban que la música tiene redes de procesamiento propias. Así describen en sus estudios, para pacientes con daños cerebrales, que los procesos musicales se realizan por módulos como podemos observar en la figura 1. Cada una de las casillas representa un componente del procesamiento musical, las flechas señalan los caminos por donde fluye la información entre los diversos componentes del procesamiento.

Figura 1 Modelo del procesamiento modular de la música



Adaptado de Peretz I y Colthearts M

Nos explican que existe un sistema modular para el procesamiento musical, por el cual cuando se realiza el análisis del input acústico, en el caso musical se realiza en simultaneo el análisis de la organización temporal y de la organización tonal. (Soria-Urios, et al., 2011). Explicando que cuando se escucha una canción, en primer lugar se realiza en análisis acústico:

- La letra de la canción es analizada por el sistema del procesamiento lingüístico;

-El componente musical es analizado por otros dos subsistemas, el del tiempo y el tonal.

A los que se acrecientan la memoria asociativa, cuando esta música o canción nos recuerda algún acontecimiento y el sistema fonético, si queremos cantarla, para el cual requiere una planificación vocal que desemboca en el canto.

Desde la figura 1 conseguimos observar que la interpretación musical convina de forma relacionadas las habilidades cognitivas, motoras de percepción y de emoción como también de la memoria. Es equiparable en todas las producciones verbales, de la voz cantada o hablada la organización por este sistema de módulos.

Coincide con Orjuela Rojas (2011) que constata también el procesamiento por módulos de la música en paciente con daños cerebrales, referencia el término “input acústico” a las aferencias rítmicas, tonales propias de una canción. Explica en sus conclusiones que la entrada de la música es vía sensorial que luego se realiza su análisis por módulos específicos.

Autores como Smeijsters (1997), Aigen (2005) investigaron como la música tiene particularidades que la hacen única en el campo terapéutico, como facilitadora de la expresión emocional, así también porque ambos autores encuentran dificultades en separar los efectos fisiológicos de los psicológicos que el oír, hacer música, o compartir música produce en los Hombres y en las diferentes etapas del desarrollo. Por lo que consiguen ver sus efectos, pero no cuales son los mecanismos de respuesta. Estos coinciden con Soria Urios et al, (2011) en que la música es un desencadenante de emociones que promueve la comunicación y la interacción, como también aumenta la movilidad y trasmite información a niveles visuales, auditivos, motores con lo cual es adecuada para la intervención cognitiva.



#### **1.4. La Musicoterapia en el Campo Científico**

Es la Musicoterapia desde sus inicios una conjunción de varias líneas de pensamiento sustentadas en las corrientes de la ciencia en psicología, en pedagogía y en medicina. Fue a principios del siglo XX que Dalcroze inicio una camino en la educación musical que lo convertirían en uno de los precursores más importantes de la Musicoterapia, educar mediante las respuestas fisiológicas al ritmo y el movimiento. Creo la escuela llamada Terapia Educativa Rítmica, que rompiendo los rígidos postulados pedagógicos de la época crea un espacio de comunicación entre el alumno/paciente y el terapeuta. Karl Orff une el concepto de creatividad al de placer por la ejecución instrumental describe como estos factores son factores para el desarrollo social como también de la confianza y autoestima de los alumnos. Willems (1984) destaca el concepto de educación musical como un promotor del desarrollo de las facultades humanas. Para ello muestra la música como un lenguaje, como una progresión, desarrollando el oído “inteligencia auditiva” y el sentido rítmico, que sientan las bases para la práctica del solfeo. Un solfeo que presenta nuevas técnicas y que encuentra en el musicograma la mejor forma de abordarlo con los más pequeños.

Como resultados de la segunda guerra mundial en mitad del siglo XX surgen una cantidad de soldados que regresan con deficiencias motoras, y psiquiátricas, así los hospitales de veteranos de guerra inician un camino hacia la Musicoterapia contratando músicos que ejecutaban en vivo para los soldados y los médicos observaban inmediatas respuestas de motivación y cambios emocionales. En 1950 se funda la Asociación Nacional de Terapia Musical la cual edita una revista, realiza un congreso anual y da inicio a la primera formación en Musicoterapia. En estos inicios la Musicoterapia o terapia musical no estaba constituida como una profesión formal, pero desde la práctica se llevaron a las universidades las inquietudes y las cuestiones para ser investigadas en la Universidades Americana. Nace con el principal objetivos la National Association for Music Therapy- NAMT- que pretende mejorar la formación desde un currículum formal de la Musicoterapia. La formación de la NAMT había sido creada a través de los esfuerzos con la National Association Scholl of Music -NASM. Desde la NASM, surgen los programas de educación que se formulan para constituir la educación del estudiante de Musicoterapia. En 1966, 11 universidades ofrecen una licenciatura con un mayor énfasis en la Musicoterapia, 27 centros de formación clínica fueron

aprobadas para el ejercicio de la Musicoterapia y tres escuelas de posgrado ofrecían programas de Musicoterapia (Muskatevc, 1966). Desde Madsen (1965) se plantea la especificidad de la Musicoterapia en los inicios de la formación de un Musicoterapeuta, así crea un sistema, para iniciar la carrera profesional. El problema con los sistemas educativos anteriores es que se realizaba una ligación entre las clases de música y la formación de terapeuta. Madsen, propone la primera escuela independiente de Musicoterapia. (Madsen, 1965). Con un curriculum consistente en que los estudiantes a Musicoterapia se prepararían en las áreas musicales como teoría y dominio de la lectura musical, estudio de un instrumento musical aplicado, destacando la investigación experimental con el estudio de la psicología clínica. Madsen argumentaba que, "La Musicoterapia es un campo relativamente nuevo y todavía no está del todo aceptado por los campos académicos de la psicología o de la música" (Madsen, 1965 p.85). La formación clínica en Musicoterapia se desarrollo con los internos de Musicoterapia, este paso fue muy importante porque inicio un reconocimiento de los profesionales del área de la salud hacia la carrera de Musicoterapia.

Fue el Dr. E. Thayer Gaston quien ayudó a establecer las primeras visitas de internato clínico en la ciudad de Topeka, Kansas en la Clínica Menninger, un sitio especializado en el tratamiento de los trastornos mentales Davis, Gfeller y Thaut (1999). Desde que Wilhelmina (1953) reconoció la importancia de una visión interna y clínica de los efectos de la música, ayudó a establecer un lugar para los Musicoterapeutas en un hospital de Stockton, California. Los objetivos que se aplicaban respondían al pensamiento típico de la década del 50. Esta experiencia de pasantía, ofrecieron la oportunidad de desempeñar un papel activo, enseñar a los estudiantes acerca de las poblaciones de distintos clientes, permitió a los estudiantes practicar las técnicas, enseñar a los estudiantes las habilidades de observación, enseñar a los estudiantes a trabajar como un Musicoterapeuta entrenado, desarrollar habilidades de liderazgo, ayudar a evaluar las fortalezas y debilidades (Wilhelmina, 1953). Al participar en un internato clínico, los estudiantes continuaron sus estudios de Musicoterapia, desarrollaron las prácticas y ayudaron a promover la Musicoterapia como una carrera respetable.

Nace la práctica de la Musicoterapia desde diferentes orientaciones teóricas del principio del siglo XX. Como enfatiza Ruud (1993) cuando hace referencia al lugar del

profesional, el Musicoterapeuta, que desde la elección y formación en la metodología definirá su enfoque y procedimientos en Musicoterapia, los cuales se encuentran vinculados a conceptos teóricos de diferentes marcos filosóficos. Los principios y fundamentos de la Musicoterapia se basan en una gran diversidad teórica - metodológica que precisa de la investigación que fomenta la existencias de modelos métodos y técnicas de trabajo y evaluación en la Musicoterapia actual (Sabbatella, 2005).

Bruscia (1998) describió el crecimiento de la Musicoterapia como un mosaico disciplinar dinámico que caracterizaba esta práctica.

Al finalizar el siglo XX desde Europa y también en América del Norte se fomentó la creación de programas de formación y creación de institutos clínicos de investigación en Musicoterapia. Fue en el II Simposio Mundial de Musicoterapia, New York, EEUU 1982, que Bandalise (2001) pregunto a la comunidad Musicoterapéutica sobre la experiencia con la música que la convierte en algo único para la terapia, esta pregunta además de querer conocer el por qué, también se pregunta cómo y cuáles son esos procesos o mecanismos que operan con la música. Y de qué manera se hacen efectivos.

Juliette Alvin fue de las primeras a corroborar como violoncelista y profesora de música de niños discapacitados la capacidad de la Musicoterapia en las áreas de la Rehabilitación. Fundó en 1958 la Sociedad Británica de Musicoterapia fue con el principal objetivo de promover y reunir la mayor información sobre la Musicoterapia del que fuese posible en esos tiempos. Desarrolló un trabajo que describió en sus libros los cuales actualmente son referencia para la comunidad Musicoterapéutica que se desempeña en la clínica: Musicoterapia para el Niño discapacitado 1965; Musicoterapia para el Niño Autista 1978.

El primer programa de Musicoterapia de Europa fue el de Viena en 1959. En Austria desde 1989 en la Universidad que depende de la Facultad de Ciencias Humanas desde 1989. En Francia que Jost en 1970 fundó el primer centro de Musicoterapia de Paris. En 1973 en Polonia se funda el Instituto de Musicoterapia de postgrado de la mano del profesor Natanson. Desde 1970 existe la Licenciatura en Musicoterapia en Alemania que depende del departamento de Musicología Sistemática, que organizo los congreso internacionales de 1986 y 1996.

En Latinoamérica durante los años 60 más propiamente en 1965 el Psiquiatra Dr. Rolando Benenson crea junto a otros la primera comisión de estudios de Musicoterapia en la República Argentina y más adelante la primera carrera de Musicoterapia en el Instituto de Otoneurofoniatria, en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador en Buenos Aires. Fundó la primera Asociación de Musicoterapia de Argentina ASAM en 1966 en Buenos Aires. Y fue Co-fundador de la World Federation of Music Therapy, de la cual fue su primer presidente.

En España se destacan el trabajo desarrollado por Serafina Posh que realizó su internado de Musicoterapia en Estados Unidos en 1966 y 1967, y es Musicoterapeuta miembro de la NAMT- National Association for Music Therapy. Desarrolló su práctica profesional en este EEUU pero más adelante fue precursora en su país natal España. Impartió Cursos de pos-grado en Musicoterapia en la Universidad de Barcelona (1992- 1996) y en la Universidad Ramón Llull hasta 1998. Fue Fundadora de la Asociación Catalana de Musicoterapia desde 1983.

En 1990 se funda la Confederación Europea de Musicoterapia con un fórum para el intercambio entre los Musicoterapeutas de Europa y en 1994 Tony Wigram presidió esta confederación en la cual se creó el código de ética de los Musicoterapeutas<sup>1</sup>.

Actualmente la Musicoterapia tiene carácter científico y profesional que se extiende por Europa en el mundo universitario desde hace ya 40 años.

En primera infancia se destacan autores que realizaron sus investigaciones de Musicoterapia en este periodo determinante de la vida como Ruth Fridman y Joanne Loewy desarrollaron las teorías desde el principio de que los bebés en sus primeros días de vida reaccionan a la música, probablemente siendo esta condición innata. Una de las teorías más importantes es la propuesta por Koelsch (2012) que explican cómo estas características a las respuestas musicales son innatas y nos permite desempeñar funciones sociales, desarrollando la capacidad de interacción y comunicación. Como

---

<sup>1</sup> En Anexos

también precisamos de estas funciones para aprender hablar, nacemos sin saber el significado de las palabras, pero aprendemos a hablar escuchando y decodificando los sonidos del lenguaje, conseguimos decodificar los sonidos y así se da inicio al proceso de aprendizaje de la comunicación verbal.

Entender el lenguaje desde su musicalidad desde como la melodía, el ritmo, la acentuación, la identidad de la voz en el habla de los otros, también es codificada e interpretada. Somos seres muy musicales lo que facilita el transmitir el mensaje y aprender diferentes idiomas, en el inicio es lenguaje cantado, que es lo que entiende él bebe, es muy bueno favorecer la entonación en el lenguaje, poner entonación y ritmo, que le da significados diferentes al lenguaje, la velocidad, los límites de las frase, las inflexiones vocales dan a entender la intención de comunicación. Fridman en 1971 realizó sus primeros estudios sobre el grito del bebe, estudio la respiración y la voz del recién nacido; profundiza sus estudios para saber cuáles son las reacciones musicales del bebe en gestación y desde el nacimiento hasta su primer año de vida. Fridman (1974) precursora en el conocimiento sobre el origen del lenguaje musical de los bebes, constato resultados que hoy fundamentan la intervención en Musicoterapia, de la respuesta del niño a la voz de su madre durante la gestación y posteriormente durante el primer año de vida. En el ámbito hospitalario Loewy, Hallan, Friedman y Martinez (2006), realizaron una investigación en Musicoterapia en bebes prematuros, sobre los efectos sedativos y anestésicos que la música tiene en los bebes. Loewy es considerada pionera en el Modelo-Medical Music Psychotherapy-que desde intervenciones de la clínica Musicoterapéutica actúan sobre los factores psicológicos y fisiológicos que inciden en la variabilidad de duración e intensidad de la experiencia de dolor. Es Tony Wigram quien predomina sobre las investigaciones en Musicoterapia y discapacidad, inició en 1992 las publicaciones en revistas científicas sobre los estudios en los que describió las respuestas clínicas y pedagógicas de la población de niños autistas en la intervención de Musicoterapia. Centro también sus investigaciones y publicaciones en el lugar profesional del Musicoterapeuta, los procesos de evaluación y diagnóstico exigen del terapeuta un procedimiento y protocolo diferentes de las sesiones terapéuticas tradicionales, o mismo diferentes de los métodos de evaluación convencional de la Musicoterapia (Aigen, 1995, 2005). Para Wigram en la década de los 90 fue fundamental asentar la idea de que se debía determinar los métodos de evaluación en Musicoterapia y así lo dispuso en cinco ítems:

- Evaluar la música según el diagnóstico del niño;
- Identificar la capacidad de respuesta del niño;
- Resaltar e identificar las capacidades de resistencia, defensa del niño;
- Observar las respuestas positivas y negativas;
- Identificar el abordaje de terapéuticas adecuadas y evaluar sus beneficios.

Wigram es considerado el precursor de un nuevo camino científico en Musicoterapia y fue el primero en describir y publicar los factores relativos a las interacciones de las respuestas globales de los niños, las irregularidades en su comportamiento, según su desempeño musical y su actividad motora global. Aporto un rol fundamental en el proceso de consolidación de la Musicoterapia en el campo científico. Los más importantes incluyen la valoración clínica, y sus resultados en la intervención de niños con perturbación del espectro de autismo, los métodos y técnicas en Musicoterapia. Así al adquirir el primer trabajo como Musicoterapeuta el Hospital de Harsperbury, Londres en el que responde a la necesidad de intervención con niños con discapacidad, retraso del desarrollo, siente la necesidad de sistematizar su intervención y crea los primeros protocolos de evaluación en Musicoterapia. También basado en su trabajo experimental crea instrumentos que originalmente fueron llamados de “Baños musicales, bath musical” porque daban la impresión de dar un baño de sonido a los niños (Wigram, 1996) Así también explicaba los efectos vibro acústicos de diferentes estilos musicales, folklore, jazz, música clásica, para la relajación y la reducción del tono muscular (Wigram, 1996, 2007).

### **1.5. La Musicoterapia en Portugal**

En Portugal nace el interés por el lenguaje artístico como medio para desarrollar las capacidades del Hombre desde el movimiento de Educación por el Arte en 1956 cuando Negreiros, Branco, Santos, Pedro y Menano entre otros, fundan la Asociación Portuguesa de Educación por el Arte. Promovida por el Centro de Investigación Pedagógica de la Fundación Calouste Gulbenkian, se dio inicio a la valoración de la educación de las diferentes expresiones artísticas. (Santos, 1989). Fueron determinantes en la década de los ´60 y ´70 desde el conservatorio Nacional y la Escuela Superior de Educación por el Arte, a seguir al 25 de Abril de 1974. Este movimiento surge ante la necesidad de mantener vivas las ideas y acciones que promueven fundamentalmente el valor intrínseco de una práctica de la educación artística. Actualmente el Movimiento

Portugués de Intervención Artística y Educación por el Arte, fundado en 1994 por un grupo de artistas, educadores y personalidades ligadas a la cultura está presidido por Lucilia Valente y desarrolló una red de profesionales de las diferentes áreas artísticas, educativas, investigadores a nivel terciario y profesionales de la salud. Según Valente, Lourenço y Charréu (1998) Portugal, a nivel europeo, está conectado a la base de INSEA (Sociedad Internacional para la Educación por el Arte). Este movimiento sigue los principios de que el arte es un lenguaje universal, desarrollando un papel importante en cualquier tipo de educación, como también es un medio para el desarrollo de la comprensión mutua entre los pueblos. Estos dos principios demuestran la naturaleza pedagógica y sociocultural del movimiento por la Educación a través del Arte. Santos (1989) con base en las teorías de Piaget considero que hay dos requisitos esenciales en la vida de un niño: la adaptación a la realidad social y material y la capacidad de juego simbólico. Para hacer esto posible, se propone un área interdisciplinaria que indaga en un triángulo donde los vértices son el arte, la pedagogía y la psicología, en una interrelación recíproca, desde donde se comprende, la Psicopedagogía de la Expresión Artística. Esto apuntaría a una Educación Artística en la raíz de sus principales promotores, como la capacitación global del desarrollo armonioso del niño, y por lo tanto en la formación del hombre, en un proceso educativo socialmente valioso. El arte es considerado en este movimiento como un conciliador entre estas dos necesidades, hace hincapié en la importancia de los estudios psicológicos y educativos en que se procede a la formación de la personalidad, por lo que se demuestra la importancia de la expresión artística, especialmente en las primeras etapas consideradas evolutivas.

La formación en Musicoterapia de Portugal comienza en marzo de 1988 cuando la Dirección Regional de Educación organizó un seminario en Madeira de 40 h con la Musicoterapeuta Francesa Dra. Jackelin Verdeau-Pailès neuro-psiquiatra e profesora de la Universidad René Descartes de París. Un año más tarde se realizó en Funchal, marzo 1989 el 1º Curso de Musicoterapia. Participaron como profesores Dra. Christiane Lapoujade, que también era la responsable de la Formación en la Universidad de Paris y el Profesor Eleuterio Gomes de Aguiar de la Dirección Regional de Educación Especial, que elaboraron un protocolo en el campo de la formación de Musicoterapia que fue firmado en 6 de abril de 1992.

Este curso tiene por objetivos:

- Formar Musicoterapeutas;
- Dar a los docentes especiales, de educación musical, y otros técnicos, los conocimientos y metodologías necesarias para la utilización de todas las posibilidades que la música ofrece en educación rehabilitación e integración de discapacitados.
- Proponer a los profesionales una nueva orientación de su pedagogía musical para sus educandos;
- Poner a disposición de los médicos y profesionales paramédicos: enfermeros, enfermeros psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas. Una forma de psicoterapia que tiene como soporte el sonido y la música

Fue dirigido para docentes de educación especial, con formación musical de base, para profesores de Música con formación psicológica de base; para médicos, psicólogos, terapeutas enfermeros con formación musical de base, otros técnicos con formación musical y psicológica de base

Este curso se realizó en una carga horaria de 2.000 horas distribuidas por 6 semestres. La estructura fue: Curso teórico, Formación complementaria, Prácticas académicas, Presentación de trabajo personal y Examen final.

Este curso se extendió a un 2º que comenzó en Septiembre de 1992 y un 3º y último que inicio en Septiembre de 1995. De los cuales consiguieron graduar los primeros Musicoterapeutas Portugueses. En la que se destacó la promoción entre profesionales de distinta áreas con un mismo interés en un marco internacional. Dio comienzo de esta forma el ejercicio de esta profesión sin ser hasta la actualidad una carrera de grado con reconocimiento oficial (Aguar, 1998).

Fue tan solo en los años 90 que se funda la Asociación Portuguesa de Musicoterapia en 1996 de la mano de la Profesora Fernanda Prim que junta su esfuerzo junto a la Asociación Portuguesa de Educación Musical (APEM).

En estos inicios se destaca el patrocinio de la fundación Calouste Gulbenkian que a partir de los primeros proyectos en “reeducción expresiva” con el cual se financian los primeros maestros de música especiales que trabajan en centro de niños con discapacidad con en la Asociación de Parálisis Cerebral de Lisboa.



En 2006 la Escuela Superior de Educación del Instituto Politécnico de Porto, a través del área de música del departamento de Artes y Motricidad Humana, conjuntamente con la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad de Cadiz, a través del departamento de didáctica de Educación física, plástica y musical, abrió dos ediciones del curso de Posgraduación en Musicoterapia. Coordinaron el curso desde el IPP la profesora Graça Motta e por la UC a profesora Musicoterapeuta Patricia Sabbatella.

Esta posgraduación tenía como objetivos principales el de, posibilitar un conocimiento básico y una abordaje práctica de los métodos y técnicas en Musicoterapia, desde la perspectiva del desarrollo de la capacidad de planificar intervenciones en diferentes ámbitos profesionales. Y también promover el desarrollo y capacidad de investigación aplicada, en el sentido de posibilitar intervenciones profesionales con base en la investigación en los diferentes ámbitos clínicos.

Actualmente el Master en Musicoterapia de la Universidad Lusitana de Lisboa es el único en Portugal que fue creado desde el modelo americano de formación, coordina este curso la Profesora Musicoterapeuta Dra. Teresa Leite. Este Master tiene una formación académica y práctica que se realiza durante dos años lectivos. Se encuentra orientado para la especialización profesional de alumnos con licenciaturas en las áreas relacionadas con la Musicoterapia como psicólogos, enfermeros, profesores de música e otros profesionales del área de la salud. Contienen componentes académicas, investigación y aprendizaje teórica-práctica, con un importante desarrollo en las competencias musicales componentes vivenciales, siguiendo la filosofía de la formación avanzada de la Confederación Europea de Musicoterapia, según la cual el Musicoterapeuta deberá desenvolver sus competencias clínicas, musicales y de relación interpersonal. El primer año del curso cuenta con la participación de docentes especializados en las áreas de Musicoterapia, Psicología, Música e improvisación y Etnomusicología, pautando por ser una fuerte ligación entre las varias unidades curriculares y los docentes de las diferentes áreas de especialización produciendo una formación pionera en el país.

Centra sus objetivos en formar profesionales de las áreas circundantes a la Musicoterapia adquieran conocimientos y competencias de especialización en la intervención clínica y de investigación para contribuir para el desarrollo futuro de la

Musicoterapia como disciplina de intervención y como área de conocimiento académico y científico.

## **2. Áreas de Intervención en Musicoterapia**

Surge en el siglo xx las bases teóricas a partir de los estudios de la Musicoterapia. Las prácticas de Musicoterapia se encuentran teóricamente bien definidas por su lugar de ejercicio, con metodologías propias. En este capítulo hacemos referencia a las tres principales áreas de intervención Clínica, Educacional y Comunitaria sus objetivos, encuadres como así también de las técnicas implementadas en cada una de ellas.

### **2.1. Musicoterapia Clínica**

La Musicoterapia está constituida por una amplia gama de prácticas clínicas según uno de los más importantes teóricos en Musicoterapia, Bruscia (1997) cuando se practica en un encuadre de rehabilitación, psicoterapéutico o médico. Estas ramificaciones tienen procedimientos y se han desarrollado en su teoría desde diferentes investigadores de campo. En la actualidad el Musicoterapeuta utiliza las experiencias musicales y las experiencias que se desprenden de ellas sonoras-musicales como medio para llevar al cliente a introspecciones a nivel emocional o interpersonal y estimula los cambios necesarios que derivan de ellos (Bruscia,1997).

En el área médica hablamos de la integración del Musicoterapeuta en el equipo de salud, con objetivos de utilizar sus conocimientos musicales para colaborará en los objetivos de los otros técnicos o para acceder a las áreas que los otros necesitan; como influenciar el estado emocional mental o físico.

Basada principalmente en el concepto de música interna Modelo de Musicoterapia Analítica de Priestley y en el concepto de “ser en la Música” del Modelo Nordoff – Robbins se fundamentan en que cuando una persona canta o toca un instrumento durante la sesión es más que una proyección, es la persona en sí mismo, por lo que el Musicoterapeuta interactúa musicalmente en busca de los procesos de transformación, denominados modos Receptivos Expresivos.

El profesional Musicoterapeuta forma parte de los equipos multidisciplinares en el que se incluyen otros profesionales dependiendo del ámbito de actuación. Como en otras disciplinas de la salud la Musicoterapia tiene en sus principios de práctica clínica procedimientos básicos de actuación para el ejercicio de la práctica profesional.

La Asociación Americana de Musicoterapia (AMTA, 2007) documentó los parámetros de la práctica clínica en Musicoterapia. En ellos postula que toda intervención en Musicoterapia debe cumplir las siguientes fases;

- a) Derivación y aceptación, la aceptación depende de un criterio establecido, por el equipo de salud o el propio Musicoterapeuta. Se evalúa si la persona derivada se beneficiará de este tipo de tratamiento.
- b) Evaluación Inicial: Contempla las capacidades y necesidades del cliente en las áreas, cognitiva, física, social y emocional. Los métodos varían desde la observación, entrevista, interacción verbal y no verbal o testes específicos de Musicoterapia. Es aquí que el Musicoterapeuta decide sobre la aceptación o no de la derivación recibida. Se puede también adquirir información para la evaluación entrevistando al cliente o familiares.
- c) Planificación del tratamiento, Se prepara un plan de tratamiento individualizado, que tiene base en la evaluación del paso anterior, como así también en el pronóstico y la historia clínica. Esta planificación incluye objetivos, modalidad del tratamiento, (frecuencia y duración de las sesiones) los procedimientos aplicables y el tipo de evaluación a utilizar.
- d) Implementación, Se implementan en las sesiones de Musicoterapia según el tratamiento acordado. Es responsabilidad del Musicoterapeuta utilizar las técnicas más adecuadas, en las que se permita llegar a la concretización de los objetivos propuestos.
- e) Documentación, Es responsabilidad del Musicoterapeuta documentar cada fase de la intervención, derivación, evaluación inicial, planificación del tratamiento y su seguimiento.
- f) Terminación y cierre, Se dará finalizada la intervención cuando, se han alcanzado los objetivos con el cliente. Cuando no se observan beneficios con el tratamiento o cuando el paciente lo pida. Siempre el cierre del tratamiento debe ser acompañado de una preparación adecuada al proceso de separación de forma progresiva y positiva para el paciente y ser coordinado con los otros profesionales del equipo de salud.

### **2.1.1. Los Objetivos en Musicoterapia Clínica**

Bruscia, (1999) refiere que hay cuatro funciones dinámicas en la Musicoterapia creativa, las cuales determinan las reacciones músico-emocionales del niño, de esta forma dirige el proceso terapéutico: es el medio primario de comunicación entre el

terapeuta y el niño, cliente, proporciona el estímulo y el medio de respuesta para el crecimiento y el cambio terapéutico. Y constituye la primera fuente de información para la valoración y la evaluación.

En el trabajo con la familia, como sucede en Atención Temprana el objetivo de la Musicoterapia es más profundo, en principio será el de reforzar la unión y el vínculo saludable entre padres e hijo, proporcionándose como un canal de comunicación, como también es un canal para producir cambio en la actitudes de los padres hacia el niño cuando estos sentimientos como frustración, miedo y otros, afectan la relación (Alvin, 1978, 1981)

Son objetivos de la Musicoterapia clínica desarrollar sus capacidades tanto físicas como de relación. Los estudios realizados en niños con graves patologías del desarrollo Wheeler y Stultz (2007) basados en las técnicas psicosociales de Greenspan más conocidas como Floortime, centradas en técnicas activas del juego musical. Destacaron que en estos niños con diagnósticos graves, la participación en sesiones de Musicoterapia junto de sus padres fue útil para su desenvolvimiento. Fomento la comunicación con padres e hijos, de esta forma la Musicoterapia facilito la construcción por parte de los padres de una imagen del niño discapacitado con habilidades. La Musicoterapia fue un espacio desde donde se fomentó la construcción de la autoimagen, autoestima y autonomía, según los resultados de esta investigación. En la revisión de la literatura realizada por Kennelly y Brien-Elliott (2001) señalan que actualmente hay un mayor aumento de la literatura en Musicoterapia en las áreas de rehabilitación pediátrica cuyos principales objetivos son:

- a) Proporcionar oportunidades para la auto-expresión,
- b) Para aumentar la fuerza y la utilización de los miembros,
- c) Para aumentar la autoestima,
- d) Para proporcionar oportunidades de elección y control de si propio,
- e) Para aumentar / mantener la motivación.

Como también colabora en la motivación para realizar rutinas de ejercicios motores poco agradables desde el juego con instrumentos musicales adaptados (Gil, 2000) o no adaptados.

### **2.1.2. Encuadre de Musicoterapia Clínica**

Benezon (1998) describe el setting en Musicoterapia y considera importantísima su condición inalterable dado que las modificaciones provocan cambio en el comportamiento de los pacientes.

El gabinete o sala de Musicoterapia, es el espacio terapéutico que debe tener algunas características fundamentales:

- a. Aislamiento acústico a sonoridades externos. Evitar los sonidos del exterior para una mejor neutralidad para con los sonidos que se realizaran en la sesión, y evitar también la permeabilidad para con los sonidos externos.
- b. Deberá tener dimensiones lo suficientemente amplias para movilizarse y desplazarse, pero no sumamente amplio, por causa de la fácil dispersión o noción del espacio de los clientes;
- c. Idealmente las paredes deberán estar revestidas de madera, para disminuir la reverberación del sonido. Sin decoración, para evitar desviar la atención.
- d. El suelo también debe ser de madera, porque permite hacernos sentir las vibraciones sonoras.
- e. La iluminación natural siempre es mejor.
- f. Armarios preferencialmente empotrados en la pared para no entorpecer las actividades de movimientos. En un primer armario deberán estar todos los instrumentos y objetos musicales, en otro todos los materiales acústicos necesarios para reproducir música o grabar música. Es importante para el terapeuta el poder trabajar con el material, sin necesidad de que el niño /cliente visualice todos los materiales que el espacio posee (Benenzon, 1998).

### 2.1.3. Técnicas de Musicoterapia Clínica

Las técnicas en Musicoterapia son variadas de acuerdo a la formación del Musicoterapeuta y el hándicap del niño como también sus potencialidades y necesidades. Según Kim, Wigram y Gold (2008) la Musicoterapia de improvisación es adecuada para facilitar cambios en la conducta de niños con síndrome del espectro de autismo, en la utilización de esta técnica se observaron un aumento prolongado del contacto visual, mejoras a nivel de la comunicación no verbal, y se desarrolló la tolerancia y la capacidad de esperar en los niños a los cuales les fue aplicada esta metodología de Musicoterapia.

Las técnicas receptivas utilizadas para alcanzar el relajamiento, que fueron implementadas en niños con patologías neuromotoras y parálisis cerebral, con resultados positivos, pero como señalan Wigram (1995) a las cuales no es fácil de acceder, porque requieren condiciones específicas del ambiente como también de relación con el terapeuta. Al utilizar las técnicas receptivas es preciso encontrar un clima y haber creado un vínculo de confianza, para que consigan cerrar los ojos. El niño debe conseguir estar en una posición descansada y con una postura adecuada para conseguir focalizar su atención en sí mismo inducido por la música más concretamente melodías de compas lento como refiere Wigram et al. (1995).

Para alcanzar con mayor claridad las técnicas empleadas en las clínicas con niños podemos observarla en la figura 2 a continuación.

Figura 2. Cuadro de las Utilizaciones Clínicas de la Musicoterapia de Improvisación.

<b>Utilización Clínica</b>	<b>Modelos</b>
En Niños con discapacidad	Musicoterapia Creativa (Modelo Nordoff; Robins) Modelo de Improvisación de Orff (G. Orff, Bitcom, Lehrer-Carle) Terapia de Improvisación Libre (Alvin) Terapia no Verbal (Heimlich, Grob, McDonnell, Wheeler) Terapia de improvisación Experimental (Modelo Riordon-

	<p>Bruscia</p> <p>Psicodrama Musical (Modelo de Moreno)</p> <p>Terapia de Improvisación Integrativa (Modelo Simpkins)</p> <p>Perfiles de la Valoración de la Improvisación (Modelo Bruscia)</p> <p>Modelos Mixtos (Benezon, Croker, Samperston, Boxill, Herman, Purvis y Samet, Odell)</p>
<p>En Niños con Alteraciones Psiquiátricas</p>	<p>Musicoterapia Creativa (Modelo Nordoff Robins)</p> <p>Modelo de Improvisación de Orff (G. Orff, Bitcom, Lehrer-Carle)</p> <p>Terapia de Improvisación Libre (Alvin)</p> <p>Terapia no Verbal (Heimlich, Grob, McDonnell, Wheeler)</p> <p>Terapia de improvisación Experimental (Modelo Riordon-Bruscia)</p> <p>Proceso Terapéutico de Desarrollo (Modelo Grinnell)</p> <p>Perfiles de la Valoración de la Improvisación (Modelo Bruscia).</p> <p>Modelos Mixtos (Benezon, Croker, Samperston, Boxill, Herman, Purvis y Samet, Odell)</p>
<p>En Niños Rechazados por sus padres y Niños con Necesidades Educativas Especiales</p>	<p>Terapia no Verbal (Heimlich, Grob, McDonnell, Wheeler)</p>

Adaptado de (Bruscia, 1997)

Cada Musicoterapeuta debe tener una experiencia del conocimiento musical, contempla Alvin (1975) como fundamental, además de su formación de base como Musicoterapeuta. También deberá tener conocimientos básicos, en psicología y



fisiología necesarios para comprender como las experiencias musicales pueden ayudar al paciente a contribuir al trabajo del equipo terapéutico.

La Asociación Nacional de Musicoterapia de EEUU, NAMT, resalta entre otros aspectos que el Musicoterapeuta deberá ser competente y con calidad profesional, ejerciendo respeto por las normas sociales y morales de la comunidad en la que trabaja, los derechos humanos y civiles, el bienestar del cliente.

Sobre todo el Musicoterapeuta en el área clínica deberá tener la capacidad objetiva de discernir su capacidad de estabilidad emocional, capacidad de trabajo en equipo, capacidad de improvisación y sensibilidad emocional y artística (musical).

## **2.2. Musicoterapia Educativa**

Dalcroze a principios del siglo XX fue propulsor de la Musicoterapia desde su lugar de educador musical. “La música debe jugar un rol muy importante en la educación en general, pues, ella responde a los deseos más diversos del hombre; el estudio de la música es el estudio de uno mismo” (Jaques-Dalcroze, 1917).

Dalcroze abrió camino desde la pedagogía musical a la Musicoterapia en la escuela y formo pioneros, desde una actitud naturalmente inclusiva abrió los primeros cursos de rítmica para niños con discapacidad, para niños ciegos y niños sordos. Creo la metodología de Música a través del movimiento “Eurhythmics” Donde encontró como profundizar el sentido musical de sus alumnos. Fue un precursor que llegó en sus conclusiones a integrar el concepto de mente y de cuerpo, de cómo utilizar todo el cuerpo para el aprendizaje. Fue con sus estudiantes en el Conservatorio de Ginebra, en las aulas de armonía que Dalcroze formulo ejercicios para mejorar la audición interior , como ejemplo, cantar algunas notas de una frase solo con el pensamiento y no solamente en voz alta, o cantar escalas comenzando en grados tónicos de la escala para mejorar la conciencia armónica. También inicio experiencias desde el movimiento para mejorar el sentido rítmico de sus alumnos lo que mejoraba desde el caminar y marcar el pulso o el ostinato al cantar lo cual lo llevo a investigar como desde el movimiento sus alumnos conseguían internalizar más fácilmente los elementos musicales (Stevens, 2007).

Schafer (1994) refiere que es a través de la estimulación que se realiza el aprendizaje de la persona, resaltando la importancia de la escucha, de aprender a escuchar los sonidos del medio ambiente. Tenemos que aprender a escuchar. Es este el aporte de Shaeffer para la Musicoterapia en el aula. Para sensibilizar el oído al fantástico mundo sonoro que nos rodea. El escuchar nos lleva a lugares donde no podemos ir, o donde no llega nuestra mirada. Son los oídos son nuestro primer centro sensorial por el cual se recibe información sobre el mundo externo. El sonido nos informa de los objetos de su ubicación y hasta de su significado, por su variable de las características propias, (intensidad, distancia, velocidad)

En la actualidad es el camino pedagógico moderno que nos entrega Delalande (1995) en su obra “La música es un juego de niños” habla de “hacer nacer el deseo”. Sostiene que involucrarse con el lenguaje musical como hacedores no sólo les permitirá comprenderlo y utilizarlo expresivamente, sino también acceder a la apreciación de obras ajenas. “Luego de escuchar su propia música escuchará la de otros” (Delalande 1995, p. 60).

Es en la escuela donde hacer Musicoterapia acompaña la pedagogía musical respondiendo a las necesidades de potenciar al alumno a nivel emocional, cognitivo y social referentes de una comunidad particular (un grupo escolar) con sus particularidades socioculturales desde donde el Musicoterapeuta alimenta sus conocimientos y los transforma para potenciar las capacidades del grupo.

En Musicoterapia, es necesario estimular el juego sonoro musical, la producción simbólica de evocaciones sonoras que el niño espontáneamente introduce en su juego desde su pensamiento, favoreciendo la imaginación y la creatividad. Los objetos incompletos en su calidad de juguetes que representan la realidad en niño los completa desde su mundo interior en la producción sonora que le da realidad.

de Gainza (1998), distingue el educador musical del Musicoterapeuta en el espacio escolar, incluye los procesos terapéuticos dentro de los educativos porque ambos exigen algo más que una relación un vínculo que da impulso a ambos procesos, la distinción parte de la tarea:

- Para el educador es lineal este trasmite conocimientos al niño por aprehender,

- El Musicoterapeuta ofrece un lugar de construcción una posibilidad concreta de realización personal.

La música articula formas que el lenguaje no puede exponer. Las clasificaciones que el lenguaje efectúa automáticamente excluyen muchas relaciones y muchos de esos puntos de apoyo del pensamiento que llamamos “términos”. Precisamente porque la música no tiene la misma terminología y esquema, se presta para manifestar conceptos no científicos. Traducir “el sentimiento más corriente ya sea de amor, lealtad o cólera, en forma clara y distinta” solo sería crear un duplicado de aquello que las denominaciones verbales hacen bastante bien (Langer, 1958 citado en Gaiza, 1998).

Es importante destacar las diferencias que separan la Musicoterapia en el área educativa de la educación musical en sí misma. Según Saurina y Sanchez (2002) sus diferencias son desde su concepto, objetivos aplicación y finalidad.

*Figura3 Diferencias entre Musicoterapia y educación musical*

	<b>Educación Musical</b>	<b>Musicoterapia</b>
Utilización de la Música	Aprendizaje instrumental finalidad	Medidora para producir cambios
Proceso	Cerrado basado en un currículo sistemático, instructivo	Abierto, experiencial, interactivo, sistemático y evolutivo
Contenidos	Temáticos según el currículo	Dinámicos, creados en el proceso
Objetivos	Generalistas	Particulares
Evaluación	Lineal	Valoración inicial, evalúa dinámicamente desde la valoración de los objetivos
Encuadre	Convencional	Especializado
Relación	Profesor/alumno El primero es Motivador quien suministra conocimientos y transmite experiencias	Musicoterapeuta /cliente Alianza terapéutica de ayuda. Los contenidos surgen del cliente

Adaptado de (Saurina, C. y Sanchez, C., 2002)

Estos autores entienden que estas diferencias son la base para poder comprender la Musicoterapia y así valorizar también la educación musical cuando especial para niños con deficiencia o necesidades especiales de educación.

### **2.2.1. Los objetivos en Musicoterapia Educacional**

La función de la Musicoterapia en la acción educativa es la de ayudar al sujeto a adquirir confianza en sí mismo, hacerlo consistente en su capacidad de comunicación principalmente, entre otras.

Como describe Blasco (1999), el aporte de la Musicoterapia en la educación especial se concentra en 4 objetivos principales:

1. Ayuda en el diagnóstico clínico y psicopedagógico: el comportamiento musical de los niños que se expresa con un instrumento musical, o al cantar o bailar; como también los comportamientos que provocan los variados tipos de música o al oír una melodía en particular, son datos de valor diagnóstico en aspectos que no son evaluados en otros test.

2. La música crea una atmósfera afectiva: la Música consigue generar climas que ayudan a entender el entorno de un modo emotivo.

3. Una ayuda a la socialización: a través de la danza

4. Una ayuda a la adquisición de conocimientos: la adquisición de conocimientos académicos resulta facilitado a los niños con retraso mental desde la música.

De esta forma los objetivos que se pretenden serán consensuados con el educador y pretenden apoyar el proceso pedagógico del niño tal como:

- Afianzar las relaciones constructivas en un clima positivo dentro de la organización escolar.
- Desarrollar las capacidades de comunicación e interacción del niño –educador-otros niños.
- Afianzar los conocimientos e las competencias para los adquirir como atención concentración, motivación e interese.

Así lo comprobaron Elefan y Wigram (2005), realizaron un estudio randomizado en niñas con Síndrome de Rett a partir de los 4 años de edad en el que verificaron la capacidad de aprendizaje, los resultados presentaron que conseguían desde la Musicoterapia estar motivadas para el aprendizaje como también adquirir la capacidad

de interacción con el educador necesaria para adquirir conocimientos y mantener la atención durante un lapso considerable de tiempo.

### **2.2.2. El Encuadre de Musicoterapia Educativa**

En el área educativa la Musicoterapia se realiza junto al equipo pedagógico en el espacio escolar, algunos autores se refieren a la Musicoterapia en la escuela como un área, una actividad para los alumnos con necesidades educativas especiales. Paterson (2003) en una investigación cualitativa refiere el lugar del Musicoterapeuta en las escuelas públicas en los Estados Unidos, dado que los profesores de música encontraban respuestas de los niños, con necesidades educativas especiales, muy positivas las cuales precisaban de un terapeuta para ser aprovechadas en su proceso educativo. Señala que ambos profesionales están formados para intervenir y planificar objetivos diferenciados pero que ambos son potencialmente beneficiosos para los alumnos.

Dada el cambio en el paradigma del lugar que la escuela ocupa en la sociedad hoy la escuela deberá ser inclusiva dando respuesta a todos. Así también aclara en una entrevista realizada por Gallegos (2006) a la Musicoterapeuta Judith Jellison en su dupla formación de educadora y Musicoterapeuta Jellison observo las interacciones positivas entre los niños en el jardín infantil con y sin discapacidad. Su experiencia ve que estas son posibles por la capacidad de motivación positiva, como la alegría, que la música nos proporciona. Siendo de esta manera la incorporación de la Musicoterapia en el marco educativo un potencial de natural inclusión.

Ropp, Caldwell, Dixon, Angell y Vogt (2006), realizaron un estudio en los Estados Unidos, para el cual fueron encuestados seiscientos profesores activos con experiencia con niños con discapacidad, este estudio tuvo como objetivo conocer la percepción sobre la Musicoterapia para la aplicación en los futuros programas educativos, llegaron a la conclusión desde sus resultados que es básicamente la experiencia personal y profesional que da conocimiento sobre los potenciales de la Musicoterapia y su posterior implantación dependerá de ello.

El Musicoterapeuta en el medio escolar / pre escolar deberá tener conocimientos a nivel pedagógicos saber formular los objetivos dentro del marco de la legislación escolar. La intervención eficaz de la Musicoterapia dependerá mucho de las cualificaciones del terapeuta como también de su capacidad de inclusión en el equipo de educadores,

siendo parte de sus objetivos el de potenciar ambas las partes de la relación adultos (educadores auxiliares) con el niño, del grupo de alumnos en sí mismo. Para esto también será necesario saber el Musicoterapeuta realizar un feedback con el equipo de educadores en el cual se haga referencia a las actividades realizadas con el grupo de trabajo sin dar un juicio de valor.

### **2.2.3. Técnicas de Musicoterapia Educativa**

Las técnicas más utilizadas en esta área son las activas como audiciones musicales, los viajes musicales, la improvisación y el diálogo musical. La interpretación de canciones, los ejercicios de percusión corporal.

Muchos autores hablan de la Musicoterapia en la escuela como una forma de llegar al alumnado, tanto cuando es portador de una patología grave o cuando se diagnostican problemas en la capacidad de aprendizaje. No es casualidad que al tratarse de una terapia, oriente sus resultados para los cambios a nivel emocional de quien es aplicada, esta situación no es ajena en las técnicas aplicadas en el área educativa. Albornoz (2009) concluyó en su ensayo, que las técnicas de los modelos de Musicoterapia educativa, que tiene como característica el de adaptarse a las necesidades individuales y grupales de los alumnos, obtienen resultados a nivel del auto-conocimiento y facilitan significativamente el proceso educativo, cuando existen dificultades de aprendizaje.

Cantar, tocar y escuchar música fueron las técnicas activas de improvisación, que se utilizaron en una investigación cualitativa y cuantitativa para conocer las preferencias de los niños de culturas diferentes. Yim y Ebbeck (2009) realizaron una investigación en la que participaron un total de 228 niños de entre los cuatro y cinco años, que se realizó en siete centros educativos infantiles de Hong Kong y en la ciudad de Adelaide de Australia. Los autores encontraron puntos de afinidad entre ambas muestras, que a pesar de las diferencias culturales, las preferencias de los niños son las actividades de música y movimiento, siendo estas actividades que tiene mayor impacto en ambos grupos estudiados, las mismas eran señaladas con resultados positivos como facilitador en la comunicación padres e hijos.

### **2.3. Musicoterapia Comunitaria**

Se entiende como Musicoterapia comunitaria aquella que interviene en un marco social con beneficios en los cambio de un grupo como la familia en sus comunicación o forma de relacionamiento. Por este motivo entendemos que en Atención Temprana también se interviene desde esta área cuando se realiza un abordaje en el que el lugar de la familia en su comunidad es el objetivo principal.

Ruud (2004) define la Musicoterapia social o comunitaria como “el uso reflexivo de la Musicoterapia dentro de una perspectiva sistémica” pensando así a la Musicoterapia como un proceso cultural, por el cual tiene “un papel importante a la hora de mejorar la calidad de vida” En un concepto ecológico se centra la atención de la Musicoterapia como la aplicación de la misma en la promoción de la salud en los diferentes estratos socioculturales (Bruscia, 2007). Según Barrenechea (2011) “Una de las características fundamentales de la práctica comunitaria Musicoterapéutica en grupos, es que existe una decisión sociopolítica en cuanto al modelo de salud al que uno aspira” (p.94)

Pellizari y Equipo Icmus (2011) grafican los aportes epistémicos a la Musicoterapia Comunitaria.

El aporte de la Musicoterapia comunitaria nace del conocimiento del cual podemos analizar en las áreas descriptas en la figura nº 4.

-La Perspectiva psicosocial se refiere a la capacidad de conciencia frente a los potenciales de la comunidad para preservar su salud, como la responsabilidad de la familia y la comunidad para su propia protección.

-Epistemología Crítica se entiende que un problema social como una condición que afecta aun colectivo, se considera que los problemas sociales son productos de un proceso de definición colectiva que nacen cuando un grupo de personas considera situaciones sociales como perjudiciales y transmite este malestar a otros sectores.

-Prácticas participativas y en red es el conocimientos de los distintos sectores que conforman la comunidad promueven la conciencia de sí misma y tiene una flexibilidad para sostener las circunstancias de su desarrollo.

Figura 4. Cuadro de los Aportes Epistémicos a la Musicoterapia Comunitaria



Adaptado de Pellizari (2011)

-Atención primaria se considera al estudio por el que se toma conocimiento del trabajo realizado en la interdisciplinaridad por los profesionales de todas las áreas que interviene en la misma comunidad, intersectorial en la que se realizan el desarrollo de la inclusión y los derechos.

-Modos simbólicos es el que hace referencia al conocimiento de la cultura y sus procesos de simbolización y de salud, operando de un modo paliativo en los procesos de construcción subjetiva que se soporta en la experiencia de una estética (Suarez Reyes, 2000 citado por Pellizari, 2011)

-Estética social y de la vida cotidiana: al cual se denomina modo de vida, es de contenido emocional y se expresa en la vida cotidiana de los grupos. Por el que se inicia la caracterización de la estética comunitaria. Que se construye de forma involuntaria e inconsciente. No se entiende por estético “lo Bello” sino aquello que nace de la sensibilidad de la comunidad y se hace en el día a día, como las costumbres;

-Paradigma ecológico y sistémico es aquel que tiene base en el análisis por niveles



Estos aportes se encuentran unidos por su natural implicancia en la vida de las comunidades, en su encuentro e interacción.

Nicholson, Berthelsen, Abad, Williams y Bradley (2010) realizaron una investigación con 2.000 familias Canadienses en que se aplicó Musicoterapia en Atención Temprana para padres marginalizados y sus hijos menores de tres años. El programa denominado Sing & Grow –Cantar y Crecer – tuvo como objetivo el de mejorar y reforzar las relaciones saludables entre padres e hijos y fortalecer una conexión social de confianza mediante la utilización de la música con juegos musicales para mejorar el medioambiente y de esta forma el desarrollo del niño. La evaluación de este proyecto fue realizada en dos partes, en la primera en que examinaron los efectos del proyecto en términos del impacto inmediato, previo y posterior durante tres meses sobre las competencias parentales responsabilidad, desarrollo social y emocional de los niños y sus padres. La segunda parte fueron evaluados los comportamientos sociales de los padres. Como resultados obtuvieron sucesoen1.027 familias. Al iniciar el programa un 43% declaró sufrir de episodio de depresión durante el último año. Los análisis revelaron reducciones significativas en la frecuencia de las interacciones parentales violentas, coercitivas, y en los síntomas de salud mental de los padres, aumentando el compromiso de los padres en realizar actividades educativas en su hogar. Se constató que mejoraron las comunicaciones y habilidades sociales y cognitivas de los niños en el juego, aumentando el valor de la interacción entre padres e hijos, desde la sensibilidad paternal, la aceptación y su compromiso parental.

### **2.3.1. Los Objetivos en Musicoterapia Comunitaria**

Son objetivos de la Musicoterapia Comunitaria desarrollar el bienestar desde momentos de encuentro del hombre como ser social. El Musicoterapeuta comunitario es un agente de cambio que desarrolla sus acciones desde la comunidad y para el desarrollo de la misma. Los objetivos varían según Pellizari y Rodriguez (2005) en cinco niveles de planificación;

- a. Nivel Mundial refiere a las políticas internacionales como convenios, tratados otros;
- b. Nivel de las Instituciones Intermedias, programas proyectos comunitarios como programas no gubernamentales;
- c. Nivel del Profesional de la Salud, primer nivel de interacción con las familias;

d. Nivel de la Familia, sistema de referencia apoyo y control sanitario.

A diferencia de la intervención clínica las acciones comunitarias persiguen los cambios sociales como refiere (Sanchez, 1996 citado en Pellizari y Rodriguez, 2005)

1. Hace referencia a la comunidad local, sus interacciones y elementos compartidos de arraigo territorial.
2. El sentimiento de referencia de arraigo sociocultural;
3. Enfoque positivo, de recursos y potencialidades;
4. El tratamiento de individuos como sujetos activos, de la promoción de iniciativas y participación social;
5. Contextualización de análisis de actividades , la utilización de marcos referenciales culturales de la comunidad;
6. La acción integral, proactiva no sectorial retroactiva y segmentadora.

Como también el apego en un vínculo sano y seguro en la relación de padres e hijos. La investigación cualitativa realizada por Edwards (2011) fue centrado en la musicalidad de las relaciones tempranas, las cuales en un estudio alargado demuestran sus beneficios por el tiempo de cualidad que fue compartido en niños y sus padres desde el nacimiento a los 3 años de edad.

También así y en el mismo año Jacquet (2011) realizo una investigación cualitativa desde entrevistas a Musicoterapeutas que trabajaban con familias cuyos hijos nacieron con una grave patología del desarrollo que potencializaba sus cuidados y posible límite de vida. Esta investigación enfatizo como principales objetivos de la Musicoterapia el de promover una díada saludable desde la participación de los padres en la sesiones de Musicoterapia. En la intervención hospitalar, se incluye al área clínica el componente de una asistencia comunitaria que se adapta a las necesidades de cada familia desde la participación activa de los padres para una mejor aceptación de la grave situación en la que se complementan.

En la Musicoterapia Comunitaria que se realiza en un ámbito hospitalar, se revela como un complemento útil en la participación junto al equipo médico asistencial. La intervención con niños hospitalizados por situaciones de enfermedades graves (cáncer, leucemia, enfermedades cardiacas crónicas) en la cuales deben ser hospitalizados por largos periodos de tiempo, en el cual se produce un aumento del estrés y también una

desorganización de la rutina diaria que aumenta la angustia, se han implementados programas de Musicoterapia con el objetivo de contribuir no solo en la disminución de la ansiedad del niño y su familia, como también en facilitar la adaptación emocional en la fase de dolor. (McDonnell, 1983; Pfaff, Smith y Gowa, 1989; Barrera, Rykov y Doyle, 2002; Hatem, Thamine, Lira y Mattos, 2006)

### **2.3.2. Encuadre Musicoterapia Comunitaria**

Los profesionales que trabajan en Musicoterapia comunitaria reconocen en el aspecto sonoro de la comunidad en su condición de emergente grupal.

La UBAM Unión Brasileira de Asociaciones de Musicoterapia en 2011 describió las funciones del Musicoterapeuta Comunitario:

1. Atender familias grupos e comunidades sobre las perspectivas del abordaje social en Musicoterapia.
2. Conocer las realidades socio-culturales de los sujetos atendidos, recolectando todas las manifestaciones expresivas como legítimas del campo social.
3. Actuar profesionalmente en consonancia con los contextos socio culturales en que se insieren las historias de vida y de atender los usuarios de redes socio asistenciales.
4. Trabajar en interfaces con otros profesionales participando del equipo de profesionales variados, de forma multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar.
5. Actuar en espacios múltiples desde las realidades socioculturales de los sujetos atendidos en la red.
6. Proporcionar una escucha cualificada para recibir y atender a los usuarios en las redes sociales de asistencia.
7. Comprender y utilizar la música como un dispositivo social que proporciona la construcción de socialización y de ampliación de los campos de acción de los sujetos en sus realidades.
8. Comprender y utilizar la música como una construcción situada socioculturalmente y por tanto como un fenómeno a ser problematizado, desnaturalizado y criteriosamente utilizado en la acción Musicoterapéutica.

9. Dinamizar actividades musicales-Musicoterapéutica como dispositivo de acción social para la construcción de lazos de solidaridad, para establecer interacciones positivas y para accionar fuerzas de pertenencia entre los sujetos atendidos.
10. Promover la garantía de derechos la protección la construcción de posibilidades de enfrentar la vulnerabilidad de riesgos sociales por medio de la acción Musicoterapéutica.
11. Promover la construcción de nuevas perspectivas de vida basadas en autoestima, empoderamiento, autonomía, solidaridad, dignidad y ciudadanía por medio de la acción Musicoterapéutica;
12. Proporcionar atención y supervisión a los equipos profesionales
13. Actuar en todos los niveles en los servicios de acción social;
14. Elaborar y/o participar en su elaboración de informes y pareceres técnicos en su tarea de especialidad y en equipo profesional
15. Asesorar, prestar consultoría y/ o crear proyectos y programas sociales.
16. Trabajar dentro de los parámetros del código de ética de la Musicoterapia;
17. Conocer las políticas sociales pertinentes a su trabajo.

### **2.3.3. Técnicas de Musicoterapia Comunitaria**

Como fue explicado en los puntos anteriores la Musicoterapia comunitaria realiza su intervención en grupos pensados desde su propio lugar social, y por este motivo tiene un importante papel en la prevención, es en esta área que la Musicoterapia impulsa la creación de prácticas en confluencia con otros saberes como sociales, sanitarios, educativos recreativos y culturales (Siccardi, 2005). Sus intervenciones surgen de la escucha y de las manifestaciones de necesidad de la comunidad en que el Musicoterapeuta se insiere, Sicardi (2005) distingue desde el nivel macro en que la intervención inicia en la escucha y análisis del discurso sonoro musical , como son las protestas, las manifestaciones, los cantos populares para resolver en la elaboración de aportes, y en el nivel comunitario donde se inicia y centraliza en las intervenciones sonoras musicales participativas en la comunidad que reflejan y proyectan sus necesidades. Las cuales se realizan en el marco de celebración, acciones conjuntas de

solidaridad, encuentros como ferias y jornadas. La misma autora describe dos momentos, definidas por su forma de intervención:

1. de las improvisaciones sonoras y musicales colectivas que se continúan con una reflexión y pueden ser instrumentales, vocales, verbales o del movimientos como la danza. Estas improvisaciones se realizan espontáneamente en círculo desde la disposición espacial de los participantes. Los Musicoterapeutas son proponentes para favorecer la organización.

2. Del canto colectivo de la canción popular, que se puede acompañar por instrumentos.



### **3. Atención Temprana y Musicoterapia**

Este capítulo visa presentar el modelo de programa de Atención Temprana desde sus fundamentos y prácticas. A nivel mundial, la práctica para niños con riesgo en su desarrollo o con discapacidad es cada vez mas reconocida, también así de la intervención en Musicoterapia en esta área específica. El número de niños que presentan necesidades especiales esta en continuo aumento, por motivos de mayor conciencia de los padres, de las necesidades de los niños en la primera infancia, o por la capacidad actual de diagnóstico de los servicios de salud (European Agency for Development in Special Needs Education, 2003).

La Atención Temprana en Europa tiene el desafío principal de formar parte de las políticas para la familia y la infancia, que se encuentran en constante desarrollo, como también el de tocar su atención en los cambios sociales y de establecer continua relación con todos los intervinientes en el área (Ponte, 2004).

Conocer cuáles son sus fundamentos y formas de intervención es necesario para comprender la inclusión de la Musicoterapia en esta área, así también conocer las etapas evolutivas del niño en relación al desarrollo musical, como se expresan y cuando son adquiridas. La naturaleza del trabajo que desempeña la Musicoterapia en el equipo de Atención Temprana debe ser coherente con su filosofía y sus conceptos. En este capítulo describiremos cual es el trayecto que llevo a desencadenar las actuales políticas de Atención Temprana que responde a las necesidades de la familia en la comunidad. Es esta nueva forma de trabajo en red, innovadora, especialmente en la región Alentejo donde se desarrolló esta investigación. Las fases de los procesos exigen una calidad de las repuestas y un dominio específico de trabajo en equipo y de conocimiento en las áreas de salud, educación, derechos de la familia desde una base sistémica bio-psico-social.

### **3.1. Definición y Objetivos de Atención Temprana**

En la Declaración de los Derechos del Niño, de 1959, en el que se hace referencia a la respuesta especializada hacia los niños que nacen en condiciones desfavorecidas con riesgo biosocial, de familias marginalizadas o carenciadas. Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”. (p.141)

Y en los principios de la misma

#### Principio 4

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

#### Principio 5

“El niño física y mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiere su caso particular”.

#### Principio 6

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole (Declaración de los Derechos del Niño, 1959 p.142)



En los años 60 en los Estados Unidos de América nacen los primeros programas dirigidos a los niños y sus familias considerados carenciados, uno de los más destacados fue el programa “Head Start” que tiene como co fundador del mismo a Urie Bronfenbrenner. Este programa implementado en 1965 tiene como misión ofrecer servicios globales y preventivos de educación, nutrición, salud y de trabajo social por profesionales altamente calificados promoviendo el desarrollo y bienestar integral de niños de 3 a 5 años incluyendo a niños con necesidades especiales, sus familias y comunidades. Se realiza a través del juego, promoviendo un ambiente saludable y seguro para el niño que se propone estimular el desarrollo integral, utiliza una guía Currículo de Aprendizaje Activo High Scope. Este sistema creado por Weikart en los años 60 que promueve el aprendizaje activo que nace de ellos mismo, para la reestructuración cognitiva. Este programa fundamentalmente se realiza a través del juego, canciones, excursiones, drama, cuentos, trabajos creativos, integración social, día familiar. (Weikart, 1996)

Se entiende que los postulados de Bronfenbrenner (1979) suponen los constructos teóricos que subyacen a la intervención temprana contemporánea (Odom y Kaiser, 1997). El modelo ecológico de Bronfenbrenner supone que, como mínimo, se tengan en cuenta los apoyos sociales que los padres dispongan, sus necesidades, e incluso sus tradiciones culturales. Actualmente estos aspectos son de fundamental importancia en los programas de Atención Temprana ya que influyen claramente en los patrones de interacción de los padres con sus hijos y, por lo tanto, en su desarrollo.

El sistema ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1979) es dinámico y considera que los procesos que influyen en el desarrollo son continuos e interactivos. Las características multivariadas, multisistémicas y dinámicas de este modelo son útiles para comprender las complejas influencias que configuran el desarrollo. Sin embargo, a pesar de su complejidad, el modelo no especifica los mecanismos exactos a través de los cuales los múltiples factores influyen interactivamente en el desarrollo. Así, aunque el modelo proporciona un marco general para la intervención, la especificación de intervenciones ecológicas dirigidas a todos los niveles de los sistemas interactivos, ha promovido desafíos interesantes. En los últimos años han sido creados programas conductuales desde los principios ecológicos con el análisis conductual aplicado, en un

modelo pragmático (Barnett, Lentz, Bauer, Macmann, Stollar y Ehrhardt, 1997) (Brown, Odom, Li y Zercher, 1999).

Los programas de Atención Temprana son mucho más que una respuesta precoz a las necesidades de un niño portador de discapacidad o que se encuentra en una situación que pone en riesgo su desarrollo saludable a nivel físico, emocional y social junto a su familia. Actualmente es un complejo sistema de servicios, que se articula para responder al desarrollo de un núcleo familiar y de capacitarlo para su mejor inclusión social.

En un principio la base inicial de la intervención temprana tuvo su foco en los niños con discapacidad, en beneficiar la plasticidad cerebral, única en los primeros años de vida, y así activar el sistema nervioso central, de esta forma disminuido las secuelas de la patología. Inicialmente también hubo una diversidad de terminología que se remitía a sus diferentes enfoques conceptuales. Los términos estimulación precoz, estimulación temprana, intervención temprana y Atención Temprana particularmente cada uno de ellos deja implícito los objetivos que pretende. Precoz se refiere a lo que sucede con antelación, se pretende estar antes de los acontecimientos, ya el término de Atención Temprana<sup>2</sup>, hace referencia a un desarrollo en un período determinado de la vida al que deberá darse un especial interés. Es pertinente clarificar que el término “Temprana” es restringido muchas veces para referenciar los programas de estimulación que tienen como objetivo el de rehabilitar o compensar alteraciones en los niños con discapacidad y otras veces hace referencia a los programas que intervienen en niños con inmadurez en las etapas del desarrollo. Se utiliza en este estudio el término Atención Temprana en su expresión del significado de “temprano” que se refiere a los primeros años de vida. En Portugal se denomina Intervención Precoz, en España Atención Temprana, “Early Childhood Intervention” en los países de habla inglesa como señala European Agency for Development in Special Needs Education (2005).

---

<sup>2</sup>Utiliza Mos el término en español durante todo el estudio, porque considera Mos que refleja más clara mente el concepto.

Esta misma Agencia, en el trienio 2003 a 2005, con el apoyo de la Unión Europea, desarrollo un proyecto de investigación con el objetivo de analizar en profundidad la situación de la Atención Temprana en diecinueve países de la unión Europea, destacaron en que campo se realizan la implementación de los tres modelos de base ecológico-sistémico:

- a) Modelo de gestión descentralizada con servicios y recursos fuertes en la intervención primaria, definido en los países nórdicos.
- b) Modelo de servicios especializados de apoyo integrado en el servicio social, en países como Francia y Alemania.
- c) Modelo de coordinación inter-servicios implementado en Portugal

Si bien estos programas se diferencian principalmente por la legislación de cada país, que determina los recursos de financiamiento y constitución de las equipos de intervención directa, tiene en común todos ellos el de considerar el núcleo familiar como base fundamental para proporcionar al niño un ambiente enriquecido y afectuoso que favorezca desde experiencias saludables su desarrollo.

Se entiende por atención temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones que deben considerar la globalidad del niño han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. Libro Blanco de la Atención Temprana (2000 p. 13)

La Atención Temprana tiene dos principios fundamentales:

1 La Inmadurez de Sistema Nervioso Central-Todos los seres humanos nacen con un proceso madurativo inconcluso, los recién nacidos tienen una capacidad de plasticidad cerebral que favorece sus desarrollo evolutivo. Se considera la existencia de un período más sensible desde las 32 semanas de edad gestacional a los 24 meses de nacimiento. La Atención Temprana tiene en cuenta que;

1. El sistema nervioso central es más flexible para su maduración por lo cual los niños entre los 0 a los 6 años que se beneficien de una intervención durante esta etapa, tendrá mejores efectos por maximizar las potencialidades.

2. La influencia del ambiente en el desarrollo del niño, dependiendo de las características del ambiente social y de las condiciones físicas, que van a contribuir en el desarrollo del niño.

La Atención Temprana se fundamenta en las bases teóricas de la psicológica y del desarrollo:

- Plasticidad Cerebral, por lo que la Atención Temprana es importante en el tiempo oportuno.

- Relación madre-bebe para el fortalecimiento del vínculo en la primera etapa de la vida.

- Perspectiva ecológica y sistémica, que enfatiza la importancia de los factores del medio ambiente en el que se desarrolla el niño, así como los aspectos transaccionales de la vida familiar.

Con base en 3 principios;

1. Principio de la globalidad en la medida que encara al niño como un todo, por el que es necesario recibir un apoyo integral.

2. Las acciones que se realizan en los diferentes dominios deben ser conjugadas e integradas.

3. Principio de contexto, el niño es entendido dentro de su contexto de vida, no solo el contexto familiar sino que también su contexto social y cultural (Franco, 2007).

La perspectiva actual de Atención Temprana realza como misión la intervención en que todos los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos, reciban atención siguiendo un modelo que considera los aspectos biopsicosociales, todos aquellos que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su autonomía personal y su integración en el medio familiar, escolar y social.

Según Milla (2003) tiene por objetivos:

- Reducir los efectos de las discapacidades sobre el conjunto global del desarrollo del niño;
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño;
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y de adaptación a necesidades específicas;
- Evitar o reducir la aparición defectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo;
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y del entorno en el que vive el niño;
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

La Agencia Ejecutiva en el Ámbito Educativo, Audiovisual y Cultural (2009) de la Comisión Europea, disponibilizó los datos de diferentes estudios sobre programas de Atención Temprana, resumidos en una serie de estudios y meta-análisis estadísticos recientes, sugieren que el enfoque educativo más eficaz de todos es aquel que se desarrolla en los centros escolares y que incluye actividades destinadas a implicar, formar y apoyar a los padres.

Considerando como efectivos aquellos programas combinados en que se realizan y desarrollan bajo supervisión científica, con financiación suficiente para proveer educación y atención en grupos reducidos. Estos programas proporcionan una educación temprana intensiva en los centros, enfocada al desarrollo del niño, junto con una fuerte implicación y formación de los padres, así como con actividades educativas programadas en el hogar y con medidas de apoyo a las familias. Programas como: el proyecto de desarrollo infantil Perry (High/Scope Perry Pre-school Project), el proyecto de investigación y desarrollo familiar de Siracusa (Syracuse Family Development Research Project), el proyecto para el bienestar infantil de Yale (Yale Child Welfare Project), el Proyecto Abecedario (Abecedarian Project), el proyecto CARE (Project CARE), el programa de desarrollo y salud infantil (Infant Health and Development Program), el programa de centros para niños y padres de Chicago (Chicago Child-Parent Centres Programme), y el programa de desarrollo temprano (Early Enrichment Programme) en Turquía, entre otros estudios mundiales.

Proviene de Estados Unidos de América la mayoría de las investigaciones publicadas. En Europa los datos proceden de la evaluación que compara los resultados a corto o medio plazo de estos programas combinados con otros modelos llegan paralelamente a las mismas conclusiones (Barnett, 1995; Blok, Fukkink, Gebhardt, Leseman, 2005; Gorey, 2001; Yoshikawa, 1994). Se reconocen como efectos de los programas combinados sobre el cociente intelectual y el rendimiento escolar como los más significativos y duraderos. También estos programas inciden en los efectos positivos sobre las medidas de desarrollo socio-afectivo (autoestima, actitud frente al trabajo, socialización), además de tener en consideración el plano social y socioeconómico, lo que consecuentemente favorece el descenso de la delincuencia, una menor necesidad de atención médica y asistencia social, mayores tasas de empleo y un incremento en los niveles de ingresos.

### **3.2. Atención Temprana en Europa y Portugal**

Los cambios sociales y económicos que se sucedieron en el último siglo, como las ciencias en el área del desarrollo humano, son factores determinantes para que se crearan respuestas de apoyo y tratamiento para la atención temprana en los niños en riesgo de retraso del desarrollo y con discapacidad. Ya que se piensa el desarrollo infantil como un proceso dinámico y complejo, soportado desde las teorías de la evolución biológica, psicológica y social. Al considerar los primeros años de vida como una etapa fundamental la formación de las habilidades cognitivas, motrices, perceptivas lingüísticas y de socialización.

Simeonsson (2000) verificó el crecimiento sobre la conciencia universal sobre los primeros años de vida, como una etapa determinante para la promoción y el crecimiento físico, mental y psicológico que previene las incapacidades y sus condiciones secundarias.

Así los programas europeos que iniciaron en principios de siglo XXI hoy son un área de investigación y de teorización con objetivos claros en la prevención y disminución de los retrasos del desarrollo y discapacidad en la primera infancia.

Los servicios son variables según los diferentes países aunque poseen características en común:

-El niño y su familia como cliente.

-Reconoce la necesidad de intervención específica.

-Abordaje interdisciplinar y de organización entre servicios,

-Reconoce las preferencias de la familia por los servicios y apoyos (Bailey Jr, McWilliam, Darkes, Hebbeler, Simeonsson, Spikery y Wagner, 1998).

Uno de los primeros países a crear un programa de respuesta a los niños con discapacidad fue en los años 80 el Reino Unido que desarrolla iniciativas relacionadas con la intervención precoz. Estas iniciativas focalizadas en los niños comienzan a sentir la necesidad de crear un programa teniendo en cuenta a los padres, que reconoce un apoyo paralelo de calidad hacia la familia (Carpenter y Russell, 2005). Los grupos de apoyo para padres con niños discapacitados y los programas para familias desfavorecidas o que están en peligro de comprometer el desarrollo saludable de los menores son los inicios de los programas de Atención Temprana. Así se busca responder a las necesidades de una intervención de confianza, competente y en condiciones económicas para estos grupos de padres. Teniendo en cuenta la educación del niño y su familia como un núcleo social. Según Carpenter (2007) se crean equipos con un conjunto de intervenciones que acompañan a las familias desfavorecidas o en desventajas socio-culturales para ayudarlos a promover sus competencias parentales. Más tarde centran su foco principal en los niños con discapacidad en las que interviene también con sus padres, pero ejercen un papel educativo de enseñanza estructurada o de apoyos terapéuticos de rehabilitación. Fueron creadas en 2004 las primeras áreas de coordinación para las necesidades educativas especiales que tuvieron como principal objetivo el de contruir redes entre los servicios de educación, acción social, salud y de voluntariado. Dirigido a los niños a partir de los 3 años de edad, esta red de servicios identifica el apoyo apropiado desde el nacimiento hasta la edad escolar de los niños con discapacidad o no y su familia. Carpenter y Rusell (2005) señalan la importancia de que en el Reino Unido se realiza una identificación atempa da a través del código de práctica de las necesidades educativas especiales que promueven un continuo de intervenciones durante los primeros años de vida.

En 2003 y 2004 la agencia Europea para el Desarrollo de las Necesidades Educativas Especiales puso en marcha un proyecto de investigación para analizar en profundidad la

Atención Temprana en 19 países de la Unión Europea, este estudio de campo se centro en la aplicación del modelo ecológico-sistémico.

1- El modelo de una gestión descentralizada, definido por los países nórdicos cuenta con servicios y recursos fuertes en Atención Temprana.

2-El modelo de servicios especializados de apoyo integrados en os servicios sociales, fue definido principalmente en Francia y Alemania.

3- El modelo de coordinación interservicios implementada en Portugal.

Dimova (2005) realizo un estudio sobre los sistemas de intervención precoz en Europa, donde señala como discusión la formación y calidad de estos servicios. Desde este estudio se concluyo que:

- a. La creación de los sistemas de Atención Temprana en los países de la UE existe con diferencias de organización de los mismos.
- b. Es necesario haber una mayor presión a nivel económico para estos programas sociales y es necesario evaluar los resultados de los mismos.
- c. Debe existir un cambio progresivo en el papel que realizan los profesionales técnicos, ya que es este papel, efectuado desde el modelo de consumidor-servicio exige resultados de calidad.

Actualmente los servicios de Atención Temprana en Europa son muy diversos. Así en los países Nórdicos poseen bases legislativas importantes de educación precoz que fueron publicadas en Suecia y en Noruega al finalizar la década del '90, las mismas fueron implementadas desde 2004 en Dinamarca y Finlandia donde actualmente se encuentra bien establecido el sistema, siendo su guía central los derechos del menor.

La mayor diferencia entre este modelo nórdico y otros países de la unión europea, se ven reflejados en sus políticas sociales. Jensen (2009) investigo que la situación en los países Nórdicos es de crecimiento en el área de identificación de los grupos de niños que requieren necesidades específicas o discapacidad, también invistieron en la formación de los profesionales educadores infantiles y en los métodos de evaluación para las buenas prácticas. Señala este autor que es necesario continuar a invertir en la investigación en Atención Temprana, pues este sistema todavía no es garantía total de resultados en las mismas oportunidades sociales e intelectuales de todos los niños. En



estos países la Atención Temprana se realiza en los contextos de vida de los niños, son responsables por los equipos los gobiernos de poder local como los municipios, que dan respuesta a los niños con discapacidad, necesidades especiales o en riesgo social desde el nacimiento hasta la entrada en la escuela básica. Se entiende que es la comunidad responsable por el bienestar de los niños y sus familias, que ejerce desde el sistema de servicios para la salud de los niños, servicios sociales y de educación. Es responsabilidad de la comunidad el de realizar una intervención especializada en los jardines infantiles para los niños con necesidades especiales a través de los centros de habilitación infantiles. Como también de crear un ambiente saludable para el niño y su familia, por lo cual estas intervenciones cuentan con supervisiones, consultaría y formación continua para los profesionales de estos servicios.

En Austria la Atención Temprana se realiza con un límite de tiempo, anual o bianual, focalizado en la respuesta específica para los niños en peligro de deterioro por factores biológicos o sociales. Estos programas son gratuitos y se realizan desde unos servicios descentralizados por organizaciones no gubernamentales. Los niños son integrados después de realizado un diagnóstico clínico médico o psicológico en la que se solicita la colaboración de los padres. En el sistema austriaco se realizan pasos que incluyen ; primer contacto, vinculación, evaluación o diagnóstico, trabajo orientado por metas, reflexión y evaluación final. Este modelo tiene sus bases en el trabajo conjunto entre profesionales y padres. Estos profesionales técnicos incluyen en este modelo la necesidad de una comunicación fluida, competencias parentales para el cuidado del niño, definir en conjunto objetivos y funciones. Según Pretis (2005) el modelo de prestación de servicios define a la Atención Temprana como un proceso interactivo, abierto que busca responder a las necesidades individuales, pero que requiere una estructura que permita mejorar la transparencia y la cooperación entre los intervinientes.

En Alemania existe actualmente un sistema en red en la cual los centros de Atención Temprana en la infancia dan un apoyo centrado en la familia para niños con riesgo en su desarrollo. Distinguen desde su legislación dos intervenciones de equipos multidisciplinares pero diferenciadas regionalmente;

- a. Los centros interdisciplinares que responden a nivel local.
- b. Los centros socio pediátricos que son una respuesta de nivel regional.

La ley alemana de rehabilitación del 2001 y en el decreto ley de Atención Temprana en 2003 fueron las normativas legales que determinaron el ejercicio en estos equipos específicos de atención a la primera infancia. En los centros socio- pediátricos centran su intervención en el diagnóstico clínico a través del apoyo a largo plazo que se realizan en el mismo centro y no en el medio natural del niño y su familia. Por este motivo. Según Sohn, Hartung y Camargo (2010) los profesionales de estos centros no consiguen evaluar el factor de impacto. A diferencia de los centros interdisciplinarios, si realizan apoyo domiciliario o en el espacio educativo que frecuenta el niño. Esta red es un servicio gratuito de responsabilidad de la administración del gobierno local a lo que se refiere al apoyo pedagógico, sin embargo la financiación de los técnicos especializados es responsabilidad de los seguros de salud establecidos por acuerdos con estas compañías.

En Bélgica el apoyo a los niños con discapacidad desde su nacimiento hasta la edad de 8 años con apoyos terapéuticos y educativos domiciliarios. Los estudios realizados por Detraus y Thirion (2010), describen desde los padres esta intervención como positiva, ya que satisface sus necesidades, aunque algunos requieren mayor y adecuada información. El sistema Belga tiene como base un plano individual conforme objetivos, estrategias, metas servicios y evaluación en los que son respetados los hábitos socioculturales de los padres. Buscan capacitar la familia como un todo pero no responden con apoyos terapéuticos, sino que estos técnicos actúan como mediadores que facultan a la familia de capacidades para encontrar estos apoyos en los hospitales o centros privados especializados. Dan a la familia apoyo educativo y social a los padres, promoción de la prevención y desarrollo de acciones de base comunitaria. Tienen como objetivos realizar campañas de divulgación, formación profesional y formación de la comunidad en general. Desde un abordaje de equipo transdisciplinar donde es la familia que decide si el apoyo es realizado en domicilio o no, se establece un plano de formación bianual para alcanzar los objetivos propuestos en un contexto de intervención dinámica del servicio. La organización de los servicios es variable según las regiones, son creados por organizaciones no gubernamentales que son subsidiadas por el gobierno nacional, siendo que las familias deben pagar por el servicio recibido.

Podemos observar a pesar de las evidentes diferencias de país para país que si hay principios básicos como;

- La supervisión y monitorización de las prácticas de Atención Temprana,
- Niveles de coordinación,
- Relevancia de la evaluación de los factores de riesgo,
- El foco de intervención con base en la red de recursos de cada comunidad,
- La accesibilidad a la información de los servicios,
- La implantación de programas de prevención primaria

La Atención Temprana en Portugal se fundamenta en las bases internacionales acompañando la historia de los cambios conceptuales de la familia, el niño y la discapacidad.

Si bien las respuestas para los niños con discapacidad comenzaron a estructurarse en los años 60 desde un modelo médico ligados directamente a los servicios de salud realizado por equipos de enfermeras en apoyo domiciliario apoyaban niños con necesidades especiales durante los primeros años de vida inicialmente en un programa dirigido a niños ciegos. En los años 70 se crean los equipos de orientación domiciliaria que financiados por el ministerio de asuntos sociales son construidos por educadoras especializadas. Fue durante esta década que comienza a actuar la división de educación especial sobre la tutela del Ministerio de Educación fundada por iniciativa de padres y profesionales de las cooperativas de rehabilitación de niños discapacitados. Estos movimientos asociativos dieron el impulso fundamental para que en Portugal se desarrollaran los programas que darían apoyo sustancial a la primera infancia y alas respuestas de inclusión que hoy se desempeñan.

Más tarde en los años 80 se crean en Portugal, las primeras respuestas educativas desde una perspectiva de rehabilitación en diferentes instituciones. Fue precursor desde su perspectiva y práctica de intervención precoz en Portugal el Proyecto Integrado de Intervención Precoz de Coímbra-PIIP- en el cual se realizó un trabajo en conjunto coordinados por el Hospital Pediátrico de Coímbra y con la Asociación de padres y Amigos del Ciudadano con Discapacidad Mental APPACDM que iniciaron la búsqueda de una metodología que respondiese a las necesidades del niño y su familia (Franco y Apolonio, 2008). Todavía sin una legislación ni estructura en los servicios para realizar

la actividad, se realizaban principalmente centrados en el niño utilizando los métodos de la educación especial en niños discapacitados en edad escolar (Boavida y Borges, 1994).

El concepto consistente de estimulación precoz motivó programas de respuestas desde que comienza el primer proyecto de Atención Temprana en Portugal a partir del Despacho conjunto del año 99 en el que se inicia un proceso hacia un programa ecológico, mejor estructurado en una perspectiva de intervención centrada en la familia.

El despacho conjunto nº 891/99 del 19 de Octubre del Diario de la República de Portugal que regula la implementación de las prácticas de Atención Temprana en Portugal la define como;

Una medida de apoio integrado centrada na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e habilitativa, designada Mente do âmbito de educação, saúde e acção social, que permite assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com, deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento, potenciar as interacções familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência. (Diário da República, 1999 p.15.266)

Esta primera legislación que define las orientaciones reguladoras de la Atención Temprana para niños con discapacidad o en riesgo grave de atraso en su desarrollo y a su familia. Dependía de los Ministerios de Educación, de Salud, del Trabajo y Solidaridad Social.

A nivel nacional se regula así la Atención Temprana, estas medidas de apoyo integradas, centradas en el niño y su familia, que visa realizar acciones de naturaleza preventivas y de rehabilitación, tiene como principales objetivos:

- Crear condiciones facilitadoras para el desarrollo infantil, que disminuyan los problemas causado por discapacidad o atraso del desarrollo como también el de prevenir eventuales secuelas,
- Reforzar las competencias de interacción niño/familia, informar sobre la problemática que se sucede u optimizar sus capacidades y competencias,

- Participación de la comunidad en el proceso de intervención, de forma continua y articulada. De esta forma rentabilizar los recursos y las redes de soporte social.

Este normativo legal estableció en sus orientaciones reguladoras que;

Se destinaba a los niños de los 0 a los 6 años de edad, especialmente en los 3 primeros años de vida que presentaran discapacidad o riesgo de retraso en su desarrollo (punto 3.1)

La intervención precoz implica un conocimiento cultural de los agentes activos, los cuales reconocen que las necesidades de estos niños solo pueden ser debidamente evaluadas e interpretadas en su contexto familiar y social (punto 4.1)

La selección de los casos para este apoyo es realizada por los equipos de intervención directa de acuerdo con los criterios de selección que son definidos por los equipos de coordinación (punto 7.2)

Los equipos de intervención directa, actúan en una zona de distrito y pueden siempre que se justifique englobar varias zonas o consejos a ser definidos por referencia a una zona de municipio. (punto 9.2)

Los Equipos de intervención directa, en acuerdo con las familias de los niños elaboran, ejecutan y evalúan el plano individual de intervención (punto 9.3.2)

Fueron a nivel nacional constituidas equipos de intervención directa constituidas por educadores, psicólogos, técnicos de servicio social, médicos y enfermeros. Los cuales dependían de una coordinación distrital en que cada ministerio se encontraba representado. Fueron celebrados acuerdos de cooperación entre las entidades intervinientes, según la fundamentación de necesidades para sostener los encargos de recursos humanos según las áreas geográficas en las que actuaban, el número de niños/familias a las que se daría respuesta. La Atención Temprana ha crecido en los últimos años aumentando su respuesta no solo a los niños con discapacidad e problemas del desarrollo psicomotor sino también a todos los que se encuentren en situación de riesgo psicosocial. Siendo su eje de funcionamiento una respuesta global frente a las necesidades de las familias (Franco, Martins y Cardoso, 2000)

Según Pimentel (2004) es fundamental definir los criterios de selección de los niños y las familias, por los cuales se determinaran los procedimientos específicos necesarios para la evaluación/intervención que reflejen el compromiso de la familia en todo el proceso. La definición de estos criterios da la posibilidad de tomar decisiones en lo que se refiere a las políticas de intervención sobre la prevención primaria y secundaria.

Criterios de elegibilidad:

Criterio de selección: Alteración en las funciones o estructuras del cuerpo.

Atraso del desarrollo sin etiología conocida.

Atraso del desarrollo por condiciones específicas.

Criterio de Selección. Riesgo grave de atraso del desarrollo.

2.1. Niños expuestos a factores de riesgo biológico.

2.2. Niños expuestos a factores de riesgo ambiental.

2.2.1. Factores de riesgo parentales.

2.2.2. Factores de riesgo contextuales.

Se consideran elegibles a los niños entre los 0 a los 6 años de edad con perturbaciones del desarrollo o con alteración en el mismo, como también aquellas en las que se observa un riesgo. Se consideran situaciones de riesgo aquellas circunstancias de privación ambiental, como en las que la capacidad del niño está comprometida, o en las que se denomina factores de riesgo biológico (como en los casos de niños prematuros) o factores de riesgo recurrentes de condiciones medicas específicas o síndromes (Apolonio, Rubin, Castilho y Franco, 2000). Como refiere Franco (2007) el concepto actual de Atención Temprana es más extenso, que puede ser definido como un conjunto de intervenciones dirigidas al niño hasta los 6 años de edad, con problemas en su desarrollo o con riesgo de los adquirir, a su familia en su contexto, que tiene por objetivo responder lo más temprano posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan.

Los programas de Atención Temprana en Portugal dan un servicio integral adecuado a las necesidades de las familias y de los niños, promueve un modelo de trabajo en equipos transdisciplinar. Tiene como prioridad la creación de lazos de cooperación que den como resultado una mejor respuesta al niño y el apoyo necesario a su familia. La regulación de estas redes nace también de su marco legal en que se envuelven los ministerios de Educación y Salud simultáneamente.

En consecuencia a la Convención de las Naciones Unidas de los Derechos del Niño surge una actualización en el marco legal y se crea el Sistema Nacional de Intervención Precoz en la Infancia –SNIPI-

La última actualización de la ley portuguesa según el decreto ley nº 281 de 2009 en el artículo la define como<sup>3º</sup>

A Intervenção Precoce na infância- IPI- O conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social” “Risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo” qualquer risco de alteração ou alteração, que limite o normal desenvolvimento da criança é a sua participação, tendo em conta o referenciais de desenvolvimentos próprios, consoante a idade e o contexto social” “Risco grave de atraso do desenvolvimento” a verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso do desenvolvimento da criança (Diario da Republica, 2009 p. 7.299)

Este Sistema SNIPI tiene como principal función el de articular todas las estructuras representadas por los ministerio de trabajo y solidaridad social de la salud, educación en colaboración directa con las familias dependiendo en su organización de una comisión nacional, subcomisiones regionales y equipos locales de intervención –ELI- Núcleos de supervisión y acompañamiento técnico en cada distrito.

Esta alteración trae sobretodo una consideración sobre las diferencias referidas a los destinatarios, que sobre la misma fase etaria de la anterior ley, pero con distinción por las alteraciones en las funciones o estructuras del cuerpo que limiten la participación en

las actividades típicas para la respectiva edad, contexto social o con riesgo grave de retraso del desarrollo como de sus familias.

Tiene por objetivos:

- Proteger los derechos de los niños y asegurar el desarrollo de sus capacidades;
- Detectar y señalar todos los niños en riesgo de alteraciones o con alteraciones en las funciones o estructuras físicas o en riesgo grave de retraso del desarrollo;
- Intervenir posteriormente a la detección en función de las necesidades del contexto familiar de cada niño, con intención de prevenir o reducir los riesgos de retraso de su desarrollo;
- Apoyar las familiar en el acceso a los recursos del sistema de seguridad social, de la salud y de educación; y
- Crear los mecanismos de articulación para que la red de recursos sociales den respuesta adecuada en la red de la comunidad.

### **3.3. Principios de la Musicoterapia en Atención Temprana**

En Atención Temprana el Musicoterapeuta realiza una intervención con el niño y su familia visando colaborar y favorecer el proceso de las etapas evolutivas desde las actividades lúdicas sonoro-musicales, que comprenden:

- Actividades de estimulación sonora y visual.
- Actividades de ritmo y movimiento
- Actividades de melodía y movimiento
- Actividades de proyección vocal y respiración (Lazo, 1998)

La Musicoterapia realza la importancia de la historia sonoro-musical de la familia y del medio socio cultural, considerando que, en las respuestas emocionales, los aspectos psicológicos que interactúan con los aspectos neurológicos, las investigaciones enfatizan el aspecto individual específico de la historia de cada individuo, por lo que la



respuesta emocional al estímulo sonoro-musical depende de las variables culturales y de la historia de vida del sujeto Benenzon (1998).

Son objetivos principales de la Atención Temprana el de dar repuesta a todos los niños que presenten cualquier tipo de trastorno o alteración de su desarrollo, físico, psíquico o sensorial, o que se considere que están a vivir en una situación de riesgo social.

Intervenir junto de la familia y en el tiempo adecuado son objetivos propios de la atención temprana así se propone:

- crear condiciones que faciliten el desarrollo infantil,
- reducir los efectos causados por una discapacidad o déficit sobre el desarrollo global del niño, prevenir secuelas.
- Optimizar en la medida de lo posible las competencias familiares y de la comunidad.

Considerando siempre al niño y su núcleo familiar como sujetos activos en la propia intervención

En sus estudios sobre disturbios y perturbaciones Koelsch (2009) señala la importancia de un tratamiento precoz, para la prevención, coincidiendo con la perspectiva de la Atención Temprana. De que cuanto más temprano se comienza y cuanto mejor calidad, más eficaz será la intervención (Bairrão y Almeida, 2003).

Como describe Soria-Urios et al. (2011) hay cinco factores que contribuyen para la Musicoterapia ser benéfica e eficaz en atención temprana:

- Modulación atencional o factor atencional: utiliza la capacidad que tiene la música de captar nuestra atención, de una forma más potente que otros estímulos sensitivos.
- Modulación emocional o factor emocional: utiliza la capacidad de la música para modular emociones y d provocar en nosotros respuestas emocionales, implicando áreas corticales y subcorticales.
- Modulación Cognitiva y factor cognitivo: como unidad neurocognitiva la música posee funciones cognitivas para su procesamiento. Este factor implica la memoria asociada a la música (codificación, almacenamiento y recuperación).

-Modulación conductual o factor motor-conductual: la capacidad de la música en evocar patrones de movimiento incluso de manera inconsciente. Implica también la utilización del ritmo en la rehabilitación de pacientes con daño cerebral y patologías motoras.

-Modulación Comunicativa o factor interpersonal: La música es comunicación y puede utilizarse para entrenar habilidades de comunicación no verbal.

Así también Koelsch (2009) Refiere tres dominios en los que la Musicoterapia ofrece resultados:

Emoción: los efectos claros sobre las estructuras límbicas, como también sobre el sistema nervioso vegetativo, el sistema hormonal y el sistema inmune.

Acción percepción: se han comprobado mediante estudios que la percepción musical no solo activa el área auditiva, sino que también las aéreas motoras, favoreciendo el aprendizaje de acciones y la capacidad de comprensión.

Cognición social: la música activa redes dentro del paradigma de la teoría de la Mente: corteza frontal antero medial, surco temporal superior bilateral y ambos temporales

Siendo que este último punto III. Koelsch (2009) concluyo que todavía se carecen de estudio suficientes metodológicamente bien estructurados que puedan demostrar la efectividad desde la Musicoterapia.

La práctica de la Musicoterapia así se fundamenta en Atención Temprana desde su amplia capacidad de estimular las áreas psicomotoras, perceptivo-cognitivas, principalmente influye en el área en la comunicación/ relación padres-hijos y socioemocionales.

En Atención Temprana se considera de imprescindible el abordaje centrado en la familia, porque este es el contexto real y principal del niño y es la familia la principal protagonista como promotor do desarrollos del niño. (Pereira, 2009)

Trabajar con el niño implica trabajar con su familia, los objetivos son pensados y sentidos como una necesidad para el núcleo familiar solo así tiene sentido en el actual modelo de Atención Temprana. Es necesario que la familia se observe como un sistema

en el cual se reconoce a cada miembro con sus necesidades y su forma de comunicación.

Los padres son quienes marcan las prioridades, los técnicos de Atención Temprana, deben escuchar y dar las informaciones adecuadas para que los padres consigan tomar decisiones.

Los programas actuales de Atención Temprana engloban una diversidad de servicios con la finalidad de prevenir y mejorar el cuadro de discapacidad como desorden de las adquisiciones del desarrollo, competencias de la comunicación y el lenguaje, competencias de locomoción, de la autonomía personal social.

Del Olmo (2005) refiere que la música tiene la función de mediador semiótico entre los niños en la primera infancia y los adultos. Así cuando las expresiones primarias (ira, alegría, miedo, disgusto sorpresa etc.) la música puede ayudar a entender lo que pasa en ese estado emocional. Dado que los efectos de la música están ligados a los estados de motivación, emoción y perceptivos del oyente.

Shoemark (2006) realizó una investigación en Musicoterapia activa en cuidados neonatales, de cómo los bebés responden la voz cantada de los padres, dada su plasticidad cerebral y teniendo en cuenta que los cuidados de terapia intensiva neonatal son agresivos medicamentosa y físicamente, con lo cual los bebés y sus padres tienen un elevado estado de stress que según los resultados de esta investigación pudieron ser autorregulado desde la Musicoterapia activa. Coinciden así con los resultados obtenidos en la investigación realizada por Olmo (2005) y Edwards (2011) en que la práctica de Musicoterapia promueve las conductas de apego, esenciales para el desarrollo del niño en los primeros seis años de vida, ambos autores distinguen el lugar de la voz del adulto en relación a las vocalizaciones sonoras que el niño produce con intención de comunicar y expresar sus sensaciones. Trolldalen (2009) describe cuatro áreas que son potenciales en la práctica de la Musicoterapia en Atención Temprana:

-Del intercambio emocional madres-hijo “reconocimiento”

- Capacidad de desenvolver el juego social y que responde a la identidad del ser.

-Regulación mutua entra la atención entre madre-hijo

- Competencias de las habilidades de interacción.

Es en su investigación en un centro de atención de niños entre los dos y cuatro años que concluyó que la Musicoterapia facilitaba el desarrollo positivo en el reconocimiento mutuo esencialmente.

La Musicoterapia en Atención Temprana comprende una unión transversal de las tres áreas educativa, clínica y comunitaria porque sus actividades están centradas en el niño, su familia y en un equipo de trabajo clínico pero que pretende y realiza trabajo para la comunidad, por lo que traslada su intervención a ser preventiva en el sentido de transformar la visión de la comunidad en general sobre la población con discapacidad. Así como Barrião y Almeida (2003) señalan la Atención Temprana en sus programas tiene como principal objetivo el de actuar a diferentes niveles de prevención, no solo para atenuar las consecuencias en los casos de riesgo establecidos sino también que el riesgo bio-psico-social se consoliden, en beneficio de todo el contexto social, en los que se consideran a largo plazo los costos de los servicios de salud.

La Atención Temprana en el Alentejo tiene un carácter innovador desde el trabajo realizado en los últimos años en esta región. Reconociendo que las necesidades del niño con perturbaciones de desarrollo solo podían ser fidedignamente evaluadas, entendidas y tratadas, cuando se responde al contexto familiar y social que incluye el realizar acciones en la comunidad, como involucrar todos los recursos que la comunidad local está constituida.

### **3.3.1. La Expresión Musical en las Etapas de Desarrollo**

Bruscia considera la música como forma de expresión que nos da la posibilidad de conocer la historia del sujeto, donde sus imposibilidades nos informan de la etapa evolutiva donde se fijó esta etapa. Por lo que el autor nos refiere y que denomina núcleo de conflicto, dentro del proceso de desarrollo que permite al Musicoterapeuta observar, e intervenir. Para esto se clasifica en tres áreas principales:

- Como facilitador del desarrollo y el crecimiento desde las experiencias y aprendizajes necesarios para que el cliente que está en una etapa del desarrollo anterior a su edad cronológica.

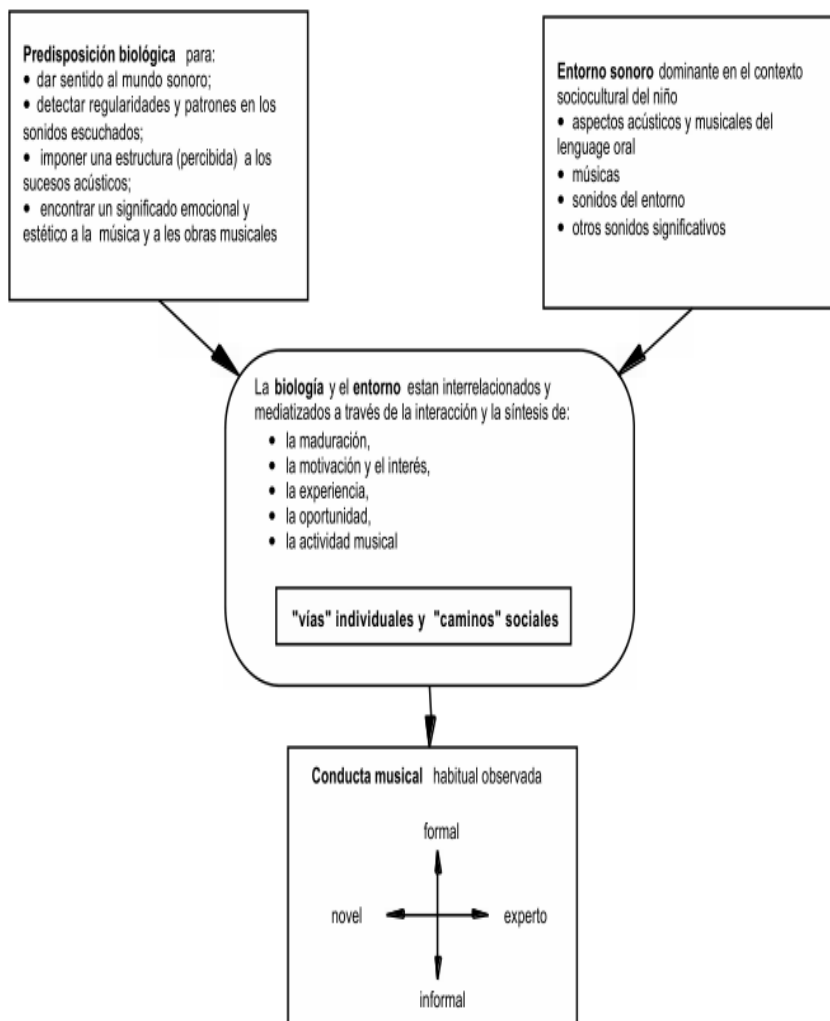
-La capacidad de compensación por lo que las alteraciones específicas del desarrollo pueden ser restablecidas.

-La capacidad de resolución en los problemas recurrentes del desarrollo.

Así, si conseguimos conocer cuáles son las habilidades musicales en el hombre desde su nacimiento, sabremos observar en qué etapa del desarrollo se encuentra, a los que denominamos estadios de la evolución musical (Wilber, 1980; Bruscia, 1998)

En el desarrollo del niño su conducta musical y sus aptitudes son según Welch (1998) resultado de diferentes interacciones entre las capacidades biológicas, la predisposición intelectual y las experiencias vivenciales del medio ambiente.

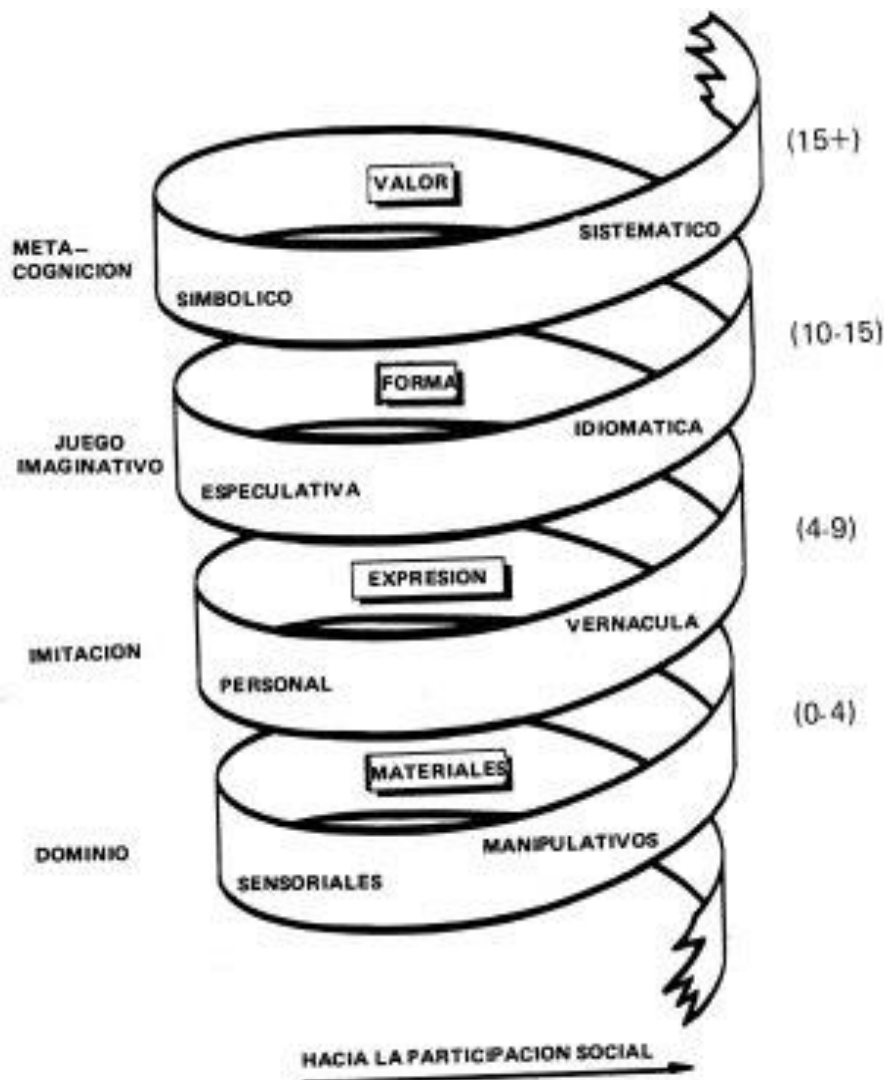
Figura 5. La ontogénesis de la Conducta Musical



Welsh (1998, p. 30)

Como podemos observar en la figura 4 Welsh, (1998) desde sus postulados reflecte sobre la relación entre el concepto del sujeto su conducta musical junto al medio, en las que interfieren relacionamente la maduración, motivación, experiencia oportunidad y actividades musicales. La conducta musical también son vías de expresión individual y sociales que desde su carácter formal o informal consiguen realizarse por un sujeto, con vastos conocimientos o con muy pocos. Esta área estudiada básicamente por la psicología de la música también nos ofrece un modelo explícito del desarrollo humano en las capacidades musicales que se fundamenta en la influencia del entorno y la predisposición biológica

Figura 6. La Espiral del Desarrollo Musical



Responde así a tres modelos fundamentales:

1. Es Cíclico: porque prevalece la necesidad de volver a los materiales sonoros, reiniciando la espiral, sin importar la edad o la experiencia musical.
2. Se acumula: el proceso de acumulación por el cual la capacidad sensorial y el control de la capacidad de manipulación interactúan que va determinar la capacidad de expresión personal y convencional.
3. Relación Dialéctica sujeto/medio: está representada por un movimiento pendular que recurrente entre la perspectiva individual (izquierda del espiral) y una perspectiva de participación social (derecha del espiral).

Se consideran así 4 etapas diferenciadas e interrelacionados a lo largo de la vida del sujeto que se complementan con una destacada tendencia a la participación social.

Como fue descrito por Vilar, (2004) y por Ferrari, (2007) las etapas del espiral aquí representadas son las siguientes:

- 1º Etapa. Dominio de los materiales, el niño adquiere destreza a nivel de los contrastes de intensidad y conocimiento de los timbres, desde el modo sensorial , placer por los sonidos para el dominio , de exploración y de control de los materiales musicales, al que denomina modo manipulativo
- 2º Etapa. Imitación del entorno sonoro. Se inicia la transformación desde la expresión individual a la expresión convencional vernácula. Se inicia el uso de modelos (figuras rítmicas, diseños melódicos, patrones métricos) que son tomados del entorno y pierden espontaneidad de la Etapa anterior.
- 3º Etapa. De la destreza en la manipulación y el conocimiento de formas de expresión compartidas. Inicia el juego a la imaginación desde las estructuras más amplias, hay interés por las formas musicales por sus estructuras, repitiendo frases musicales que luego sorprende con un cambio brusco de la expectativa creada.
- 4º Etapa de la Meta-cognición, autoconciencia de los procesos de pensamiento y sentimientos hay una respuesta de valor frente a la música. Se le da a la música n valor afectivo.

Así pretendemos utilizar este análisis para observar más claramente como desde la Musicoterapia, se tienen en cuenta las capacidades musicales, desde las aptitudes bio-

psico-sociales del sujeto que son atravesados por su cultura y se reafirman en la identidad.

Desde el abordaje pluri-modal (Schapira et al.,2007) desarrollaron un cuadro de la génesis del desarrollo desde los postulados de Bruscia y Pascual Mejia.

Figura 7. Génesis del Desarrollo Infantil

2 años	
Percepción	<p>Descubre el sentido del ritmo.</p> <p>Interés por los objetos sonoro, ejerce un estímulo para la voz cantada.</p>
Expresión	<p>Aparece la voz cantada.</p> <p>Puede integrar sonido y movimiento en donde cantar , percutir y moverse son predominantes</p>
2 años y medio	
Percepción	<p>Distingue música del ruido</p> <p>Se familiariza con canciones y letras sencillas</p>
3 años	
Percepción	<p>Diferencia entre tiempos cortos y largos</p> <p>Reconoce, quiere y reproduce melodías simples</p>
Expresión	<p>Mayor control de la motricidad</p> <p>Ca Mina salta corre siguiendo el compas</p> <p>Entona canciones enteras a pesar de que le cuesta afinar.</p> <p>Desarrollo lingüístico descubre el ritmo de las palabras. Onomatopeyas.</p>



4 años	
Percepción	<p>Diferencias rápido –lento</p> <p>Diferencia Agudo – grave</p> <p>Relaciona agudo fino; grave grueso.</p> <p>No compara conscientemente tiempos y partes.</p> <p>Le gusta la música y la disfruta</p> <p>Aumenta la memoria auditiva y el repertorio de canciones.</p> <p>Explora objetos sonoros, Identifica melodías simples.</p> <p>El juego es la motivación de toda actividad infantil, aun no tiene noción de simultaneidad sonora. Confunde intensidad con velocidad</p>
Expresión	<p>Puede empezar a desarrollar la expresión de ideas y sentimientos con el cuerpo.</p> <p>Entonación más afinada. Canta con los otros, dificultades en el canto al unísono.</p> <p>Inventa canciones mientras juega, suma gestos y ademanes en las canciones, Se identifica con el tema que interpreta.</p>
5 años	
Percepción	<p>Ordena y clasifica instrumentos y sonidos.</p> <p>Disfruta de los instrumentos rítmicos</p>
Expresión	<p>Sincroniza movimientos de manos y pies con la música.</p> <p>Entona con precisión los tonos entre do y fa (intervalo de 4ta)</p> <p>Canta melodías cortas y reconoce gran número de canciones</p>

Adaptado de Ferrari (2007, p.102)

### **3.3.2. Perturbaciones del Desarrollo en Musicoterapia en Atención Temprana**

Siendo una cuestión ampliamente discutida, la población a que responde los equipos de Atención Temprana y teniendo como base que la actual práctica de A.T. visa responder a las necesidades de los niños con perturbaciones del desarrollo o en situaciones de riesgo, se describen a continuación brevemente los principales diagnósticos. Consideramos que dichos diagnóstico tratados en Musicoterapia, poseen características como también las investigaciones que pensamos ser comparables a los estudios realizados en esta tesis. Incluimos la descripción de los diagnósticos más comunes. Estos nos explican las causas y capacidades del niño. Franco, Melo y Apolonio (2012), señalan la importancia de un diagnóstico claro por las razones de elegibilidad y el planeamiento de la intervención que realizara el equipo de Atención Temprana, en que se tendrán en cuenta la familia y su contexto.

#### **3.3.2.1. Perturbación del Espectro de Autismo**

El Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría, el DSM IV establece que para hacer el diagnóstico de esta enfermedad se requieren identificar alteraciones en las áreas de desarrollo del niño, se inicia antes de los tres años de vida y se verifican los siguiente criterios diagnósticos

Criterio de Diagnóstico para Perturbación del Espectro de Autismo (299.0 – DSM-IV-TR) Considera cinco trastornos;

Perturbación autística o autismo clásico;

Síndrome de Asperger;

Perturbación invasiva del desarrollo-sin otra especificidad (Pervasive Developmental Disorder-PDD-NOS)

Síndrome de Rett

Perturbación desintegrativa de la Infancia.

En la última revisión del DSM- V de mayo de 2013 se realizó una reformulación por lo que se unieron cuatro criterios considerados en el mismo diagnóstico y el Síndrome de Rett es considerado un diagnóstico aparte.

En los niños con perturbación del espectro de autismo que se encuentran el mayor número de estudios de prácticas aplicadas realizadas en Musicoterapia, donde se han documentado basta cantidad de resultados. La música tiene como una de sus principales potencialidades terapéuticas la de estimular la comunicación y la expresión, un área central en los niños así diagnosticados. La música y las actividades musicales son ampliamente reconocidas en el tratamiento para los niños autistas o con características de este espectro. Estudios como los de Winpory y Wash (1999) demostraron la capacidad de mejorar con tratamiento de Musicoterapia, las conductas sociales y de relaciones interpersonales. Siendo uno de las áreas que se han encontrado relevantes cambios positivos son la comunicación Como también en las habilidades del lenguaje.

Estos estudios concluyen que el tratamiento en Musicoterapia en estos niños centra sus objetivos en:

- a. Mejorar el área motora de coordinación ,
- b. Aumentar las capacidades cognitivas de atención autoconcepto, conciencia corporal,
- c. Desarrollar habilidades sociales de comunicación verbal y no verbal;
- d. Favorece el aprendizaje de conceptos pre académicos y académicos básicos;
- e. Altera e inhibe los patrones patológicos de conductas estereotipadas;
- f. Favorece la madures emocional, reduce la ansiedad e inhibe las conductas bizarras.

En recientes publicaciones, Wan, Demaine, Zipse, Norton y Schlaug(2010) referencia los resultados obtenidos desde las intervenciones de actividades musicales de hacer música y de imitar actividades sonoras, estas actividades involucran las neuronas espejos, ponen de esta manera en funcionamiento motor, pero no solo de los patrones motores sino también de los mecanismos neurológicos necesarios para lograr la imitación y la comunicación. En los resultados de su investigación confirmaron la capacidad de los niños diagnosticados con perturbación del espectro de autismo consiguieron mejorar sus habilidades de comunicación realizando Musicoterapia. El déficit de atención y comunicación en el autismo se encuentran relacionados con la falta de capacidad de imitación. Siendo la imitación la base para el desarrollo del lenguaje

que implica la adquisición de la actividad de otra persona, en si propio. También fueron estos los resultados de otros estudio de caso realizados por Winpory y Nash (1999) en niños con esta perturbación verificaron como el tratamiento en Musicoterapia incidía principalmente en la motivación y la interacción entre el niño y el terapeuta promoviendo así su desarrollo a nivel emocional y social.

En el estudio de caso realizado por Orr, Miles y Carlson (1998) observaron como la música influenciaba en la capacidad de modificar comportamientos de una niña con autismo desde las técnicas de exploración musical ejercían un efecto sobre todo a nivel afectivo.

Sin embargo Gold, Wigrand y Elefant (2006) recoge tres estudios paciente/control, que analizan 24 pacientes. Los diseños de tales estudios son poco aplicables a la práctica clínica. Indican que los pacientes con perturbación del espectro autista pueden, desde la realización de Musicoterapia, mejorar sus habilidades comunicativas, pero no hay evidencia de que mejoren la conducta. Concluyen que se requieren más estudios para saber si estos cambios observados son duraderos y si son valorables en la aplicación clínica corriente de la Musicoterapia.

En el estudio realizado por Thompson (2014) sobre los efectos que produce la Musicoterapia en la familia con niños con TEA, concluyo que es de los principales efectos el de favorecer la relación, la comunicación y la socialización en los estos niños en edad preescolar y diagnostico de TEA, siendo el objetivo principal de su estudio el de ayudar a os padres e hijos a conectarse musicalmente. Es desde actividades lúdicas musicales desde instrumentos musicales y el movimiento corporal que Thompson observo que hay resultados a nivel del autoconocimiento de los individuos que facilita el relacionamiento la comprensión y la comunicación de la dinámica familiar.

Geretsegger, Elefant, Mössler, y Gold (2014) que actualizaron la revisión de los mismo autores de 2006 “Music therapy for people with autism spectrum” concluyeron que se evidencia como resultados de la intervención de Musicoterapia en niños con TEA relevantes cambios en las áreas de interacción social, comunicación verbal, conductas, reciprocidad social, estado emocional. Resaltan los autores la capacidad de mejorar la comunicación no verbal y la calidad de relación comunicación interacción entre padres e hijos.

### 3.3.2.2. Parálisis Cerebral

Se denomina Parálisis Cerebral al grupo de trastornos que compromete las funciones del cerebro y del sistema nervioso como el movimiento y que puede también afectar el aprendizaje, los sentidos y el pensamiento.

Según Andrade, (1982) se denomina parálisis cerebral “una perturbación del control neuromuscular de la postura y del equilibrio que resulta de una lesión estática, que afecta el cerebro en el periodo de desarrollo pre-natal, peri-natal e pos-natal”

Figura 8- Cuadro de los tipos más frecuentes de Parálisis Cerebral.

Tipo	Espástico	Atetoide	Hipotónico	Atáxico
Tono muscular	Aumentado	Oscila entre bajo y alto	Disminuido	Normal o ligera Mente disminuido
Distribución	Hemiplejia: Solo un lado del cuerpo está afectado (brazo y pierna derecho o brazo y pierna izquierdo) pero el brazo más afectado que otro  Cuadriplejia: Están afectados los cuatro miembros y el tronco.  Diplejía: Los cuatro miembros están afectados pero las piernas en mayor grado.	Afecta el cuerpo entero	Generalmente afecta el cuerpo entero, pero puede haber diferencias entre los brazos y piernas, tronco y extremidades.	Afectado el cuerpo entero.

Adaptado Currículo Carolina-Johnson-Martín, Jens, Attermeier, Hacker (1997, p. 37)

Tipo	Espástico	Atetoide	Hipotónico	Atáxico
Características	Los movimientos obedecen a modelos estereotipados; hay un límite de libertad de movimiento; el niño está rígido	Los movimientos son amplios y difíciles de controlar. Los problemas más graves son el control de la cabeza, hablar y comer. Algunos niños atetoide están muy rígidos; otros son hipotónicos.	Los movimientos son bastante normales en sí, pero el niño no puede mantener sus posturas. Esta "flojo" A menudo los niños hipotónicos desarrollan espasticidad o atetosis.	El niño puede manifestar buenos movimientos estando en decúbito prono, pero estará inseguro sentado o de pie. Manifiesta poca habilidad para dirigir sus manos cuando las tiende hacia algo.

Hay diferentes tipos y grados de parálisis cerebral como espástica, discinética, atáxica, hipotónica y mixta que se describen en el cuadro Figura 8.

Un niño que nace o adquiere en los primeros años de vida una lesión neurológica, tendrá dificultades a nivel motor que implica dificultades a nivel de la comunicación y de su desenvolvimiento global emocional de su imagen y de inclusión social.

Estudios como los de Wolfe (1978) refieren que los niños portadores de deficiencia específicamente con diagnóstico de Parálisis Cerebral en que la utilización de la música con fines terapéuticos era un recurso de motivación, con el cual se conseguía mejor el control de cabeza, influenciando este control las capacidades de atención, concentración, contacto ocular e interacción.

Ketelaar, Volman, Gorter y Vermeer (2006) realizaron una revisión bibliográfica en que se destaca la importancia de una relación saludable entre familias, padres con sus niños con parálisis cerebral para que ellos crezcan en plenitud de sus capacidades tanto motoras como de salud mental, siendo el periodo de primer diagnóstico cuando precisan de ser mejor acompañados por profesionales, así coinciden con Van Colle, (2003) en su

tesis investigo la Musicoterapia en niños con severas y graves discapacidades de la Universidad de Reading Reino Unido , señala como múltiples factores facilitan una relación favorable entre Madre –hijo con grave discapacidad. Bernardes (2012) también coincide con los autores anteriores, en cuanto la construcción de una temprana relación saludable, se ve favorecida cuando ambos realizan Musicoterapia, en las cuales se verifica una mejor motivación y predisposición en la comunicación con sus hijos.

En una investigación cualitativa realizada con madres y niños portadores de Parálisis Cerebral y otras enfermedades neurológicas graves demostraron como la Musicoterapia promueve la comunicación, desde imitación, la integración de la sensación intermodales, el ritmo, el lenguaje, la atención así también como las capacidades de jugar y comunicar a un mismo nivel. Utilización de instrumentos musicales adaptados (un teclado con dispositivos específicos para cada característica motora) Go (2007)

Santos, Pontes, Soares y Martins (2013) Musicoterapia en niños con parálisis cerebral es una terapia que promueve y favorece desde la música la comunicación, la relación, el aprendizaje, la expresión y movilización razones por las cuales se explican los cambios positivos en los comportamientos de los niños que realizan un proceso en Musicoterapia.

Así en la revisión “Music therapy for acquired brain injury” (Bradt, Magee, Dileo, Wheeler y McGilloyay, 2010) estudiaron cual es la efectividad de la Musicoterapia en los pacientes con lesión cerebral adquirida, concluyendo sus resultados en la las habilidades de marcha, funciones de los miembros superiores, comunicación, humor y emociones, habilidades sociales, tolerancia al dolor, conductas, actividades de la vida diaria y capacidad de enfrentar situaciones adversas; destacando sus beneficios.

### **3.3.2.3. Retraso Grave del Desarrollo**

Define retraso mental la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un “desarrollo general incompleto o insuficiente de la capacidad intelectual, que puede ser grave, medio o leve”. La OMS clasifica el retraso mental desde el coeficiente intelectual (CI) del niño en cinco categorías:

Algo débil 80-90;

Subnormalidad leve o ligera 70-80;

Subnormalidad media o moderada 50-70;

Subnormalidad grave o severa 25-50;

Subnormalidad profunda hasta 25.

Se clasifica en el DSM IV con denominación de retraso mental que se caracteriza en que tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central. La capacidad intelectual general se define por el coeficiente de inteligencia (CI o equivalente de CI) obtenido por evaluación mediante uno o más test de inteligencia normalizados, administrados individualmente.

Según un estudio realizado por Pineda, y Pérez (2011) en Cuba en que se realizaron sesiones de Musicoterapia a un grupo de niños con síndrome de Down fueron observados resultados relevantes en las mejoras del lenguaje, el proceso de socialización y la participación activa en los juegos. Siendo que también se observó como resultado la formación de valores y respuestas de los niños al cumplimiento de órdenes. Siendo de mayor interés que los padres conseguían ver en su casa la continuidad de las adquisiciones.

En la revisión bibliográfica realizada por Yeaw (2001) evidencio que en niños con diagnósticos psiquiátricos que realizaban Musicoterapia dentro de programas de Atención Temprana, en los cuales se utilizaban técnicas activas e receptoras, ambas como un tratamiento eficaz, resaltando los resultados en los cambios de comportamiento y la capacidad de expresión emocional. Las dificultades subyacen principalmente en determinar la metodología implementada.

Según Davis (2000) los objetivos de trabajo de la Musicoterapia para personas con retraso mental se agrupan en cinco categorías:

1. mejorar las conductas sociales y emocionales;
2. mejorar habilidades motoras;
3. mejorar la comunicación;



4. ayudar a enseñar habilidades pre-académicas y académicas;

5. Actividad de ocio.

“las actividades estructuradas de Musicoterapia que incorporan movimiento, canciones y actividades rítmicas ofrecen un ambiente estimulante en el cual se pueden aprender habilidades social” (Davis, 2000, p.82). Las actividades del hacer música suelen ser placenteras que captan la atención y cooperación de los niños. Lo cual se utiliza para inhibir conductas inapropiadas y adquirir competencias sociales.



## Parte II

### Estudio Empírico

#### 4. Metodología de la Investigación

Considerándola Musicoterapia y la Atención Temprana como fenómenos dinámicos en constante desarrollo, que avanzan en la investigación científica con solidez, pero que ambas en conjunto tiene una especificidad que esta poco investigada en la actualidad. Esta Investigación esta conformada por tres estudios cualitativos diferenciados e interligados sobre la Musicoterapia en Atención Temprana, como son los informes de Musicoterapia, la percepción de los padres de los niños que realizaron Musicoterapia y la perspectiva de los terapeutas integrantes de los equipos de Atención Temprana. Cada uno de estos grupos estudiados amplió la visión global que se pretendía en toda esta investigación, desde la historia de cada uno de los mismos como evidencias de sus experiencias subjetivas en que se realizo un análisis objetivo palabra por palabra.

##### 4.1. Objetivos de la investigación

Es del interés de esta investigación obtener conocimientos sobre la Musicoterapia en Atención Temprana, contribuyendo para su desarrollo en este campo y sobre la práctica de la misma en los equipos detención Temprana. Se pretende desde esta investigación conocer y comprender que caracteriza la práctica de Musicoterapia en Atención Temprana, su valor y especificidad.

Uno de los problemas actuales de la Musicoterapia es que se realiza en un trabajo individual, con falta de reconocimiento profesional del Musicoterapeuta y la necesidad de buscar la identidad de la profesión, sus objetivos, límites y lugar en la sociedad. (Betes del Toro, 2000).

Como se relata en el capítulo anterior, la Musicoterapia en niños de los 0 a los 6 años con discapacidad esta a ser investigada con especificidad de diagnostico como de modelo de intervención, por otro lado la Atención Temprana consta de un reglamento legislativo determinado, que conjuga trabajo en equipos de profesionales de la salud y la educación con prácticas de modelos transdisciplinar.

Esta investigación así pretende responder a esta necesidad de la Musicoterapia, tiene como finalidad profundizar y aumentar el conocimiento de la Musicoterapia en esta área.

Fueron formuladas en el inicio de este trabajo las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el concepto que los técnicos de Atención Temprana tienen de la Musicoterapia?
- ¿Cuáles son las funciones y la intervención específica de la Musicoterapia en el equipo Atención Temprana?
- ¿Cuál es el concepto que las familias tienen de la Musicoterapia?
- ¿Cuáles son las áreas en que el Musicoterapeuta interviene y cual es su objetivo?
- ¿Cual fue su utilidad en el trabajo con niños con discapacidad en riesgo hasta los 6 años?
- ¿Que es específico de la Musicoterapia en Atención Temprana?

Sus principales objetivos generales:

- a) Conocer las prácticas de la Musicoterapia en su aplicación en niños con discapacidad hasta los seis años, identificando cuáles son las metodologías utilizadas en Musicoterapia que se aplican al concepto actual de Atención Temprana.
- b) Conocer cuál es el concepto de Musicoterapia que tienen los Padres de los niños que realizaron Musicoterapia cuando fueron acompañados en Atención Temprana.
- c) Conocer el concepto sobre la Musicoterapia que tiene los técnicos de Atención Temprana, para conseguir una visión global del lugar de la Musicoterapia en Atención Temprana.

Se pretende que este estudio tenga impacto en el actual concepto de la Musicoterapia en Atención Temprana. Desde aquí reafirmar el desarrollo de la Musicoterapia en el campo de la Atención Temprana y también frente a la comunidad científica, porque creemos que es necesario su desarrollo a partir del conocimiento de la práctica, particularmente

desde los procedimientos en la que se realizan y que deben ser factores de cambio en las políticas que legislan los modelos de respuesta de Atención Temprana, en los cuales todavía no se incluye la Musicoterapeuta como una de sus respuestas.

#### **4.2. Estructura de la Investigación**

Para alcanzar estos objetivos escogimos como metodología de investigación desde una abordaje cualitativa que nos permitiese estudiar como fenómeno el lugar de la Musicoterapia en Atención Temprana. Consideramos algunas variables de esta investigación, como lo específico del fenómeno a ser estudiado, el ámbito de inserción donde se sucede el fenómeno y la disponibilidad y acceso a los participantes necesarios.

La perspectiva constructivista de la Grounded Theory fue la opción elegida por ser un método cualitativo y comparativo constante que nos permitiría estudiar el fenómeno en su globalidad desde la especificidad estudiada, también por encontrar escasos estudios centrados en la Musicoterapia dentro de una programa de Atención temprana específico.

La utilización de la Grounded Theory visa hacer surgir una teoría subyacente directamente de los datos. La metodología Grounded Theory se define como una metodología de análisis, unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área substantiva. El producto de investigación final constituye una formulación teórica, o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área substantiva que es objeto de estudio (Glaser, 1992, pp. 14, 15).

Esta metodología fue seleccionada porque permite comprender situaciones, desde la lógica del grupo que vivió estas situaciones, da una visión de la misma por sus propios intervinientes. No se pretende, de esta forma, testear teoría, pero si comprender los fenómenos en estudio. Los datos recogidos en los informes y en las entrevista fueron codificados, luego comparados y conceptualizados. “Los métodos cualitativos pueden usarse para explorar áreas sustantivas sobre las cuales se conoce poco o mucho pero se busca obtener un conocimiento nuevo” (Stern, 1980 citado por Strauss y Corbin2002, p.12).

El abordaje metodológico de la Grounded Theory que nace de los estudios sociológicos por Glaser y Straus, en finales de los años 60, fue utilizada por varios autores en el ámbito de las Ciencias Sociales y Humanas, como Charmaz (1983) y más adelante adoptada por las investigaciones en Psicología, especialmente por su procedimientos de contribuir para el desenvolvimiento de la teoría desde una relación directa con los datos y un análisis comparativo sistemático y constante. (Fernández y Maia, 2001)

Vimos en la Grounded Theory un valor acrecentado ya que su finalidad y particular utilidad en fenómenos de naturaleza psicosocial, organizacional en que la teoría se encuentra en una etapa inicial, como sucede en la Musicoterapia aplicada en el área de Atención Temprana. También porque la variable de los grupos para los datos recogidos fueron fundamentales, accedimos así a la búsqueda de fuentes múltiples sobre el mismo fenómeno, que mediante técnicas diferente en la recolección de los datos, informes/entrevistas a los padres/entrevistas a los técnicos, estos datos fueron categorizados, luego cruzados y comparados hasta llegar a la saturación de los datos.

Considerando que para esta investigación las características de la G.T., según Straus y Corbin (2002), sería un potencial por su:

- a. Capacidad de mirar de manera retrospectiva y analizar las cuestiones críticamente;
- b. Capacidad de reconocer la tendencia de los sesgos, rumbo o camino que van indicando los datos;
- c. Capacidad de pensar de manera abstracta;
- d. Capacidad de ser flexibles y abiertos a la crítica constructiva;
- e. Sensibilidad a las palabras y acciones de los que responden a las preguntas;
- f. Sentido de absorción y devoción al proceso de trabajo.

Fue utilizado como principal instrumento de recopilación de datos, sobre las opiniones de los padres y de los profesionales, técnicos de AT, entrevistas semi-estructurada, construida específicamente para este fin, de acuerdo a los principios de la Grounded Theory.

La temporalidad también fue considerada en este estudio como una dimensión fundamental para poder entender y estudiar este fenómeno, el aspecto de ser una experiencia del sujeto que supone vivencias que ya ocurrieron. Es aquí un elemento importante que determina una etapa del pasado, que condiciona el contexto y la

interpretación de los hechos. Estos procesos anteriores como fueron redactados, estos transcurso de acontecimientos fueron los elementos que se tuvieron en cuenta sobre todo en los estudios 1 y 2. Así desde la metodología de la Grounded Theory donde sin un concepto previo, nos permite realizar una interpretación y posterior análisis de los datos para realizar una investigación eficaz. Las características holísticas de esta metodología nos proporciona estudiar el fenómeno de la Musicoterapia en Atención Temprana como un todo, de esta manera dejar surgir de los datos la información emergente ya que ha sido elaborada a medida que se fue avanzando en el análisis de los datos por categorías, comparadas replanteándose el problema y aceptando modificaciones que se consideraban importantes.

### **4.3. Participantes de la Investigación**

Por motivos de accesibilidad necesaria al fenómeno a ser investigado, se optó, por utilizar aquellos casos que fueron acompañados por el equipo de Atención Temprana de la Asociación de Parálisis Cerebral de Évora- Equipo local de intervención-ELI nº2. Nos proporciona estudiar el fenómeno en su contexto para destacar sus características principales para su posterior interpretación. Después de la selección del local fue pedido y firmado un documento de autorización<sup>3</sup> a la presidente de la Dirección de la Asociación de Parálisis Cerebral de Évora y a la Coordinadora del equipo de Atención Temprana de la misma Asociación, para la utilización de los Archivos, obteniendo también el consentimiento de las familias en el cual se daba garantía de confidencialidad para el tratamiento de la información referente a los niños.

La Asociación de Parálisis Cerebral de Évora fue fundada en 1991 por necesidad de un grupo de padres que buscaban respuestas de calidad y específicas para sus hijos. Es así como convoca técnicos y tienen por objetivo el de especializarse en la prevención, diagnóstico, evaluación y rehabilitación de los niños y jóvenes con Parálisis Cerebral y otras enfermedades neurológicas. APCE tiene en su base fundamental las prácticas y filosofía de la Atención Temprana e inicia con este equipo, CDIP- Centro de

---

<sup>3</sup> Incluidos en los anexos

Desenvolvimento e Intervenção Precoce<sup>4</sup>, a funcionar y dar respuesta a la comunidad. Así en Évora los niños con parálisis cerebral y otras enfermedades neuromotoras y sus familias tienen apoyos terapéuticos bien definidos, en que se incluye Musicoterapia, desde el año 2001. Este servicio se forma con un equipo multidisciplinar que busca un funcionamiento transdisciplinar con el que pretende responder lo más precoz y adecuadamente a las necesidades de esta población, es prestado con apoyo directo a las familias y posibilita al niño un amplio conjunto de intervención terapéuticas: fisioterapia, logopedia, apoyo psicológico para la familia, psicología, hidroterapia, equitación terapéutica, asistencia social y Musicoterapia.

Fueron utilizados los casos que fueron acompañados en Musicoterapia por el equipo de Atención Temprana de la Asociación de Parálisis Cerebral de Évora- Eli nº2 en años anteriores. Estudiar el fenómeno en su contexto, nos permite destacar sus características principales para su posterior interpretación. En este equipo el Musicoterapeuta no pertenece al plantel de técnicos por la red SNIPI - Sistema Nacional de Intervención Precoz en la Infancia, pero siendo el Musicoterapeuta de la Asociación, consigue dar respuesta a algunos casos referidos por el equipo, participa en las reuniones de equipo y realizar un desempeño transdisciplinar como es pretendido a los técnicos de Atención Temprana.

#### **4.4. Procedimiento y Análisis**

Se estructuro esta tesis en tres estudios diferenciados que nos permitirán obtener una visión global en la que se tienen en cuenta los tres universos de la población interviniente, que Consideramos principales.

En el primer estudio fueron utilizados los propios informes de Musicoterapia, para conocer desde estos que dice el Musicoterapeuta sobre los que hace, como se realiza y para que, como también quienes son los intervinientes. Estos informes que fueron creados en años anteriores para informar a los padres, al equipo de Atención Temprana

---

<sup>4</sup> Centro de desenvolvimento e intervenção precoce



en el que se desarrolla, y a los otros intervinientes de los casos, como son los equipos de salud, médicos del hospital, equipos educativos, jardín de infancia educadores de apoyo, sobre el proceso recorrido en Musicoterapia en cada uno de ellos.

El segundo estudio, se realizaron entrevistas a los padres, de niños que fueron acompañados en Musicoterapia, para conocer desde sus propias palabras que es lo que entienden por Musicoterapia.

Un Tercer estudio en que la población escogida fueron los otros técnicos de Atención Temprana, a los cuales se les aplico una entrevista semi-estructurada para conocer cual es el concepto que tienen de la Musicoterapia.

En primer lugar se inició un levantamiento de los datos de los niños que fueron acompañados en Musicoterapia durante su participación en el programa de Atención Temprana 2001 al 2011. A continuación fueron iniciados los procedimientos naturales a la metodología de la Grounded Theory, primero se seleccionaron los datos para el Estudio n°1 siendo estos los informes de Musicoterapia entre que describían el proceso terapéutico y que tenían como objetivo el de describir e informar a los padres y al equipo, como también a otros interviniente, sobre o proceso en Musicoterapia. Surge aquí la necesidad de realizar un segundo estudio en el cual se entrevistarían a los padres de los niños. Se encontraron alguna dificultad de concretización porque algunos padres ya no se encuentran en el país. Este segundo estudio enriquecía la investigación pero disminuyo la muestra del estudio n°1. Fueron solicitadas las autorizaciones para la utilización de los documentos a la dirección de APCE y a los padres a los que se realizó una formalización por escrito en cada uno de los casos.

Para tener una visión global de aquello que se sucede con el fenómeno en estudio y teniendo en cuenta que la intervención de estos programas solo se sucede en equipos decidimos realizar más un tercer estudio cuya población son los técnicos de los equipo de Atención Temprana. Este tercer estudio fueron entrevistados los técnicos de dos de los equipos de Atención Temprana de la región Alentejo, específicamente de la ciudad de Évora.

Para los estudios 2 y 3 fueron recogidos los datos a partir de entrevistas. Con la intención de obtener mayor objetividad y no inducir a los entrevistados, las entrevistas

fueron realizadas por una alumna de la carrera de psicología, que se encontraba a realizarla práctica profesional del último año.

Esta técnica se adecua a las necesidades de esta investigación, teniendo en cuenta que este instrumento limita algunos aspectos específicos relativos a la participación del entrevistador en el proceso, que mantienen los principios definidos y recomendados para la G.T. Quivy y Campenhoudt (1989).

Según estos autores la entrevista debe ser entendida como una conversación direccionada entre dos o mas personas, consistiendo en el arte de formular preguntas y escuchar las respuestas, así recomiendan para su utilización al entrevistador;

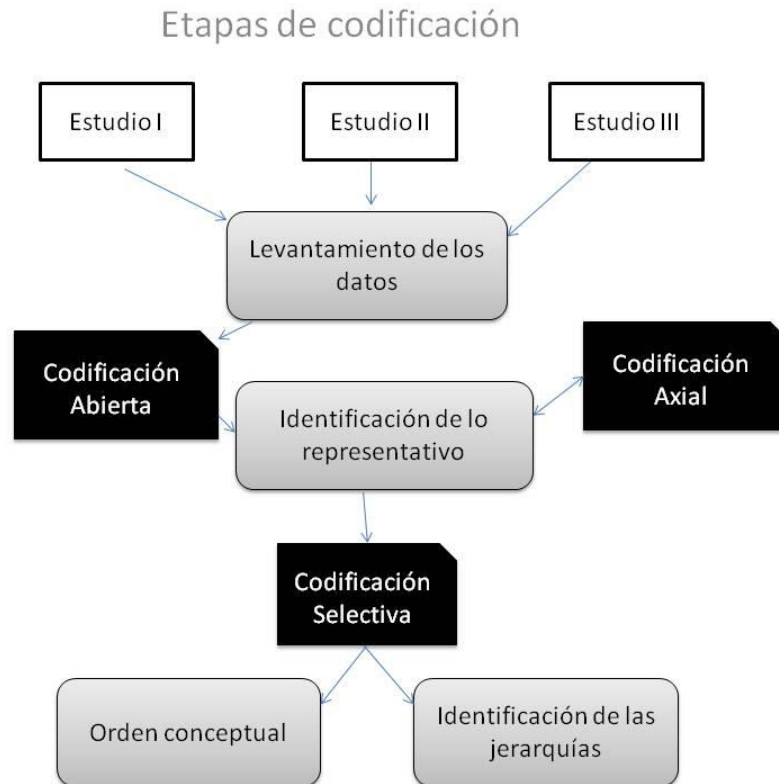
- a. esforzarse para hacer el menor número de preguntas posibles;
- b. formular las cuestiones de forma abierta;
- c. abstenerse de implicarse en el contenido de las entrevistas;
- d. buscar que esta se desenvuelva en un ambiente y contexto adecuado;
- e. grabar las entrevistas.

La metodología G.T. se puede adecuar desde la utilización de entrevistas cualitativas y semi-estructuradas. Con el recurso de las preguntas abiertas, determinadas con anterioridad y direccionadas para obtener un objetivo o experiencia del entrevistado, sin imponer restricciones en el discurso, lo que permite una amplia gama en la flexibilidad de las preguntas y las respuestas.

A continuación se realizó en primer lugar la lectura de los documentos informes/ entrevistas, se procedió a la codificación línea a línea, o codificación abierta y posteriormente a la codificación axial.

Así podemos observar gráfica Mente en la figura 9, cada una de las etapas del Análisis de los datos y codificación que se fueron sucediendo en el proceso de investigación.

Figura 9. Proceso general del Análisis de los Datos



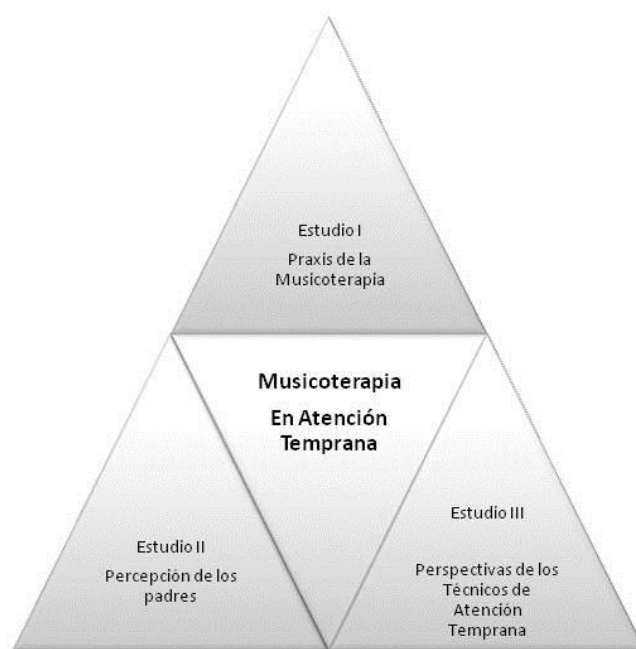
Para poder explicar el proceso del análisis a través del cual, los datos fueron articulados creando nuevas relaciones entre los conceptos. Siguiendo este modelo que sugieren los tipos de relación que podrían establecerse entre las categorías de manera de explicar el fenómeno, se escogieron como categorías relevantes a aquellas que respondían a las preguntas de la investigación. Conocer cuáles son las causas y consecuencias el contextos y las estrategias para que aparezcan estas categorías, así también conocer cuales con las condiciones intervinientes generales en las cuales se manifestaron.

A continuación se sucedió al segundo paso que fue el procedimiento de análisis y posterior comparación constante de los datos. Este paso inicia con la codificación abierta de cada uno de los documentos, es en esta etapa del análisis que surgen las cuestiones hacia los datos y la que se desencadena una construcción de bloques desde una clasificación por categorías, subcategorías y dimensiones. Estos constructos, ordenados y clasificados son utilizados para realizar las comparaciones entre las categorías. Los enlaces entre ellas son los que llevan a los conceptos sustantivos o de

teoría que nos dan los resultados y conclusiones. Se siguieron rigurosa mente las directrices metodológicas, en cada uno de los estudios.

A partir del fenómeno en estudio se levantan cuestiones que deben ser flexibles o “suficientemente abiertas” como refieren FernándeS y Maia (2001) que permitan una capacidad de indagar en profundidad el análisis de los datos, esto fue realizado desde una dinámica comparativa constante que nos permitió ir construyendo el estudio.

*Figura 10 Comparación constante de los Datos*



En Enero de 2012 se iniciaron reuniones regulares de acompañamiento de la metodología Grounded Theory junto con alumnos y profesores de otras universidades desde las cuales se realizó un intercambio de las diferentes experiencias y tratamientos de los datos con esta metodología.

Considerando que actualmente los estudios sobre Musicoterapia en los programas de Atención Temprana son escasos, esta metodología proporciona realizar una expansión en cuanto es considerado un método útil, porque abre la posibilidad a los investigadores para iniciar a desarrollar la teoría desde los propios datos, si tener la contingencia de ser esta investigación fundamentada previamente en teorías existentes, como refieren Strauss y Corbin (2008)



## **5. Estudios**

### **5.1. Estudio 1- Praxis de la Musicoterapia en Atención Temprana**

Este primer estudio nos permite introducirnos en el conocimiento de la práctica de la Musicoterapia, utilizamos como documentos los relatorios del equipo de Atención Temprana que se entregaban a los padres de cada uno de los niños y constan en el actual archivo del equipo en el proceso de cada uno de los casos. Estos documentos nos permiten observar analizar y profundizar sobre el fenómeno en estudio.

#### **5.1.1. Objetivos Específicos**

Este estudio se propone conocer cuál es la praxis de la Musicoterapia en los niños con discapacidad que fueron acompañados por el equipo de Atención Temprana. Pretendemos en este estudio conocer la Musicoterapia desde la propia intervención del Musicoterapeuta, desde los casos atendidos en la Asociación de Parálisis Cerebral de Évora, en el equipo de Atención Temprana.

Esta investigación se encuentra centrada en el fenómeno que es la Musicoterapia en Atención Temprana por ello también se plantea conocer cuál es la modalidad del tratamiento en Musicoterapia, para así comprender globalmente y llegar una visión consistente del fenómeno en estudio.

Este estudio tiene por objetivos:

- a) Conocer cuáles son los objetivos trabajados desde lo que la Musicoterapia se propone;
- b) Cuáles son las áreas en la que la Musicoterapia enfatiza el trabajo directamente con los niños que son acompañados en el equipo de Atención Temprana;
- c) Cuáles son los potenciales de los niños con discapacidad en que la Musicoterapia focaliza su intervención;
- d) Cuáles son las actividades y los materiales que se utilizaron en Musicoterapia y como se utilizan;
- e) Cuales son los resultados de la práctica de la Musicoterapia.

### **5.1.2. Participantes**

Para este estudio se seleccionaron los informes relativos a 10 casos que fueron acompañados por el equipo de Atención Temprana de APCE y que recibieron como apoyo Musicoterapia: Informes de la evaluación y documentos elaborados por el Musicoterapeuta del equipo de Atención Temprana, en los cuales se identifican los objetivos, hay una descripción de la intervención en Musicoterapia y sus resultados. Estos documentos fueron producidos entre 2005 y 2011, anteriormente a la decisión y formulación referente a esta investigación.

Siendo importante la posibilidad de realizar entrevistas a sus padres, para el estudio 2sobre la percepción de los padres, por este motivo solo fueron elegibles siete casos.

Caso 1: Niño que nació en Diciembre de 1999, acompañado en el equipo de Atención Temprana desde Mayo de 2003, por grave retraso del desarrollo neuromotor, y diagnóstico Síndrome de Angelman. En Febrero de 2005 realizó la evaluación de Musicoterapia y comenzó el apoyo en modalidad bisemanal.

Caso 2: Niño que nació en Mayo del 2008, inicio el apoyo del equipo de Atención Temprana en Enero de 2010, y el apoyo de Musicoterapia en Febrero de 2011. Diagnóstico de enfermedad metabólica, con grave retraso del desarrollo psicomotor.

Caso 3: Niña nacida en Enero del 2000 y en Julio del mismo año comenzó a ser acompañado por el equipo de atención temprana. Con diagnóstico de Hidrocefalia congénita y consecuencias de tetraparecia espástica. Discapacidad visual grave y espasticidad grado 3 en MMII y grado 2 en MMSS izquierdo Espasticidad axial en MMSS derecho. En Septiembre de 2005 inicio Musicoterapia.

Caso 4: Niño nacido en Agosto de 2007 y en Diciembre de 2009 comenzó a ser acompañado por el equipo de Atención Temprana. En Marzo del 2010 fue realizada evaluación de Musicoterapia y posteriormente se dio inicio al apoyo de Musicoterapia bisemanal. Diagnóstico de Perturbación del Espectro de Autismo.

Caso 5: Niña nacida en Septiembre del 2003, inicio el acompañamiento del equipo de Atención Temprana en Noviembre del 2007. Inició Musicoterapia en Agosto del 2008.



Diagnóstico de Hidrocefalia con consecuente parálisis cerebral, grave retraso del desenvolvimiento psicomotor, cuadriparecia espástica e invisual.

Caso 6: Niña nacida a Junio de 2006, acompañada por el equipo de A.T. desde Octubre de 2009. Inicio Musicoterapia en Junio de 2010. Diagnóstico de Trastorno del Espectro de Autismo.

Caso 7: Niño nacido en Julio de 2004, en Julio de 2005 inicio los apoyos del equipo de A.T. y en Septiembre del año siguiente, 2006, inicio Musicoterapia. Diagnóstico Hidrocefalia, Parálisis Cerebral, Cuadriparecia Espástica, y Grave Atraso Cognitivo.

Figura 11. Cuadro de los Participantes

Caso	Fecha de Nacimiento	Diagnostico	Comenzó Atención Temprana	Comenzó Musicoterapia
<u>Caso 1</u> ♂ cod RP 01	Diciembre 1999	Síndrome de Angelman	Mayo 2003	Febrero 2005
<u>Caso 2</u> ♂ cod RP 02	Mayo 2008	Retraso global del desarrollo neuromotor. Enfermedad Metabólica	Enero 2010	Febrero 2010
<u>Caso 3</u> ♀ cod RP03	Enero 2000	Hidrocefalia congénita, c/ consecuencias detriparesia espástica. Discapacidad visual grave. Espasticidad grado 3 en MMII e grado 2 en MMSS izquierdo Espasticidad axial en MMSS derecho	Julio 2000	Septiembre 2005
<u>Caso 4</u> ♂ Cod RP04	Agosto 2007	Trastorno del Espectro de Autismo.	Diciembre 2007	Marzo 2010
<u>Caso 5</u> ♀ Cod RP05	Septiembre 2003	Hidrocefalia consecuentemente parálisis cerebral grave retraso del desenvolvimiento motor, cuadriparecia espástica, Invisual.	Noviembre 2007	Agosto 2008

Caso	Fecha de Nacimiento	Diagnostico	Comenzó Atención Temprana	Comenzó Musicoterapia
<u>Caso 6</u> ♀ Cod RP06	Julio de 2006	Trastorno del Espectro de Autismo.	Octubre 2009	Junio 2010
<u>Caso 7</u> ♂ Cod RP07	Julio 2004	Hidrocefalia Parálisis Cerebral Cuadriparecia Espástica, Grave atraso cognitivo	Julio 2005	Septiembre 2006

El estudio incide en este grupo de siete casos, tres niñas y cuatro niños, todos con grave retraso a nivel global del desarrollo, dos con síndrome del espectro de autismo (una niña y un niño); tres con Hidrocefalia (dos niñas y un niño) un niño con patología metabólica y un niño con enfermedad rara, Síndrome de Angelman.

### 5.1.3. Procedimientos

Los documentos utilizados para análisis fueron los informes originales realizados por el Musicoterapeuta en el ámbito del equipo de Atención Temprana, que pertenecen al archivo del equipo de Atención Temprana de la Asociación de Parálisis Cerebral de Évora. Estos documentos fueron seleccionados porque tienen la descripción de los procesos en Musicoterapia, observados y narrados por el Musicoterapeuta, que son transmitidos a los padres y a los otros técnicos del equipo de Atención Temprana así como también a los otros intervinientes en el caso, como educadoras del niño. Estos documentos nos permitirán conocer mejor lo que sucedió y comprender más claramente como fue la intervención en Musicoterapia.

Fue imprescindible seleccionar esta documentación para fundamentar la investigación sobre las fuentes de carácter directo que permitiesen un contacto fidedigno de los hechos. Los informes de evaluación en Musicoterapia de los casos representan un material privilegiado para este estudio y tienen como ventaja la capacidad de recoger y reflejar los hechos a ser estudiados, en el tiempo en que fueron escritos, siendo una fuente de observación directa de los hechos.

Para el tratamiento de los documentos fue atribuido un código de identificación<sup>5</sup> a cada uno. Así pretendemos observar y comprender las características que son descriptas y posteriormente analizadas en cuatro aspectos diferenciados más que se encuentran naturalmente interligados entre si.

De esta forma con base en los datos recogidos buscamos responder las siguientes preguntas en esta investigación:

1. ¿Que trasmite el Musicoterapeuta sobre su propia praxis en la elaboración de los informes?
2. ¿Cuál es su especificidad de intervención, desde sus materiales y actividades?
3. ¿Como el Musicoterapeuta adecua su praxis a los objetivos del equipo y del programa de Atención Temprana?
4. ¿Cuáles son los resultados observables en la globalidad y complejidad del caso desde las necesidades específicas de cada uno?

Straus y Corbin (2008) refieren que es necesario tener capacidad de pensar de manera abstracta, sobres los datos, obtener sensibilidad en las palabras y acciones que revelan los datos, y también una capacidad de ser flexible y abierto a la crítica constructiva. Así se comenzó la codificación abierta, mediante el análisis línea a línea de los datos, en el siguiente proceso:

- a. Codificación del primer investigador
- b. Revisión de los códigos y segunda codificación por el 2º investigador
- c. Decisión e comienzo sobre las categorías

Los códigos fueron siendo comparados según el método de comparación constante constructivista, los cuales se agruparon según su función y otras características teóricas. Se realizaron “memos”, cartones de memoria con un código de cuatro colores, las cuales clasificaban de modo a relacionar sus contenidos con cada uno de las preguntas de la investigación:

---

<sup>5</sup>RPOX =Relatorio PacienteNúmero...

Amarillo: intervención, indicadores objetivos, actividades metodología, actividades;

Verde: descripciones que utilizaban la terminología musical;

Naranja: descripción de objetivos del equipo de Atención Temprana;

Azul: descripción de los efectos del proceso Musicoterapéutica.

Según Trinidad, Carrero y Soriano (2006) cuando la codificación abierta se realiza correctamente surgen inmensa cantidad de memos, simultáneamente a la saturación de las categorías. En este proceso que los autores denominaron como “salir fuera de sus datos” es cuando trasciende la visión empírica de las anotaciones de campo. En la realización de este proceso fueron surgiendo cuestiones que nos llevaron a una cantidad de conceptos a las que denominamos categorías y sub categorías, porque se relacionaban directamente entre ellas.

Estas categorías, surgidas directamente de los datos, seguidamente fueron relacionadas para ir explicando el fenómeno. Esta etapa, que se denomina codificación axial, es el proceso por el cual se identificaron los conceptos propiedades y dimensiones directamente de los datos, como lo indican Strauss y Corbin (1998).

Durante las fases del proceso de codificación se fueron creando cuadros con conceptos que se fueron modificando a medida que se avanzaba en las relaciones establecidas. Los mismos eran conferidos por el segundo investigador que verificaba las directrices metodológicas. Estos cuadros nos permitieron llegar a las categorías principales, estableciendo relaciones entre ellas. Una vez que determinamos las categorías principales pasamos a la etapa de codificación selectiva en la que determinamos la categoría central que nos facilita la obtención de una explicación general del fenómeno en estudio.

Como sugieren Fernandes y Maia (2001) fue elaborada una redacción, contando la historia en el devenir de las cuestiones como: ¿Cual es el problema central? ¿Que es lo mas importante en la diversidad de las categorías? De esta forma se seleccionaron entre las categorías emergentes, aquellas que describían mejor o mas claramente el fenómeno. La redacción permitió comprender mejor la interrelación entre los conceptos, siendo este el objetivo de la investigación. Así fuimos verificando paso a paso la estructura en conceptos que fueron explicados el propósito de los tres estudios. Este proceso

exploratorio fue muy demorado y complejo pero nos permitió integrar los conceptos emergentes en categorías centrales y desde ahí crear un modelo teórico más amplio, muy rico en su información.

#### **5.1.4. Resultados**

A continuación son presentados los resultados que surgen de los datos, partir de la pregunta: Que hace el Musicoterapeuta? Pregunta que fue determinando cada una de las categorías, subcategorías y sus dimensiones. Fue necesario integrar estas categorías y subcategorías, que se realizaron mediante la codificación selectiva, en la que se inicia la construcción del esquema teórico que explica cómo esta categoría a la que se denomina categoría central y cuál es su relación con las otras siguiendo una construcción de secuencias lógicas.

Surgieron cuatro categorías desde el análisis descriptivo, utilizando las palabras de los propios datos, fueron descriptas como:

1. **Objetivos de Musicoterapia en Atención Temprana:** Relata lo que se propone hacer en Musicoterapia, cuáles son sus objetivos y define sus metas.
2. **Del Hacer de Musicoterapia en Atención Temprana:** El lugar en donde se hace y con que se hace la Musicoterapia.
3. **Actividades de Musicoterapia en Atención Temprana:** Describe que se hace en Musicoterapia.
4. **Consecuencias de la Musicoterapia en Atención Temprana:** Describe cuales fueron sus efectos/resultados.

Una vez que surgieron las categorías, el proceso de análisis nos llevó a diferentes experiencias en las que intentamos adecuar un procedimiento para organizar los datos. Se utilizaron varios gráficos que fueron siendo creados con el interés en desarrollar un análisis rigurosa de la metodología GT.

##### **5.1.4.1. Categoría “Objetivos de Musicoterapia en Atención Temprana”**

Desde la pregunta que pretende la Musicoterapia que surge en el análisis de los datos surge la categoría objetivos en la que identificamos tres subcategorías, a)

Comunicación, b) desarrollo, c) Dar Significado Que conseguimos observar con mejor claridad en el siguiente cuadro, Figura 12.

Figura 12. Categoría Objetivos



La primera pregunta que se nos coloca es que se propone hacer la Musicoterapia y cuales son sus objetivos.

La primera subcategoría, a) **Comunicación** surge en dos dimensiones:

a.1. **Comunicación No-verbal**- La música es entendida como lenguaje, posee una organización rítmica, de espacio y tiempo, que se describen en los informes de Musicoterapia como una analogía con los parámetros verbales de comunicación. Sonidos silencios, oír y escuchar, son palabras utilizadas por el Musicoterapeuta para describir la capacidad de comunicación no verbal del niño en las sesiones. De esta forma se consideran determinantes, la descripción de la expresión sonora de los niños las cuales son descritas y consideradas por el Musicoterapeuta como medios de interacción e expresión con los que el niño comunica y se expresa y que el Musicoterapeuta observa e interpreta. Aquí el Musicoterapeuta relata

*“É também importante estruturar e classificar o significado dos sons que ela produz” RP06<sup>6</sup>*

*“Reconhecer as diferenças entre sons-silêncio, a partir de algumas fontes sonoras do seu interesse, como o piano e o tambor” RP01<sup>7</sup>*

Se describe la comunicación no verbal como una dimensión en la que se hace referencia, en los datos de los gestos, las miradas que el niño realiza. Esta destacada forma de comunicación no verbal es considerada comunicación, aunque carece de sonidos pero estas expresiones son descritas desde los parámetros del sonido, duración e intensidad de la sonrisa, de la mirada y otros gestos.

*“Realizámos canções com gestos que o ..... acompanha com ajuda, conseguindo maior contato visual e aumento da expressão facial, como sorrisos” RP04<sup>8</sup>*

El Musicoterapeuta describe en sus objetivos específicos observar e interpretar cada una de las vías de comunicación, centrando su trabajo en la percepción del lenguaje pre- o no- verbal, así está atento a las formas de comunicación de la expresión de las más pequeñas respuestas sonoras-corporales del niño, para comprender sus reacciones, y cuáles son sus correspondencias con algún sentido de interacción.

*“...chora quando está incomodado e sorri quando experencia uma sensação agradável” RP04<sup>9</sup>*

---

<sup>6</sup>“Es también importante estructurar y clasificar el significado de los sonidos que produce”

<sup>7</sup>“Reconocer las diferencias entre sonido- silencio, desde algunas fuentes sonoras, de su interés como el piano o el tambor”

<sup>8</sup>“..realiza Mos canciones con gestos que ..... acompaña com ayuda, consigue mayor contacto visual y aumenta la expresión facial con sonrisa”

<sup>9</sup> “llora cuando esta incomodo y sonrie cuando es un sensación agradable”

**a.2. Comunicación Verbal** – Encontramos en la redacción de los informes una descripción de como los niños consiguen verbalizar palabras frases como “ma” o “agua” al que dan un significado generalizado; en el que “Ma” es utilizado para denominar a cualquier adulto mujer, o agua para pedir cualquier ingesta de alimentos. Es objetivo del proceso terapéutico que junto a los padres se realice una diferenciación de los fonemas adecuados y en su contexto real. Como se observa en el siguiente ejemplo:

*“Aumentar o vocabulário e a linguagem espontânea. O ..... acompanha melodias simples com a sílaba “pa”, respeitando a entoação e o tempo.....Consegue dizer algumas sílabas com significado real “Ma, Pa, Água, Pão”, mas nem sempre as utiliza num contexto adequado”RP 01<sup>10</sup>*

La comunicación es descrita desde sus fases iniciales más fundamentales, el Musicoterapeuta explica como una mirada es comunicación y espera en el proceso de tratamiento incrementar las respuestas del niño.

La Subcategoría siguiente b) **Desarrollo se** encuentra constituida por tres dimensiones:

b.1. **Área Cognitiva** fueron agrupados aquellas descripciones que narran como objetivos en el área del desarrollo de los procesos mentales que influyen en el comportamiento y en el desarrollo intelectual del niño.

b.2. **Área Sensorio Motora** esta dimensión señala las referencias a los objetivos centrados en el desarrollo de las capacidades perceptivas y motrices del niño.

b.3. **Área Relacional** dimensión en la cual fueron reunidas las referencias a objetivos de la Musicoterapia en el desarrollo de la capacidad de relación.

En cada uno de los documentos se hace referencia al lugar que tiene la Musicoterapia, preguntándonos que se propone hacer. Se evidencia en los informes que, mayoritariamente, los objetivos son directamente relacionados a la etapa del desarrollo en que se quiere intervenir con el niño. Fueron identificadas las áreas en que la

---

<sup>10</sup> “Aumentar el vocabulario y el lenguaje espontaneo” “A... Acompaña melodias simples con la silaba “pa” respetando a entonaciony el tiempo. A...consigue decir algunas silabas com el significado real MA PA Agua Pan, todavia no las utiliza siempren en su contexto adecuado”



Musicoterapia se propone intervenir, las áreas del desarrollo a nivel relacional, cognitiva y sensorio motora; estas tres grandes áreas se encuentran ligadas y son de natural intervención en el área de Atención Temprana donde el objetivo principal está centrado en el niño y su familia para su saludable desarrollo global.

**b.1. Área Cognitiva-** Se describen en esta dimensión los objetivos para el desarrollo de la capacidad mental como la atención y la capacidad de encontrar estrategias cognitivas para la exploración y elaboración de respuestas.

*“Estimular as respostas adequadas nos diferentes contextos,  
Aumentar o contacto ocular, e os períodos de atenção nas diferentes  
atividades propostas” RP01<sup>11</sup>*

Descriptos también se encuentran los objetivos que esperan que el niño reconozca orelacione los sonidos de objetos o identifique e diferencie las voces de los otros.

*“Reconhecer os estímulos sonoros como: a voz dos adultos, objectos  
diversos e onomatopeias” RP02<sup>12</sup>*

Desde los informes entendemos que la Musicoterapia se propone mediante sus actividades sonoras desenvolver las capacidades cognitivas que son relevantes para las adquisiciones de otras, como la capacidad de oír asimilar e reproducir una secuencia sonora a lo que describe como actividades de imitación.

*“Adquirir a capacidade de imitação perante sequências sonoras” RP05<sup>13</sup>*

Imitar o repetir un sonido, o unas secuencias de sonidos, son propuestas desde los objetivos de Musicoterapia que se consideran básicos para el desarrollo del niño, se

---

<sup>11</sup> “Estimular, las respuestas adecuadas en los diferentes, contextos, Aumentar el contacto ocular, y los periodos de atención en las diferentes actividades propuestas”

<sup>12</sup> “Reconocer los estímulos sonoros como la voz de los adultos, diversos objetos y onomatopeyas”

<sup>13</sup> “Adquirir capacidad de imitación mediante secuencias sonoras”

pretende que los padres acompañen estas actividades como un paso importante en el crecimiento de su hijo.

b.2. La Dimensión clasificada de **Área Sensorio Motora** corresponde aquellos objetivos en los que la Musicoterapia se propone mejorar o incrementar las respuestas del niño en la exploración y percepción de objetos, del espacio, en relación a su cuerpo, al movimiento y coordinación del mismo.

*“Sentir diferentes movimientos e consciencializar a noção do corpo”RP07<sup>14</sup>*

*“Potenciar a coordenação óculo-manual e óculo-pedal”RP01<sup>15</sup>*

Es desde las sensaciones que las experiencias favorecen el crecimiento en todas las áreas del desarrollo, motor, cognitiva, relacional y comportamental. El Musicoterapeuta describe como la producción sonora se convierte en un canal privilegiado para el espacio terapéutico específico de la Musicoterapia. El trabajo corporal forma parte también de la praxis de la Musicoterapia, los datos manifiestan el cuerpo y el movimiento en una dimensión afectiva y de conciencia de si propio.

b.3. **Área Relacional**- En este nivel se valorizan las capacidades de los niños en mantener intención en la interacción con los otros y con el mundo que lo rodea en resalta la capacidad de contacto visual.

*“Manter o contacto visual durante um jogo sonoro musical” RP06<sup>16</sup>*

Observamos como la Musicoterapia pretende desde estos objetivos dar respuestas en la rehabilitación para el desarrollo del niño interviniendo para potencializar sus capacidades. En el siguiente ejemplo podemos observar cómo están relacionadas las tres áreas en un mismo objetivo.

---

<sup>14</sup> “ Sentir diferentes movimientos y concientizar la noción de cuerpo”

<sup>15</sup> “Potenciar la coordinación óculo-manual y óculo pedal”

<sup>16</sup>“Mantener el contacto visual durante un juego sonoro musical”

*“Reagir adequadamente aos estímulos sensorio-perceptivos, como o sorrir ao receber carícias ou ser chamada pelo seu nome” RP03<sup>17</sup>*

Podemos ver como las áreas del desarrollo tienen un papel principal dentro de los objetivos que son propuestos para intervenir directamente con el niño.

c) **Dar Significado** esta subtagoria agrupa al concepto de que la Musicoterapia se propone como objetivos responder a las alteraciones de conductas. Constituimos esta subcategoría en dos dimensiones;

**c. 1. Del Movimiento**, incluye aquellos movimientos involuntarios estereotipados, los cuales son comunes en niños con graves deficiencias. Las alteraciones sensorio-perceptivas dificultan la relación cuerpo- movimiento y consecuentemente se manifiesta en movimientos repetitivos sin sentido o función. En esta dimensión **Del Movimiento**, se hace explícita la relación de dar significados a los movimientos, teniendo en cuenta la capacidad del niño por su **Intención** de hacer. También encontramos descripciones sobre la relevancia que se da en Musicoterapia a la sensación de **Placer** que podemos observar en el siguiente ejemplo:

*“Em termos da intencionalidade dos movimentos e principalmente nas atividades o ..... pede ao outro para satisfazer as suas necessidades. Apanha objectos do seu interesse ou que conhece. Sorri quando dança, balançando-se de um lado para o outro, aceita melhor o contacto corporal no acompanhamento do movimento e introdução de novos movimentos; diminuindo até desaparecer os movimentos estereotipados dos braços que realizava no início do ano” RP 04<sup>18</sup>*

---

<sup>17</sup>“Responder adecuadamente a los estímulos sensorio-perceptivos como sonreír al recibir caricias o a ser llamada por su nombre”

<sup>18</sup>“ en termino de la intencionalidad de los movimientos y principalmente en las actividades .... pide a otros para satisfazer sus necesidades de tomar objetos de su interes o conocimiento, Consigue bailar y lo hace al sonreír al balancearse de un lado hacia otro, disminuye hasta desaparece los movimientos estereotipados de los brazos que realizaba en el inicio del año”

Significar el cuerpo desde su sentir, consta en las dimensiones de esta subcategoría del sentir del **Placer** del propio movimiento y del propio cuerpo, como también se describen como objetivos de la Musicoterapia el de potencializar o desenvolver la capacidad de control del propio cuerpo.

*“consegue executar instrumentos com os quais favorecemos os movimentos dos membros superiores, a intencionalidade de acção, e a consciência de causa –efeito”RP05*

c.2 **Del Pensamiento** agrupamos los conceptos que son descriptos como objetivos propuestos de Musicoterapia en que interviene en el área de la expresión y del control emocional. Denominamos aquellos objetivos que el Musicoterapeuta describe como de significar o dar significado a las producciones que el niño realiza como fonemas que el niño produce, Evocación sonora que el niño identifica y se incluyen también las asociaciones que consiga realizar. Asociaciones sonoras a gestos, a imágenes, o de gestos y a sonidos socialmente identificados que están ligados a momentos destacados de las rutinas cotidianas.

En el siguiente ejemplo conseguimos ver descripto en los relatos de Musicoterapia que desde sus objetivos se propone intervenir para aumentar la capacidad.

*“Reconhecer os estímulos sonoros: como a voz dos adultos, objectos diversos e onomatopeias”RP02<sup>19</sup>*

*“Aumentar e dar significado na prática às inflexões vocais que ele produz, assim como a sua capacidade de projecção vocal”RP02<sup>20</sup>*

En este ejemplo se describe como objetivo de la Musicoterapia el de relacionar las producciones vocales con intención significativa, de que es o a que se refiere ese sonido. En el mismo ejemplo vemos que incluye la capacidad física por lo que se propone

---

<sup>19</sup>“Reconocer los estímulos sonoros como voces de los adultos, objetos diversos y onomatopeyas”

<sup>20</sup> “Aumentar y significar en la práctica, las inflexiones vocales que el produce, así como su capacidad de proyección vocal”

también aumentar la capacidad de proyección vocal requiere un trabajo a nivel de la fuerza muscular.

La sub-dimensión **Evocación** el Musicoterapeuta se propone utilizar los sonidos que ya están relacionados con los momentos o situaciones cotidianas del niño. Utilizando sonidos identificados de la vida cotidiana y que el niño consigue asociar a partir de su identificación por su sonoridad. Estos objetivos proponen desenvolver en el niño, desde los datos que proporciona la familia, su capacidad de reconocimiento, asociación e identificación. La información sonora del medio ambiente, desde todas sus perspectivas: como ubicación, especificidad tímbrica la cual indica lo que es este objeto, o del contexto de donde proviene el sonido.

*“Reconhecer os estímulos sonoros do seu meio, como a voz dos adultos, o abrir de portas, programas de T.V. e outros”<sup>21</sup> RP07*

Se hace referencia a otros sonidos que son familiares al niño y le dan una información espacio temporal necesaria para la constitución de la noción de ambiente. Lo que indica que la Musicoterapia utiliza no solo música sino también los sonidos desde la utilización de todas sus características, en su cualidad de información y percepción del medio. Teniendo en cuenta que se refiere a niños con baja capacidad visual, o invisuales, se considera que la audición es una de las principales vías para el niño conocer y se relacionar con el medio envolvente, como así también dar seguridad en la información clara que el niño recibe desde el medio sonoro.

Se describe como dimensión de la subcategoría del **Pensamiento** el concepto de **Asociación** la cual hace referencia a los objetivos Musicoterapia, que pretenden desarrollar en el niño la capacidad de asociar gestos. Gestos que el niño consiga imitar, acompañados de sonidos que el niño realiza. Se observa en la redacción de estos objetivos que tendrá un cariz compensatorio a la falta de lenguaje verbal de estos niños.

---

<sup>21</sup>“Traducción Reconocer los estímulos sonoros del medio, como la voz de los adultos, abrir de puertas, progra Ma de TV y otros”

*“Atualmente estamos a trabalhar em delimitar melhor as expressões “sim” e “não” com um som, introduzindo também a imagem do SPC e o movimento. Em termos da intencionalidade dos movimentos e principalmente nas actividades lúdicas, sonoras e musicais com o piano e o metalofone. O .... Esforça-se por executar os instrumentos com interesse, aceitando a ajuda necessária para o conseguir fazer”RP02<sup>22</sup>*

En la Subdimensión **Fonemas**, encontramos en los objetivos descritos en los datos que la Musicoterapia se propone desarrollar la capacidad de emisión de fonemas o sonidos guturales que los niños producen con intención de expresión, que se reseña en el ejemplo a continuación:

*“Aumentar e dar significado na prática às inflexões vocais que ele produz”RP07<sup>23</sup>*

#### **5.1.4.2. Categoría “Del Hacer Musicoterapia en Atención Temprana”**

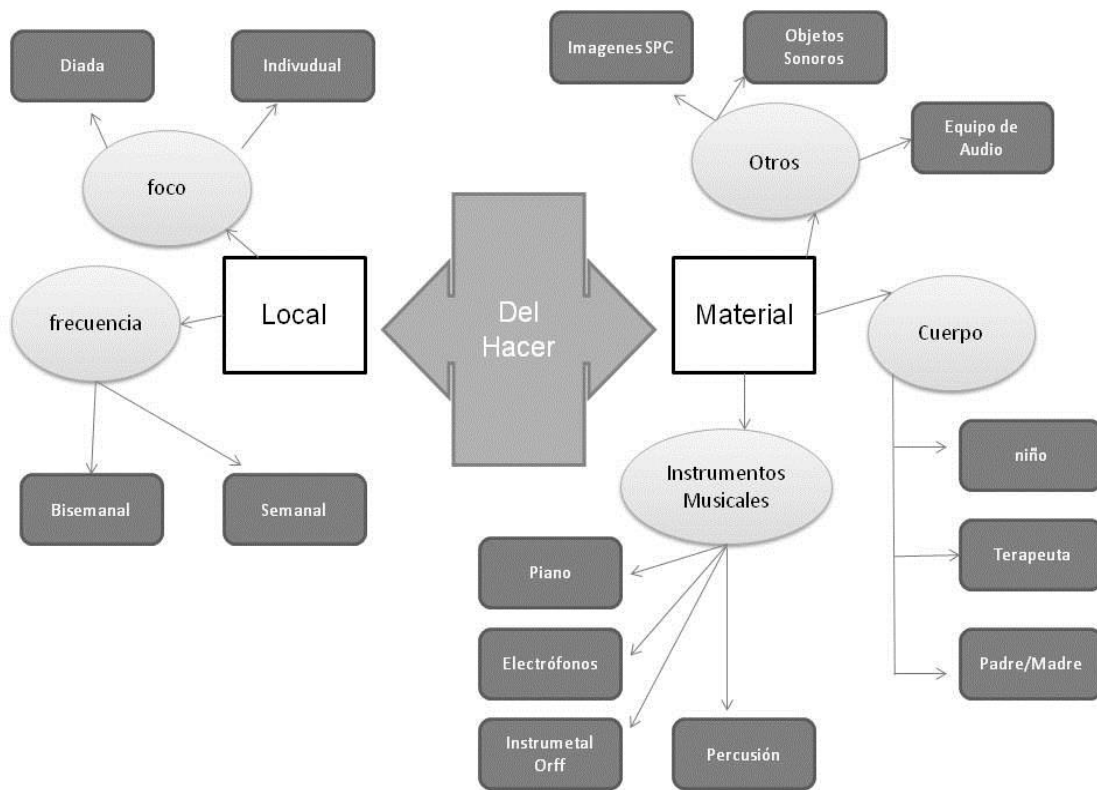
Las informaciones relativas a esta categoría complementan la anterior categoría. De los objetivos, encontramos como relevante **Del Hacer** Musicoterapia en Atención Temprana. Contextualizando la Musicoterapia surge desde los documentos respondiendo a las preguntas donde, cuando y con que se hace la Musicoterapia en Atención Temprana.

---

<sup>22</sup>Actualmente estamos trabajando en delimitar mejor las expresiones “si” y “no” con un sonido introduciendo también la imagen de SPC y el movimiento. En termino de la intencionalidad de los movimeintos y principalmente en las actividades lúdicas, sonoras musicales com el piano y el metalofón X.... Se esfuerza por ejecutar los instrumentos com interes aceptando la ayuda necesaria para conseguir hacerlo.

<sup>23</sup>Aumentar y significar la practica de las inflecciones vocales que el produce”RP07

. Figura 13. Categoría del Hacer.



Donde se realiza nos remite específicamente a dos dimensiones:

- a. **Local** por lo que se describe la realización de Donde la Musicoterapia se sucede, y
- b. La dimensión **Materiales**, como respuesta a la pregunta. ¿Con que se realiza Musicoterapia?
  - a. Subcategoría **Local** con sus características específicas en las cuales se determinan la dimensión a.1. **Frecuencia** la que se describe como se suceden en el tiempo las sesiones de Musicoterapia, siendo semanal o bisemanal según las necesidades de la familia.

*“abordagem da Musicoterapia é indicada para o----- numa modalidade de duas sessões semanais de 40 min. Aproximadamente com os seguintes objetivos”RP04<sup>24</sup>*

a.2. Del **Foco** agrupamos en esta dimensión las correspondencias que hacían referencia para quienes son direccionadas las sesiones de Musicoterapia. Encontramos en esta dimensión subdimensiones que denominamos **Individual** y **Diada** porque los datos revelan que las sesiones tienen como eje el niño pero esta centrada también en el niño y uno de sus progenitores, que mayoritariamente fueron las madres de los niños y en solo uno de los casos del estudio quien participaba habitualmente fue el padre.

Surge en los datos que desde los documentos se enfatiza la importancia de la asiduidad y regularidad en las sesiones como una variable que influye en el proceso terapéutico. Observamos que la Musicoterapia no es un hecho aislado, o una actividad única, sino que es un proceso que se sucede durante un espacio de tiempo, en el que se estipulan los objetivos que serán trabajados, como también en donde se realizaran. La duración de las sesiones se revelan con una propuesta clara para los padres, que incluye su participación y que se destacan en los documentos como ¿podemos apreciar en el ejemplo siguiente:

*“O Balanço do processo terapêutico deste período é muito positivo, sendo de realçara colaboração dos pais no que respeita às estratégias propostas”RP02<sup>25</sup>*

b. La Subcategoría **Material** se encuentra en este constructo descripto como todos aquellos objetos, materiales, que fueron utilizados para la realización de la Musicoterapia, los cuales se dividen en tres dimensiones

---

<sup>24</sup>“Abordaje de la Musicoterapia es indicada en ----- en una modalidad de dos sesiones semanales de 40 min. aproximadamente com los siguientes objetivos”

<sup>25</sup>“El balance del proceso terapéutico de este periodo es muy positivo resaltado la colaboración de los padres en las estrategias propuestas”.



b.1. Como primera dimensión clasificamos los **Instrumentos musicales**. Esta misma se encuentra subdivida por su clasificación básica: percusión, idiófonos (metalofones, rocas, xilofones) viento (flautas, pitos), electrófonos (teclado). Que también se subdividen por su timbre (agudo-medio-grave) e por su dificultad de ejecución (con ayuda o sin ella).

*“Ao nível sonoro é trabalhado, não só o ouvir musica e o sentir-se à vontade, mas também o receber das vibrações do tambor nos pés. O sentir nas palmas das mãos os instrumentos a soar tem sido uma experiência positiva e emotiva”RP 03<sup>26</sup>*

b.2. Segunda dimensión denominada **Cuerpo** en ella se clasifica a los intervinientes, ya que todo lo que se realiza se hace con la presencia física de los individuos protagonistas de las sesiones de Musicoterapia a los cuales se hace referencia: el niño, su padre y/o madre y el terapeuta. Como se ve explicito en el proximo ejemplo:

*“O R.....é muito exigente quanto à dependência do corpo do outro, o que demonstra uma grande labilidade emocional relativamente à pouca consciência do próprio corpo, e à necessidade de colo quase permanente por parte da sua mãe”RP 07<sup>27</sup>*

El Musicoterapeuta describe la relación entre espacio- cuerpo- contacto en la que tanto el niño como su madre manifiestan su comunicación desde una relación física corporal, en el espacio donde se desenvuelvelarelación afectiva entre ellos.

b.3. En la dimensión **Otros Materiales** se corresponden aquellos objetos que también son utilizados en las sesiones de Musicoterapia y a los cuales clasificamos de objetos

---

<sup>26</sup> “A nivel de lo sonoro es trabajado, no solo el oír música y sentirse bien, sino también el recibir las vibraciones del tambor en los pies. El sentir las palmas de las manos en los instrumentos a sonar, ha sido una experiencia positiva y emocional”

<sup>27</sup> “ ..... Es muy exigente en cuanto a la dependencia con el cuerpo del otro, lo que demuestra una gran labilidad emocional relativamente a la poca conciencia del propio cuerpo, y la necesidad de brazos casi permanente por parte de su madre”

sonoros (cajas de música, bolas con sonido, juguetes que producen sonidos) o no sonoros que son como materiales para el buen posicionamiento y comodidad de los intervinientes tales como almohadas y colchones.

*“Rejeita ao primeiro contacto estímulos táctes, como almofadas e peluches, demorando algum tempo até os reconhecer como estímulos agradáveis e gostar deles”RP04<sup>28</sup>*

También aquellos materiales de apoyo visual que son utilizados para la realización de actividades, las imágenes de Sistema Aumentativo Alternativo de Comunicación (SPC) o muñecos. Se incluye en esta categoría también, los materiales que son precisos para reproducir música como el equipo de Música, reproductor de cds.

#### **5.1.4.3. Categoría “Actividades de Musicoterapia en Atención Temprana”**

La Categoría Actividades responde a la pregunta: que es lo que realmente se hace en las sesiones de Musicoterapia? Lo que nos deja observar que tipo de acciones realiza el Musicoterapeuta en sus sesiones y cuales son los elementos con los cuales se realiza el fenómeno en estudio. Así encontramos a partir de los memos que esta categoría resulta de la agrupación de 4 grandes subcategorías que son: a **Juegos de imitación**, b. **Juegos de improvisación**, c. **Musical** y d. **Canciones**. Que se observan en la figura 14 a continuación.

a. La Subcategoría **Juegos de imitación** engloba aquellas actividades en que los datos hacen relevante que en sus actividades se realizan actividades lúdicas, juegos directamente con el niño en que se imita o se pretende que el niño imite al terapeuta. Destacadas con dos dimensiones que denominamos **ecos rítmicos** y **ecos melódicos**; cuando hablamos de imitación nos referimos a los ritmos musicales a una organización de sonidos que se asimila y se reproduce. Donde hay jerarquía de sonidos y silencios que deben ser respetados, y que son parte esencial para la percepción de la frase que se

---

<sup>28</sup> “com los estímulos táctiles como almohadas y peluches, rechaza al primer contacto demorando algún tiempo hasta reconocerlo como un estímulo agradable y gustar del”

realiza, un sonido un silencio corto también se manifiesta aquí la duración de ambos y la necesidad de control para poder escuchar ejemplo y reproducirlo.

a.1. La dimensión **Ecos Rítmicos** se encuentra ligada naturalmente a la actividad corporal, porque precisamos de una parte del cuerpo que generalmente son la palmas, pero también se hace referencia en los informes a golpear alguna otra parte del propio cuerpo o del cuerpo del otro (madre/padre)

*“Reforçar a atenção e a imitação através de ecos rítmicos e melódicos com projeção vocal” RP 06<sup>29</sup>*

Desde los memorandos realizados durante el análisis de los documentos, encontramos descritas actividades que dicen respecto al hacer musical como son: marcar el acento (caída regular, natural que tiene la música. Impone la medida de su totalidad); pulso (unidad de medida, que sirve de soporte para el desarrollo rítmico); ritmo (valores que varían aumentando y subdividiéndose, forma una estructura un esquema).

En estas actividades se observa la coordinación motora y la capacidad cognitiva de atención para escuchar un modelo y reproducirlo, la intención de respuesta, el tiempo en que este proceso de atención, cuando se pretende que el niño escuche y responda reproduciendo un modelo de forma musical.

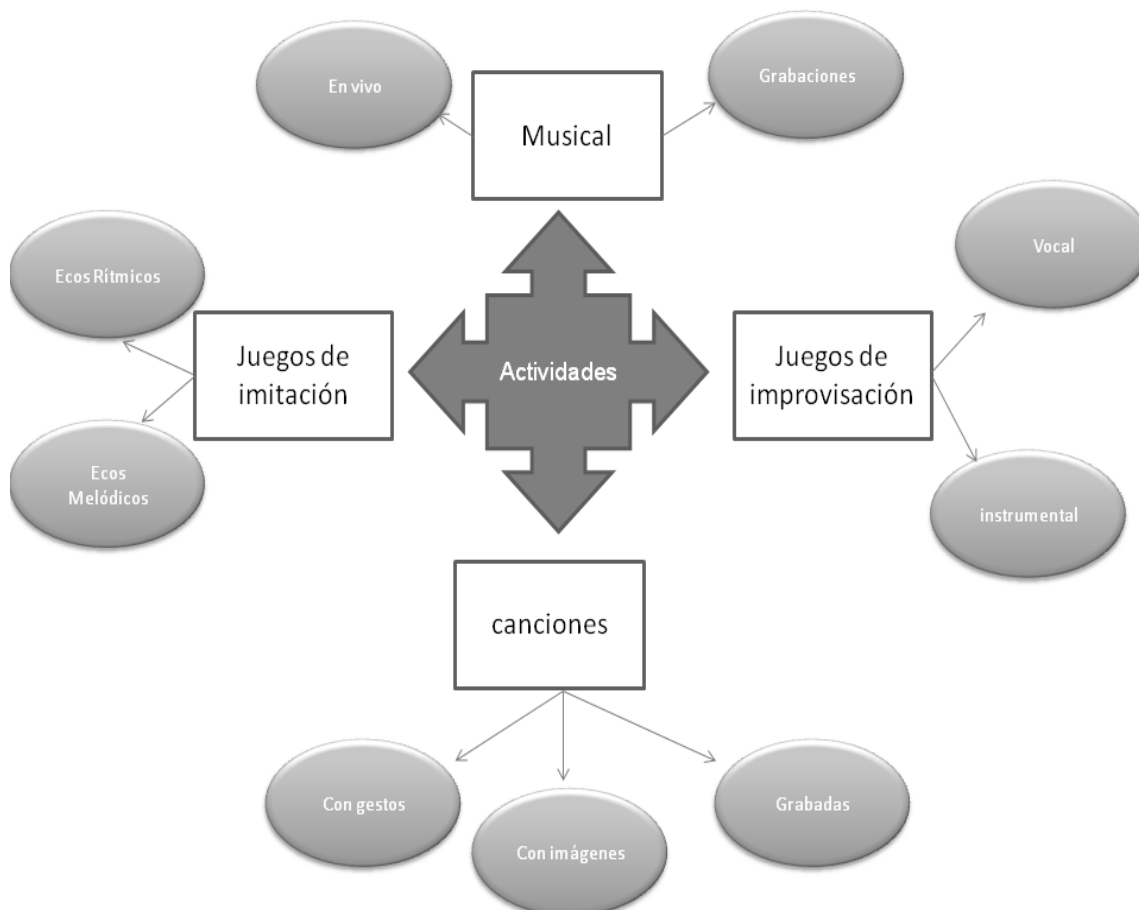
a.2. Esta Dimensión **Ecos Melódicos** se describen las actividades de proyección vocal que remite a la acción de repetición de laleos. Incluye las actividades e que pretende actuar en el control de la respiración. Incorpora en estas actividades los elementos melódicos musicales desde la naturalidad sonora comunicativa de preguntas y respuestas que tendrán un sentido propio, según las variaciones de intensidad o altura del sonido (agudo-grave). Describe así que al realizarlos desde la proyección vocal para un análogo instrumental se realizan inflexiones vocales que imprimen una dinámica en la que puede ser significados por la Madre y luego poner en palabras de lo que aquello significa sobre lo que observo escuchen la relación con su hijo.

---

<sup>29</sup>“Reforzar la atención y la imitación desde ecos rítmicos y melódicos con la proyección vocal”

*“É também importante estruturar e classificar o significado dos sons queela produz, já que na sua envolvente conseguem decodificar e perceber o que a C... precisa”<sup>30</sup> RP 05*

Figura 14. Categoría Actividades



b. Subcategoría **Juegos de Improvisación**, descritos en los documentos como actividades en que se da al niño un espacio para hacer dejarlo explorar jugar, con los materiales que existen en la sala instrumentos musicales e otros. Como también en esta actividad se contemplan la exploración sonora vocal. En esta Subcategoría se describen las siguientes dimensiones.

---

<sup>30</sup> “Es también importante estructurar y clasificar el significado de los sonidos que produce, dado que su entorno próximo consigue decodificar y entender lo que C...precisa”

a.1. **Vocal** que hace referencia a los juegos de improvisación que el Musicoterapeuta propone actividades de improvisación instrumental y vocal que se realizan con la voz, del niño o su madre.

*“Atividades sonoras instrumentais e vocais, que consiga decidir o material sonoro instrumental e consiga imitar um modelo de voz cantada junto da sua mãe”RP06<sup>31</sup>*

b.2 la Dimensión **Instrumental** en la que se describen los juegos de improvisación que se realizan en las sesiones de Musicoterapia con los instrumentos musicales, esta dimensión es descripta por la utilización terapéutica del uso que el Musicoterapeuta hace de estos materiales propiamente dicho.,

*“esforça-se por executar os instrumentos com interesse aceitando a ajuda necessária para o conseguir fazer”RP02<sup>32</sup>*

*“Tem interesse pela sonoridade dos instrumentos, experimenta os tambores, o triângulo e o xilofone (madeira) após o convite e nunca espontaneamente.”RP07<sup>33</sup>*

c. Subcategoría **Musical** se encuentran en esta subcategoría dos dimensiones las cuales fueron clasificadas como Música en Vivo y Grabaciones

c.1. **Música en Vivo** en la cual el terapeuta ejecuta un instrumento. La propia denominación de esta terapia se encuentra nominal la Música “Musicoterapia” por la cual se refieren a la música como abordaje natural. Es evidente su utilización explícita durante las sesiones aunque no se especifica cual música, o que estilo.

---

<sup>31</sup>“Actividades sonoras instrumentales y vocales que consiga decidir el material sonoro instrumental y consiga imitar um modelo de voz cantada junto a su madre”.

<sup>32</sup>“Se esfuerza por ejecutar los instrumentos con interés, acepta la ayuda necesaria para hacerlo”

<sup>33</sup>“ Tiene interés por la sonoridad de los instrumentos, experimenta los tambores el triángulo y el xilofon(madera) después de lo invitar, nunca espontáneamente”

*“Acompanhar a música com movimento dos braços” RP06<sup>34</sup>*

El lenguaje musical está compuesto por una organización de sonidos que transmiten y generan un significado para quien lo produce y para quien lo recibe, y es desde el concepto de la música como un canal de transmitir y generar las bases más simples o las más complejas. Como podemos observar en el ejemplo a continuación:

*“Acompanhar as escalas ascendentes com movimentos para cima e ao contrário” RP 06<sup>35</sup>*

Aquí se hace referencia a la utilización que se hace de la música en sus características modales escalas ascendentes/descendentes. Presupone que se encuentra implícita la utilización de músicas del entorno cultural del niño, que son de su conocimiento o entorno habitual.

En la Subcategoría **Canciones** como su nombre lo indica están referenciados las actividades en las cuales se utilizan canciones, fue constituida por tres dimensiones:

Se hace referencia en los informes a la utilización de canciones predominantemente en escalas pentatónicas, de fácil reconocimiento de los niños, las canciones infantiles que sus padres cantan en sesión o que ha sido dado como información de la educadora del jardín de infantil. En esta subdimensión fueron identificadas las canciones infantiles desde una diferencia con respecto a su utilidad, de cantar las canciones, o en donde el terapeuta crea una canción ya sea con el nombre del niño, el nombre de uno de los elementos de su familia, o cantar situaciones de su vida diaria.

*“algumas lalações de três notas em forma monocórdica, de muito baixa intensidade e quase imperceptíveis quando cantei uma canção conhecida “O balão do João”, na qual modifiquei a letra” RP 07<sup>36</sup>*

---

<sup>34</sup>“Acompaña la música con movimientos de los brazos”

<sup>35</sup> “Acompañar las escalas ascendente com movimientos para arriba y al contrario”

c.1 Las **Canciones Grabadas** aquellas que se describen por su utilización para escuchar, que son utilizadas para desenvolver la escucha como también para promover el movimiento.

c.2 Las **Canciones con Imágenes** son descriptas en su utilización para trabajar objetivos como el de asociación de imágenes al sonido, en la que encontramos canciones que mencionan un objeto característico o un concepto, o actividad como puede ser una imagen que idéntica una música completa.

c.3 **Canciones Acompañadas por Gestos** fueron reunidas aquellas descripciones en las que se describían las canciones que son acompañadas por gestos asociados a la letra de la canción.

*“Nas atividades de memorização de gestos e canções o A.....consegue realizar, de forma mediana, com a referência do adulto, uma imitação no tempo certo. O ..... Acompanha melodias simples com a sílaba “pa” respeitando a entoação e o tempo”RP01<sup>37</sup>*

#### **5.1.4.4. Categoría “Consecuencias de la Musicoterapia en Atención Temprana”**

A nivel de la categoría **Consecuencias** surge en los documentos una descripción acerca de lo que resulta de la Musicoterapia, desde los hechos que son observables. De la intervención directa en Musicoterapia son referidos los resultados de los procesos, los cuales son directamente proporcionales a los objetivos propuestos. En este constructo llegamos a conocer cuáles son las necesidades del cliente y su familia al que la Musicoterapia respondió. Vemos desde esta categoría cual es el valor de la

---

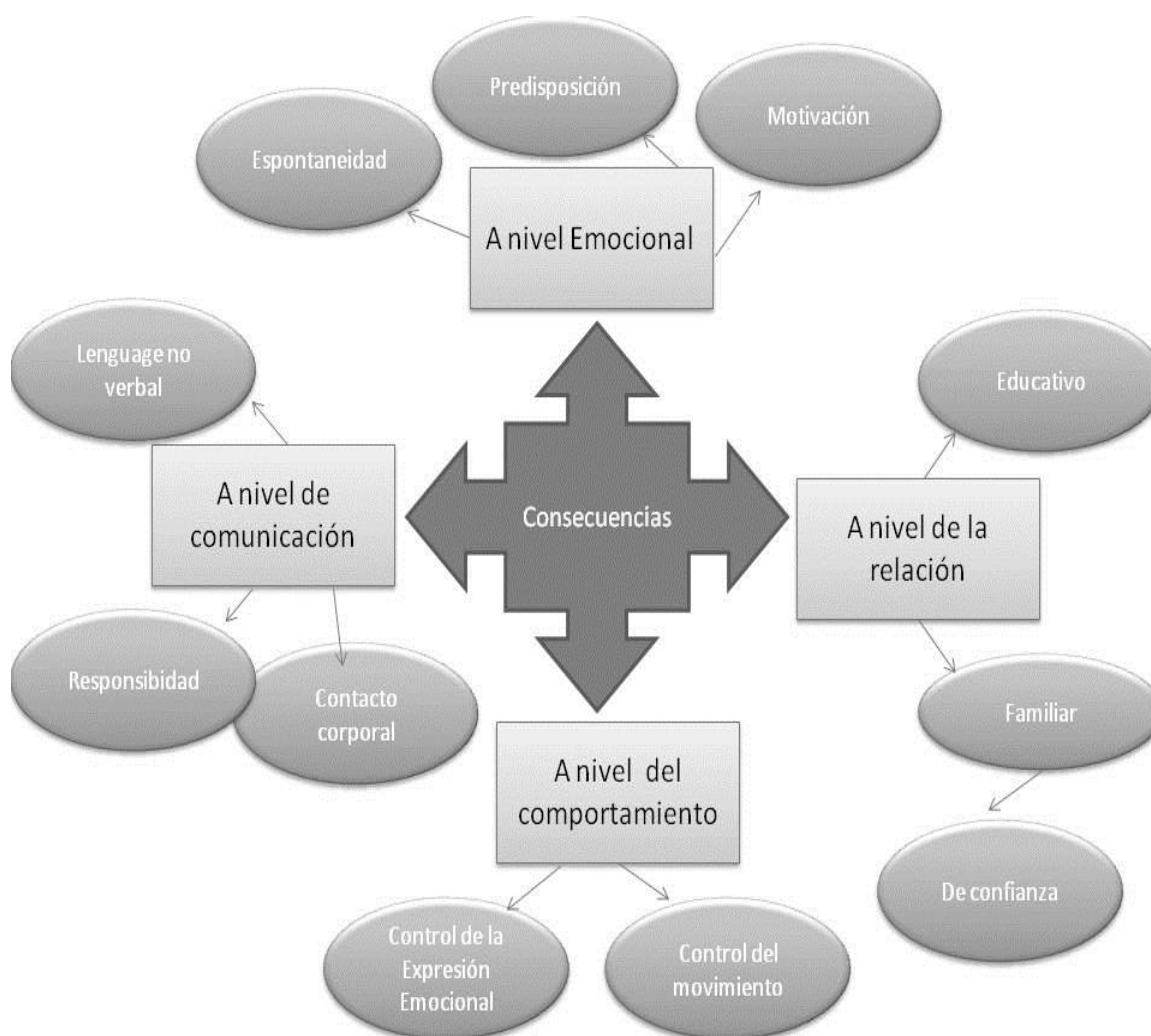
<sup>36</sup> “algunos laleos de tres notas en forma monocordica, de muy baja intensidad, y casi imperceptible. Cuando yo cante una canción conocida” el globo de Juan” a la que le cambie la letra”

<sup>37</sup> “En las actividades de memorización de gestos y canción .. A.... consigue medianamente realizar, con una referencia del adulto una imitación en tiempo real. A..... acompaña melodías simples con la sílaba “pa” respetando la entonación y el tiempo”

Musicoterapia, en Atención Temprana, en su intervención. El Musicoterapeuta describe en sus informes las adquisiciones en diferentes áreas del desenvolvimiento siguiendo el modelo de Atención Temprana que visa favorecer el desarrollo bio-psico-social del niño y su familia.

Encontramos como emergentes cuatro subcategorías que se describen en el cuadro siguiente figura n 15

Figura 15. Categoría Consecuencias



a. En la subcategoría **Nivel Emocional** fueron caracterizadas consecuencias a este nivel que se clasificaron en tres dimensiones:

**Espontaneidad, Predisposición, Motivación** que se describen a continuación.

a.1 **Espontaneidad** se considera en esta dimensión como resultado de la intervención en Musicoterapia la actividad voluntaria del hacer del niño.



*“Desenvolveu capacidade de selecção e de exploração intencional dos materiais e imita uma frase de dois tempos, acompanhando com a expressão vocal” RP06<sup>38</sup>*

*“tem alguma intencionalidade na manifestação das suas necessidades básicas, como o choro quando está incomodado e o sorriso quando está perante uma sensação agradável, as quais é preciso investir para aumentar a expressão emocional” RP 07<sup>39</sup>*

Fueron considerados las expresiones de los niños en esta dimensión cuanto se describió en los documentos un esfuerzo motor acrecentados para la realización de las actividades en la sesión, que revela una respuesta una actitud a nivel emocional.

*“esforça-se por executar os instrumentos com interesse aceitando a ajuda necessária para o conseguir fazer” RP 02<sup>40</sup>*

a.2. La **Predisposición**, es descripta como una actitud relevante en la sesiones de Musicoterapia, por la que se considera que en las actividades con niños pequeños, es necesario que ellos tengan una buena predisposición a la actividad para que el terapeuta pueda intervenir. En los documentos fue descripta esta dimensiones por favorecer las mudanzas del estado de ánimo y ser por medio de las sesiones de Musicoterapia que el niño conseguía una mejor predisposición en la relación con su progenitor o también hacia otras terapias.

a.3. En la dimensión **Motivación**, fueron expuestos aquellos actos voluntarios que surgen de la propia actitud del niño, que se encuentra descripta explícitamente durante en las actividades y por medio de los materiales sonoros que se utilizan en esta

---

<sup>38</sup>“Desenvolvió la capacidad de elegir y de exploración intencional de los materiales e imita una frase de dos tiempo con expresión vocal”

<sup>39</sup>“Tiene alguna intencionalidad en manifestar sus necesidades básicas, llora cuando está incomodado y sonríe cuando es una sensación las cuales es preciso invertir para aumentar la expresión”

<sup>40</sup>“se esfuerza por ejecutar los instrumentos con interés, aceptando la ayuda necesaria para conseguir hacerlo”

intervención. Estos materiales suman un valor agregado a la realización de actividades que tiene objetivos de carácter más de rehabilitación, como el abrir la mano, pero que el niño accede naturalmente por voluntad propia.

*“O sentir os instrumentos a soar nas palmas das mãos, tem sido uma experiência positiva e emotiva, aumentando a resposta com sons guturais que produz” RP05<sup>41</sup>*

**b. Nivel de Comunicación** -Esta subcategoría agrupa las consecuencias que hacen referencia a la comunicación; encontramos en los documentos analizados que posee un lugar de relevancia y es vista la comunicación en su globalidad. Son consideradas tres dimensiones: **Lenguaje no verbal, Responsabilidad y Contacto Corporal.**

**b.1. Lenguaje no verbal** se describe como una influencia del proceso en Musicoterapia resultados a nivel del lenguaje no verbal, tanto lo que se refiere como aumento en las producciones vocales y gestos con intención de comunicar emociones.

*“Tem aumentado na Área da Comunicação e Linguagem, comunicação das suas emoções básicas (alegria, tristeza, agrado, desagrado) com emissão de sons e gestos adequados às situações. Responde ao ser chamado pelo nome e compreende a linguagem não verbal quando as orientações são de pedido único e explícito” RP 05<sup>42</sup>*

Cabe destacar que el lenguaje no verbal no solo es descripto como una capacidad a ser producida por el niño, sino también por la capacidad de interpretar los gestos, en la cual se pone de manifiesto la capacidad de dar respuesta.

**b.2. Como Responsabilidad** fueron consideradas todas las capacidades de respuesta que los niños dan a nivel no verbal, desde la expresión gestual: a ser llamado por su nombre,

---

<sup>41</sup> “El sentir las palmas de las manos los instrumentos a sonar, há sido una experiencia positiva y emotiva. Aumentando la respuesta de los sonidos Guturales que produce”

<sup>42</sup> “Aumentado en el Area de comunicación y lenguaje, la comunicación de sus emociones básicas (alegria, tristeza, agrado, desagrado) com emision de sonidos y gestos adecuados a las situación. Responde a ser llamado por su nombre y comprende el lenguaje no verbal cuando las orientaciones son de pedido único y explícito”

lo que implica una mejor capacidad de comunicación del niño para con sus pares y adultos, y de potencializar sus habilidades para conseguir expresar lo que quiere o necesita, siente o piensa. Considerando que los niños no tienen un lenguaje verbal adquirido es de mayor relevancia el de conseguir valorizar e interpretar su comunicación no verbal y así fortalecer esta con los adultos de su entorno.

b.3. En la dimensión **Contacto corporal** fueron clasificados aquellos códigos en los cuales se hace referencia a las consecuencias en la relación física de comunicación por contacto físico que interviene entre la madre/padre/hijo y también con el terapeuta. Estas son descritas básicamente por su desarrollo espontáneo.

*“eu intervenho a tocar uma canção simples com o seu nome. Ele bate palmas e a seguir toma a minhas mãos pela primeira vez para levar ao piano” RP07<sup>43</sup>*

c. **Nivel de la Relación** -En esta subcategoría se hace referencia a la propia intervención en atención temprana que se encuentra definida por su carácter sistémico, lo que implica que no está direccionada apenas para el niño sino también que el Musicoterapeuta interviene junto de la familia y junto del espacio educativo del niño, como se describe en el ejemplo a continuación. En esta interacción que también influencia el proceso terapéutico, se clasifican dos categorías:

c.1. **Educativo** -En esta dimensión se encuentran descritas las comunicaciones y relaciones que se realizan también con el espacio educativo del niño, por el que se potencializa una mejor comunicación relación del niño, la familia y los educadores/colegas/auxiliares.

c.2. **Familiar** - Esta dimensión tiene una característica relativa a la confianza necesaria para constituir una relación terapéutica.

*“O Balanço do processo terapêutico deste ano é muito positivo, realçando a colaboração da mãe no que respeita às estratégias propostas, a*

---

<sup>43</sup>“Yo intervengo al cantar una canción simple con su nombre. El aplaude y toma mis manos por primera vez y las lleva al piano”

*comunicação fluida com as educadoras da sala e do apoio educativo” RP05<sup>44</sup>*

*“Facilmente conseguimos ter uma relação de confiança o que facilita o processo terapêutico enquanto dinâmica das sessões”RP02<sup>45</sup>*

d. **Nivel del Comportamiento** – Esta subcategoría en la que se destacan dos dimensiones: Control de la expresión emocional y control de los movimientos. Se caracteriza en la descripción de los resultados en la cual el Musicoterapeuta observa en el niño su comportamiento.

d.1. **Del Control Emocional** - Esta dimensión hace referencia a los resultados obtenidos a nivel de la expresión emocional del niño.

*“adequa os gestos às emoções mais fundamentais, ri quando está contente e gosta da actividade, queixa-se quando quer ir embora, chamando pela sua mãe”RP01<sup>46</sup>*

d.2. **Del Control de Movimiento** - Se señalan como consecuencias del trabajo realizado en las sesiones de Musicoterapia la intención de que el niño adquiriera algún control de su propio cuerpo. Cada una de las áreas del desarrollo infantil es contemplada como efectos

*“ O....tem vindo a adquirir algum controlo e coordenação motoras, o que lhe tem permitido ganhar maior segurança no controlo motor óculo-pedal e*

---

<sup>44</sup> “El balance del proceso terapeutico de este año es muy positivo, se realiza la colaboracion de su madre en lo que respecta a las estrategias propuestas, la comunicación fluida com las educadoras de la sala y del apoyo educativo”

<sup>45</sup> “facilmente conseguimos tener una relacion de confianza lo que facilita el poceso terapeutico en cuanto dinámicas de las sesiones”

<sup>46</sup>“Adecua los gestos a las emociones mas fundamentales, rie cuando esta contento y le gusta la actividad, se queja cuando se quiere ir y llama por su madre”

*óculo-manual. Estes aspectos foram trabalhados na execução de vários instrumentos de percussão: tambor, bateria , metalofone” RP01<sup>47</sup>*

*“emite alguns sons aiaiaiaia, oiioioioio, aquilla, AHAHAAH com diferenças de intensidade, entre o sussurro e o grito, sendo semelhante aos seus movimentos estereotipados com a mão direita, especialmente quando ele mexe repentinamente, a princípio de forma brusca e baixando a intensidade até desaparecer, com intervalos para logo voltara começar”RP07*

Estas actividades motoras son determinantes, en el proceso de construcción de personalidad del niño como refuerza el Musicoterapeuta. Que describe como desde las actividades de ejecución instrumental reconoce como efecto en el niño mudanzas en el sentir, conocer y controlar su propio cuerpo.

*“O L.... aceita melhor novos estímulos sonoros e tácteis, tem desenvolvido maior interesse na exploração, diminuindo notavelmente a exploração oral dos materiais, assim como as estereotipias motoras quando se encontra acompanhado no trabalho directo com o terapeuta” RP 07<sup>48</sup>*

Donde la exploración oral o los movimientos estereotipados disminuyen en las actividades que se realizan en las sesiones de Musicoterapia y que son observadas por el Musicoterapeuta como un resultado factible durante la intervención.

---

<sup>47</sup>“.....ha adquirido algun control en la coordinacion motora, lo que le há permitido ganar mayor seguridad en el control motor, oculo pedal y oculo manual. Lo cual fui trabajado en la ejecucion de varios intrumentos de percucion: tambor bateria, metalofon”

<sup>48</sup>“L.... acepta mejor nuevos estímulos sonoros y tácteis, há desarrollado mayor intere en la exploracion, disminuyo notablemente la exploracion oral de los materiales, asi como tambien las estereotipias motoras cuando se encuentra acompañado en trabajo directo con la terapeuta”

*“Diminuiu bastante as estereotipas motoras e no trabalho directo desapareceram por completo”RP01<sup>49</sup>*

El Musicoterapeuta transmite desde sus informes como el desarrollo físico y emocional se encuentran íntimamente relacionados. De cómo el cuerpo y el movimiento son objetivo y efectos que se trabajan desde la Musicoterapia. Se encuentran en el análisis de los documentos que el Musicoterapeuta transmite a los otros interviniente colegas del equipo y a los padres de los niños principalmente esta consecuencias de lo que el niño puede hacer, considerando que este concepto tiene una relación estrecha con el comportamiento del niño en desarrollo como ser.

### **5.1.5. Discusión y Conclusiones.**

Los aspectos evidenciados de los datos de este estudio, sobre la praxis de la Musicoterapia en Atención Temprana, nos llevan a responder aquellas cuestiones que nos propusimos encontrar sobre cómo, o de que habla la Musicoterapia sobre sí misma, cuando relata lo que sucede en el proceso de Musicoterapia. Son relevantes en este estudio que los documentos especifican claramente cuáles son los objetivos que se proponen como también sus resultados. Encontramos de esta forma coincidencias con autores como Aigen (1995) y Smeijsters (1997) que sostiene que los procesos musicales son análogos a los procesos psíquicos. Esto implicaría decir que la manera en que el paciente se comporta en las sesiones de Musicoterapia tiene directa relación con su comportamiento habitual fuera de ellas. Según estos autores y también en este estudio esto se observa: en el hecho de que dentro del contexto musical tiene lugar un acontecer no musical, en que los elementos musicales como melodía, pulso ritmo, tiempo, dinámica, timbre, forma e interacción musical, son un equivalente simbólico de un acontecer no musical. En el cual son posibles procesos musicales que muestran coincidencias con procesos psíquicos.

---

<sup>49</sup> “Disminuyo bastante las estereotipias motoras y en el trabajo directo desaparecem completamente”

Consideramos que los modelos subyacentes de las categorías centrales en las que fueron descritos los objetivos, actividades, materiales y consecuencias nos llevaron a distinguir cuatro dimensiones: afectiva, corporal, cognoscitiva y de comunicación. Surgen en cada una de las categorías centrales como fundamentales e interrelacionadas, que pasamos a describir a continuación:

1. Dimensión afectiva: la Musicoterapia se propone realizar todos sus objetivos y actividades desde una experiencia con un significado en la que se encuentran ligadas las sensaciones de placer/displacer a la capacidad de expresión emocional. Los objetivos propuestos responden a los actuales modelos de intervención de Atención Temprana, utilizando la misma terminología y realizando un consenso con los objetivos del equipo, la particularidad que vemos es que en todos los documentos analizados el Musicoterapeuta destaca aquello que hace tener un significado a nivel emocional y que le compete para desenvolver la relación en la día.

Como manifiesta Del Olmo (2005) una característica de la música es la de poder ejercer la función de mediador semiótico de los niños en la primera infancia y sus progenitores. Enfatiza la autora que en las expresiones primarias como ira, alegría, miedo, disgusto sorpresa, la música puede ayudar a entender lo que sucede en relación al estado emocional. Esta características de la música como facilitadora de la expresión emocional es un beneficio utilizado como herramienta terapéutica en niños con graves afecciones en sus etapas del desarrollo, dado que los efectos de la música están íntimamente ligados a los estados anímicos, emocionales y perceptivos de los participantes.

3. Dimensión Corporal: el Musicoterapeuta tiene en cuenta el cuerpo del niño desde su postura corporal, como también del espacio relacional entre el niño/progenitor/terapeuta. Desarrolla un trabajo específico a nivel de la distinción y conciencia del cuerpo, tanto del sentir el propio cuerpo como también se propone ayudar a adquirir las nociones de percepción ya sea cuando hay una patología con alteraciones en la sensopercepción o alteraciones en las funciones del cuerpo como en la parálisis cerebral. Particularmente desde la Musicoterapia no solo se hace referencia al movimiento o posicionamiento adecuado del niño, sino también del control del movimiento, muy especialmente a las nociones de adentro y afuera del cuerpo.

Encontramos una descripción de las actividades y resultados que dan un énfasis a la respiración y a la proyección vocal. Estas actividades contemplan la fuerza muscular, el tiempo de inspiración expiración para adquirir el control del grito, del llanto, de las vocalizaciones las cuales para ser controladas precisan de adquirir conciencia, primero de que produce una reacción en los otros, después una conciencia del propio aparato fonador y de la respiración como del tono muscular del diafragma. La relación música y movimiento ha sido ampliamente investigada desde las cuatro últimas décadas, desde que se comienza a seguir un modelo neuropsicomotor de la evaluación del impacto del estímulo musical en el proceso neurológico que influye en el comportamiento motor (Thaut, 1988; Soria-Urios et al., 2011) Estos objetivos nos permiten entender que desde la intervención directa en Musicoterapia se pretende explorar las producciones del cliente, niño/madre, acompañarlas imitarlas reorganizarlas y desde allí que el niño intente explorar conocer y dentro de sus posibilidades logre controlar su cuerpo. Lo que el Musicoterapeuta considera como de facilitador del vínculo y de un desarrollo global saludable como también lo explico Valgerour (2002) que principalmente en Atención Temprana la Musicoterapia debe tener en cuenta la relación madre/hijo/padre, considerando también por Stern (1985) la Musicoterapia se lleva a cabo en una etapa del niño determinante por lo que su principal función es la de favorecer la maduración, el desarrollo global y su crecimiento también a nivel emocional/relacional con sus padres.

3. Dimensión Cognoscitiva: esta dimensión es abordada por la Musicoterapia desde las bases de potencializar la capacidad del campo perceptivo hasta la utilización de los sonidos, para que el niño desarrolle la capacidad de atención a su entorno y ambiente, ubicación temporal y espacial. Donde estoy, que hora o momento del día, aquello que se refiere a la orientación de la vida cotidiana. Los datos evidencian en todos los casos que la intervención directa con el niño pretende principalmente desarrollar las capacidades cognitivas como atención, asociación y memoria. Actividades como la de asociar los sonidos básicos como el del motor de un auto que es identificado por el niño como de llegada de su padre a casa, como de una banda sonora de tv que identifica un horario en particular. En este estudio encontramos que la Musicoterapia tiene como objetivos los de concienciar también a los padres de estos recursos evocativos sonoros para potencializar la comunicación y la relación padres e hijos y hacer con que ellos lo extiendan a su familia alargada.



4. Dimensión de la Comunicación: Coincidiendo con Benezon (1985) es considerado el lenguaje no verbal como un sistema global que tiene encuentra todos los receptores perceptivos del sonido. Aquellos que están determinados en sistematizar todas las informaciones entendidas y que generan cambios en el sistema nervioso. La comunicación no verbal esta enriquecida por múltiples parámetros como el timbre, la intensidad, y el volumen. Todos estos parámetros están presentes al mismo tiempo en las inter-relaciones y hacen con que se modifiquen los mensajes. Refiere el mismo autor que no existen otros estímulos, tan ricos en su capacidad comparado al que ejercen los estímulos sonoros en su función múltiple de información y que llegan por diferentes sistemas de percepción.

Incluimos también en esta dimensión la capacidad de socialización, porque, como fue descrito en el estudio Koelsh (2012) las capacidades de comunicación de la musicalidad favorecen el desarrollo de las funciones sociales. En cada uno de los documentos se hace mención de que la Musicoterapia interviene, potencializa y transforma los modos de relación, entre madre/padre/hijo, podríamos decir que actúa desde la comunicación corporal emocional e sonora junto de la díada, con la que se forjan las bases de comunicación previa a la construcción del símbolo, en las etapas más primarias del desarrollo.

Encontramos en este estudio que la Musicoterapia se describe como de ser un proceso con un encuadre de reglas explícitas, flexibles pero bien determinadas. Se entiende sobre todo que es una terapia del hacer, una terapia activa, donde la creatividad ocupa un lugar de relevancia. Este concepto se pone de manifiesto en cada uno de los documentos analizados en que se entiende la creatividad como las actividades de creación de expresiones que el niño produce, que son acompañadas y valorizadas por el Musicoterapeuta en el proceso terapéutico. En esta línea teórica, Bruscia (1999) describe cuatro funciones dinámicas de la Musicoterapia creativa, las cuales generan reacciones emocionales en los niños y que son utilizadas en el proceso Musicoterapéutico. Como también señala Rojas (2011) existen interacciones entre el sistema auditivo y motor para el análisis del ritmo, que se activan cuando escuchamos música o la imaginamos. La música constituida en su ritmo y melodía es utilizada desde sus potencialidades estructurantes que da al niño seguridad y permite que el niño espontáneamente se exprese.

Encontramos que las técnicas descritas nos manifiestan resultados que coinciden con la investigación de Stine y Wigram (2007) que consideran las técnicas de improvisación un potencial para el Musicoterapeuta observar e intervenir en la cualidad de la relación padre e hijos. Así también Halsbeck (2014) lo concluyo, en su estudio sobre Musicoterapia creativa en niños prematuros, las naturales interacciones fundamentales para el desarrollo fueron unos de los resultados de la Musicoterapia en los cuidados intensivos pediátricos. De las potencialidades que son referenciadas al proceso de Musicoterapia, señala Halsbeck, se destaca la prevención en futuras dificultades asociadas a la construcción del vínculo. Al facilitar la relajación física y emocional de los niños y sus padres facilita la estabilidad que se manifiesta en la calidad de la relación significativa de padres e hijos. Este mismo estudio resalto que los factores multisensoriales de la música ofrecen experiencias que ayudan al desarrollo cerebral como también el aprendizaje socioemocional en los niños más pequeños que nacieron antes de término. Fue factor dominante para estas conclusiones la articulación con el equipo médico de la terapia intensiva, que al igual que los programas de Atención Temprana el trabajo realizado en red lo favorece.

Comprender cuales son las técnicas utilizadas fue uno de los principales objetivos de este estudio, encontramos que así como en los estudios realizados Baker y Tamplin (2006), Baker y Wigram (2005) en que las actividades realizadas son técnicas receptivas y activas para proporcionar en el niño mejoras a nivel de relajación, de respiración, de comunicación y de integración social, dada la inmediata respuesta en esta población. Según Aldrige (1996), las estructuras rítmicas tienen un papel fundamental en el desarrollo infantil, el ritmo desempeña un papel central en la organización de la percepción y de la coordinación motora central necesaria para realizar estas actividades, realza también que en los niños con atraso en el desarrollo, los juegos rítmicos dan estabilidad desde donde se pueden dar inicio al desarrollo de sus capacidades de coordinación y organización de la percepción

La utilización de instrumentos musicales es considerada dentro del concepto de objetos intermediarios de comunicación corresponde a la organización de Benenzon(1998) en la cual los instrumentos musicales en las sesiones de Musicoterapia se clasifican según su uso comportamental, en la cual el autor distingue la utilización de los instrumentos musicales como a) objeto experimental, b) objeto catártico, c) objeto defensivo, d)

objeto enquistado, e) objeto intermediario, f) objeto de intermediación corporal y d) objeto integrador. Por su capacidad de ejercer como mediadores, estos objetos pueden ser vistos como una vía transicional del niño para con sus padres o con los otros. Así también los instrumentos musicales se utilizan de una forma dinámica, se tiene en cuenta tanto por su capacidad sonora; de timbre, de intensidad como por su ejecución. Son también considerados su forma, tamaño, colores, y de manipulación. La adaptabilidad que se adecua a las capacidades del niño en relación a los instrumentos musicales y que el Musicoterapeuta adecua a los objetivos propuestos. Los materiales específicos de Musicoterapia no están restringidos a los grandes instrumentos musicales que son de dominio de un adulto generalmente al propio Musicoterapeuta. Son considerados de gran importancia aquellos instrumentos que permitan al niño y a sus padres expresarse libremente que va desde la exploración hasta la motivación de construcción de una forma musical. La Musicoterapia se realiza con otros objetos que favorecen la audición, reproducción de músicas varias, como son los Cd e reproductores de Cd, o casetes, elementos en que los padres puedan fácilmente compartir con el Musicoterapeuta una grabación del entorno sonoro habitual del niño. Principalmente la praxis de la Musicoterapia es descrita desde los datos de este estudio desde la utilización de materiales propios y específicos, como los instrumentos musicales o la propia música que son globales y dinámicos en cuanto que se utilizan en su forma sonoridad y significado sociocultural.

La Musicoterapia cuenta con la música como una aliada principalmente porque los niños responden, en un lenguaje que va desde su nivel de comunicación entra en relación para potencializar sus capacidades, en los diferentes niveles emocionales, motores, e de interacción. Potencializa también las capacidades de oír y discriminar los sonidos de su entorno. Tanto el hacer musical como el escuchar música es una actividad natural en el ser humano, siempre requiere complejas capacidades cognitivas. Según Zatorre, Joyce, Chen y Penhune (2007) diferente de las otras actividades sensorio-motoras, el hacer música requiere de varias acciones organizadas, se destaca el valor de estudiar estas interacción es entre estos sistemas del contexto musical y se proponen algunas ideas al respecto de su rol de creatividad que se relaciona con el papel del corte pre-motor en la integración de los recursos de orden superior cuando es utilizada música como acciones organizadas, por ejemplo en los juegos de improvisación.

Tuvimos especial cuidado en ser fieles en cuanto la utilización de los datos siguiendo rigurosamente cada uno de los pasos de la metodología. Siguiendo la codificación, abierta línea a línea, codificación axial y selectivas que fuimos realizando el análisis empírico. Desde las sesiones de orientación donde eran discutidas y reconstruidos los constructos teóricos que nos llevaron a estos resultados.

Así concluimos que la Musicoterapia en Atención Temprana utiliza técnicas activas y creativas como el modelo de Musicoterapia creativa y de improvisación. El Musicoterapeuta utiliza creativamente todos aquellos recursos a su disposición, incluyendo inventar o adaptar letras de canciones o modificando melodías.

Desde el análisis de estos datos conseguimos observar que en los programas de Atención Temprana la Musicoterapia ejerce una intervención global en las áreas clínica, educativa y del lugar social de la familia que es acompañada, por lo tanto también comunitaria.

Como particularidad presenta en sus resultados un componente elevado en consideración del desenvolvimiento emocional de niño y en concienciar a su entorno familiar y educativo de la importancia en el desarrollo global del mismo. La Musicoterapia en Atención Temprana tiene un desempeño activo y lúdico que pretende desde sus recursos de técnicas corporales-sonoras-musicales responder a los fundamentos de los programas de Atención Temprana.

## **5.2. Estudio 2 - Percepción de los Padres**

Este segundo estudio se tiene constituido por el interés fundamental de esta investigación en conocer bien el fenómeno Musicoterapia Atención Temprana, desde su principio centrado en la familia. De esta forma conocer la percepción de los padres de los niños que realizaron Musicoterapia se torno indispensable para profundizar y estudiar este fenómeno.

### **5.2.1. Objetivos Específicos**

Este estudio tiene como principal objetivo el de llegar a conocer desde la percepción de los padres cual es el concepto que tienen de la Musicoterapia. Fue fundamental para el desarrollo global de este estudio el de entrevistar los padres como verdaderos protagonistas de este proceso. Actualmente los programas de Atención Temprana basan los resultados de intervención en la familia y es en ella que la Musicoterapia también interviene. Los objetivos específicos fueron surgiendo con las preguntas que llegaban a partir de los datos, y fueron los de:

- a. Conocer cuál es el concepto de Musicoterapia que tienen los padres,
- b. Conocer cuáles fueron para ellos los beneficios de la práctica de Musicoterapia.
- c. Conocer cuáles son las potencialidades y resultados que sienten que fueron producidos en esa etapa de la vida de sus hijos.

Este estudio pretende contribuir para un conocimiento más aprofundado de aquello que las familias entienden sobre el fenómeno de “Musicoterapia” desde su testimonio directo, centrado en la percepción sobre el fenómeno en estudio de la Musicoterapia.

### **5.2.2. Participantes**

Fueron entrevistados seis madres, entre los 29 y los 42 años, y un padre de 43 años. Todos ellos padres de los niños pertenecientes a los casos seleccionados para el estudio 1, los cuales accedieron a realizar una entrevistas semi- estructuradas. Los padres fueron contactados telefónicamente desde la Asociación de Parálisis Cerebral de Évora, siendo convidados a participar en esta investigación y todos respondieron afirmativamente. Se les pregunto de su disponibilidad para colaborar, respondiendo a una entrevista sobre el proceso en Musicoterapia que realizaron sus hijos en años anteriores. Fue explicado los

objetivos de esta investigación como también la importancia del aporte desde ellos para el crecimiento de la Musicoterapia en Atención Temprana. Así se concertó con los padres día y hora para realizar las entrevistas en APCE y firmar una autorización para el tratamiento de los datos y de confidencialidad.

Fueron realizadas las entrevistas a los padres por una estudiante de psicología que se encontraba en la Asociación de Parálisis Cerebral, en el Equipo de Atención Temprana, en relación de pasantía profesional, quien también firmo un término de colaboración y confidencialidad para salvaguardar los datos de los participantes. En las entrevistas fueron realizadas las siguientes preguntas:

1. Que es para sí la Musicoterapia?
2. Porque su hijo hizo Musicoterapia y cuál fue su utilidad?
3. Cuales piensa que fueron los beneficios de las sesiones de Musicoterapia?

### **5.2.3. Procedimientos**

Las entrevistas fueron grabadas en audio, tuvieron una media de 20 minutos de realización y continuación fueron transcritas en su totalidad. Para el tratamiento de los documentos fueron en primer lugar atribuido un código de identificación - EPOX- Entrevista Padres número de caso-a cada uno corresponde el mismo número atribuido en el estudio nº 1. De esta forma el documento RPOX es hijo del padre entrevistado con el código EPOX.

De esta forma se inició el análisis línea a línea por el primer investigador. Siguiendo las bases de la GT, luego se procedió a una primera codificación, donde se elaboraron los códigos y sus relaciones, agrupándose por categorías teniendo en cuenta las preguntas que surgían en cada análisis. De esta forma fue directamente de los datos que fuimos construyendo categorías que surgieron desde los códigos. Estas categorías fueron agrupadas y se les atribuyo un nombre abstracto que describiese el conjunto de códigos. También se realizaron memos por colores en los cuales se definió:

Verde: adjetivos calificativos que describían la Musicoterapia o la figura del Musicoterapeuta.

Azul: memos que referenciaban la modalidad, descripciones de la actividad, materiales

Rosa: descripciones de especificidad de los resultados, conceptos en que los padres nombran en que de la Musicoterapia respondió a sus necesidades.

A continuación se alinearon los memos conceptualmente para facilitar el paso siguiente. Se realizaron las primeras categorías, subcategoría y dimensiones de cada una, que respondían a las preguntas que nacen de los propios datos. La categorización fue revista por el investigador dos, que analizó las propiedades y los indicadores para dar continuidad al proceso interpretativo. A medida que el análisis fue creciendo, surgió la necesidad de establecer relaciones entre las categorías encontradas, así nace una red compleja de relaciones entre las categorías. Todas las categorías que no se encontraban relacionadas con el fenómeno fueron desplazadas a un segundo nivel que también se tuvo en cuenta para contraste en los resultados. A través de este proceso de sorting que continuo con la conceptualización y descripción, surge una explicación de la percepción que los padres tienen sobre la Musicoterapia en Atención Temprana desde la construcción de cuadros de categorías que se fueron relacionando hasta reducir por la saturación teórica a las denominadas categorías centrales.

#### **5.2.4. Resultados**

Describimos a continuación los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a los padres de los niños con discapacidad que realizaron Musicoterapia durante el período que fueron acompañados por el equipo de Atención Temprana. Emergieron de los datos analizados en las entrevista tres categorías centrales que van formando constructos que no llevaran a conocer la percepción de estos padres en relación a la Musicoterapia en Atención Temprana, y así llegara entender de que manera los padres percepciones el fenómeno en estudio.

Estas tres categorías centrales son

1. ¿Que es Musicoterapia? describe en que consiste la Musicoterapia y que es trasversal al papel que desempeña el Musicoterapeuta.
2. ¿Cual es la Utilidad?; en la que son descriptos para que sirve y lo que se propone hacer la Musicoterapia y;

3.¿Cuales con los Efectos?: en esta categoría son relatadas las consecuencias que los padres adjudican la Musicoterapia específicamente.

Para una descripción clara de estas categorías seguiremos el análisis de los cuadros de cada uno de los constructos.

#### **5.2.4.1. Categoría “Que es Musicoterapia”**

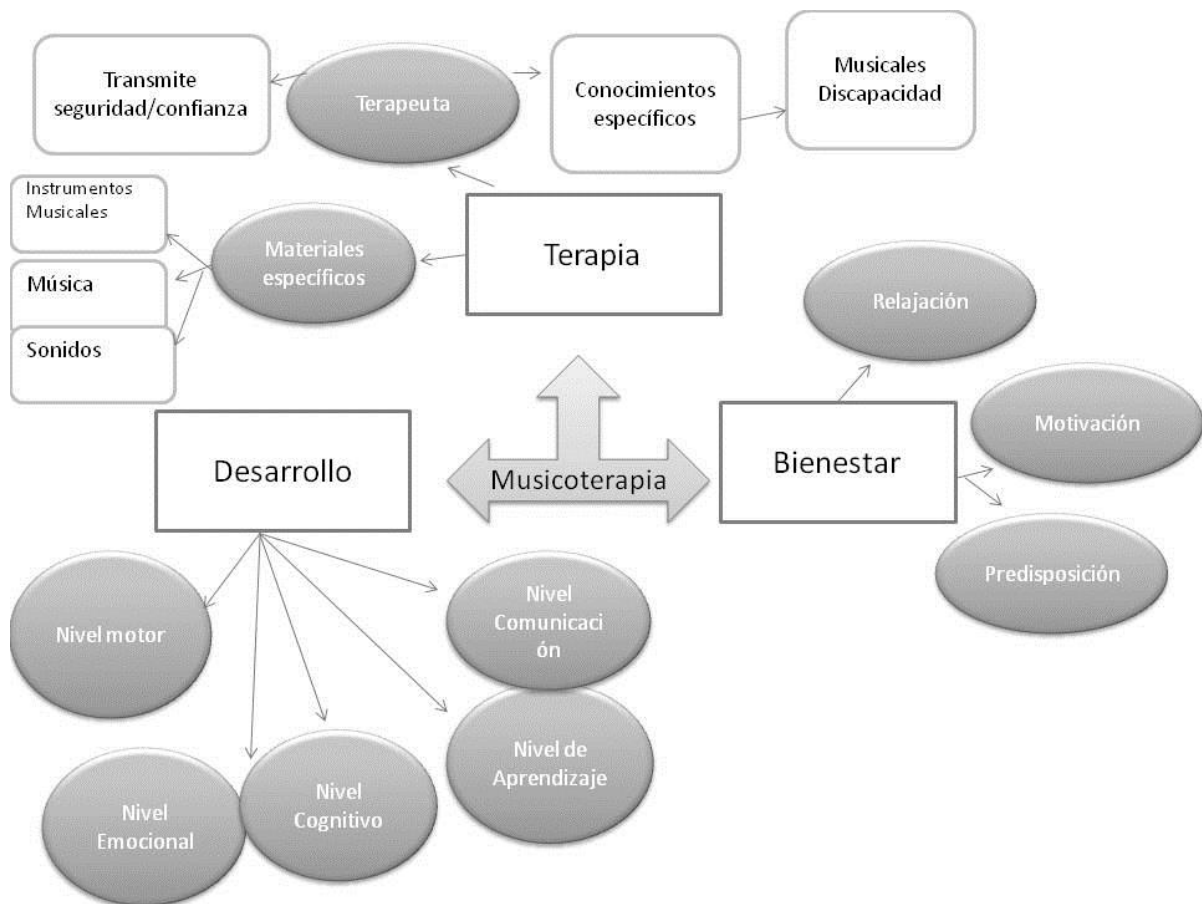
Desde el análisis línea a línea conseguimos encontrar como los padres describen el fenómeno en estudio Musicoterapia, construimos este concepto desde los memos en que se distinguieron tres subcaterias principales. **Terapia** b. **Bienestar** y c. **Desarrollo** desde las cuales elucidamos el concepto. Desde las preguntas que realizamos a los datos se evidencian que los padres poseen un concepto sobre este fenómeno. Se describe a continuación el presente constructo-figura 16- tal como fue categorizado, identificamos desde las dimensiones de cada subcategorías el proceso que nos llevo a la construcción de esta categoría hasta la saturación teórica de los datos.

a. Subcategoría **Terapia-** Principalmente los padres describen la Musicoterapia, como su nombre lo indica, como una terapia que utiliza la música. Fueron categorizadas dos dimensiones:

a.1.**Terapeuta** - la figura del Musicoterapeuta surge en que la Musicoterapia es realizada por el, el cual tiene conocimientos musicales específicos para la aplicación de la música en la discapacidad. De algún modo los padres responden primero por lo que es identificado en el propio nombre, Musicoterapia, pero luego consiguen ir identificando lo que vivenciaron al tener Musicoterapia entre las repuestas del equipo de atención temprana desde sus propias palabras. Recurriendo a la descripción de las sesiones o de lo que recuerdan de las vivencias de sus hijos. Resultante de los datos



Figura 16. Categoría Musicoterapia



Observamos que las características de personalidad del Musicoterapeuta ejerce una influencia en la relación que se traslada a la Musicoterapia.

*“é muito importante para agente para confiarmos no trabalho que fazem”EP04<sup>50</sup>*

Se manifiesta también como un factor relevante la formación del Musicoterapeuta y su conocimiento sobre la patología que padecen sus hijos. Este conocimiento trasmite seguridad en la intervención referente a la especificidad de la compleja patología de sus hijos.

---

<sup>50</sup> “Es muy importante para la gente, porque despues confia Mos en el trabajo que hacen”

a. 2. De los **Materiales Específicos**- Esta dimensión está compuesta por tres sub dimensiones que describen cuales son estos materiales por lo cual la Musicoterapia también es caracterizada: instrumentos, sonidos y música. Los padres reconocen que la Musicoterapia utiliza a música y los instrumentos musicales principalmente. Estos tienen como particularidad su capacidad sonora tímbrica y colorida, a los que sus hijos responden.

*“brincar com os objectos de música, tudo o que tenha a ver com música ele gosta ... ah, e acho que isso tem tudo a ver com a Musicoterapia”EP01<sup>51</sup>*

b. Subcategoría **Bienestar**- En ella agrupamos las descripciones en la que los padres señalan la importancia que tiene esta terapia por ser placentera y asocian a la Musicoterapia con el bienestar que les proporciona. Así también este placer por los materiales o por la música en sí misma es motor para la acción, con lo cual da mayor motivación para las actividades y manifiestamente es una terapia que predispone para el bienestar. Consideramos tres dimensiones:

b.1. La dimensión **Relajación** desde los datos es manifestó como característica de la Musicoterapia por su capacidad de proporcionar calma física y mental para sus hijos.

*“Ai ai ai, para mim a Musicoterapia é relaxante para as crianças como o ..... , é bom!”EP07<sup>52</sup>*

En este ejemplo observamos que la entrevistada clasifica a la Musicoterapia desde un resultado relajante, especialmente para los niños como su hijo, teniendo en cuenta alguna característica de la patología, como la espasticidad.

b.2. **Motivación** Consideramos en esta dimensión los datos en que los padres describían que la Musicoterapia es una de las terapias que a sus hijos les gusta hacer y van contentos.

---

<sup>51</sup>“Jugar con los objetos de música, todo lo que tiene que ver con la música a el le gusta, .. A y creo que eso tiene todo que ver con la Musicoterapia”

<sup>52</sup> “aiaiai para mi la Musicoterapia es creo que sea relajante para los niños como ..... Es bueno”

*"Ela gosta de música desde sempre, à televisão nunca ligou mas à música liga muito, acalma-a muito ... E pronto, mesmo que sim. E ela aqui tem porque começámos a ver logo desde cedo, quando eu vim pra aqui que ela gostava de tudo o que tivesse a ver com sons, ela parava para ouvir tudo e... ficava com atenção e depois a Sabine achou por bem pô-la na Musicoterapia e eu acho que sim.. ela cada vez que ouve qualquer coisa, muitas vezes não olha mas fica à escuta<sup>53</sup>". EP05*

b.3. **Predisposición** Esta dimensión surge porque los padres consideran que la música produce un bienestar que sus hijos, manifiesta desde una actitud positiva en realizar Musicoterapia. Por este motivo los padres consideran que la Musicoterapia también es placentera y agradable, sobre todo inician la descripción de la Musicoterapia haciendo referencia a los que ellos interpretan que sus hijos sienten con adjetivos que expresan las emociones de sus hijos.

*"E ele adora a Musicoterapia, ele adora mesmo, gosta muito de Musicoterapia. Fica muito contente quando vem para as sessões" EP02<sup>54</sup>*

c. Subcategoría **Desarrollo** En esta categoría fueron clasificadas aquellas descripciones de los padres hacían de la Musicoterapia como una terapia que responde a los diferentes niveles del desarrollo de sus hijos globalmente, considerando los sonidos como potenciales en su capacidad de estimulara su hijo:

*"A Musicoterapia, a meu ver, é a estimulação através do som,"EP05<sup>55</sup>*

---

<sup>53</sup>Ella gusta de música desde siempre, ella a la televisión nunca le dio atención pero a la música si mucho, la calma mucho....y es eso mismo que si. Y ella aqui tiene porque comenzamos a ver luego desde temprano cuando yo vine para aqui que a ella le gustaba todo lo que tuviese que ver con sonidos, ella paraba para oír todo y... Se queda con atención, y despues Sabine le pareció que por bien ponerla en la Musicoterapia y yo creo que si..ella cada vez que oye cualquier cosa, muchas veces no mira pero se pone a escuchar"

<sup>54</sup> "Y el adora la Musicoterapia, el adora mismo, le gusta mucho la Musicoterapia. Se queda muy contento cuando viene para las sesiones"

<sup>55</sup> "A Musicoterapia es a mi ver, estimulación a través de los sonidos"

Esta subcategoría fue constituida por cinco dimensiones:

c.1. A **Nivel Motor** En esta dimensión los padres consideran que el ejecutar instrumentos está asociado al cuerpo, al área del desarrollo motor.

*“Então, o que eu acho que é a Musicoterapia: é a estimulação dos níveis motores e audiovisuais da ..... E acho que faz bem à .....” EP03<sup>56</sup>*

c.2. A **Nivel Emocional** Esta propiedad referente al desarrollo del niño relativa al estado de ánimo, los padres también considera que la Musicoterapia incide en esta área

*“era uma criança muito agitada, era sempre muito agitada, estava sempre com os mesmo gestos e depois começou a fazer Musicoterapia, e têm-no estimulado muito, ... está mais caminho...”EP01<sup>57</sup>*

En este ejemplo conseguimos ver como los entrevistados describen que las dimensiones se encuentran íntimamente relacionadas, desde el control motor como la expresión emocional y los cambios en los estados de ánimo. Los cuales relacionan a la Musicoterapia las variaciones a este nivel del desarrollo de sus hijos.

c.3. A **Nivel Cognitivo**. Esta propiedad surge porque los entrevistados encuentra que la Musicoterapia desenvuelve objetivos para el desarrollo de las capacidades cognitivas, como responder a ser llamado por su nombre o responder a ordenes simples como podemos observar en el ejemplo a continuación

*“Coisas que ele não fazia... por exemplo.. agente chamava-o e ele não percebia, chamava por ele e não percebia, agora se peço para ele fazer*

---

<sup>56</sup>“Entonces yo creo que la Musicoterapia es la estimulación de los niveles motores y audiovisuales de.... Y creo que le hace bien a.....”

<sup>57</sup> “Era un niño muy agitado, era siempre muy agitado, estaba siempre com los mismos gestos y despues comenzo a hacer Musicoterapia y lo estimulo mucho.....mas calmo”

*alguma coisa ele já faz, se lhe mando arrumar os brinquedos, ele arruma”EP04<sup>58</sup>*

c.4. A **Nivel de la Comunicación**, agrupamos en esta dimensión los datos que identifican que la comunicación en Musicoterapia, es una de sus componentes esenciales. También tenemos en cuenta que las expresiones sonoras es el principal medio de expresión de los niños con graves patologías de este modo sus padres encuentran en la Musicoterapia es una intervención directamente con estas producciones de sus hijos

*“a única maneira de nós percebermos o que ela quer é através desses sons, que a vamos compreendendo. Tem evoluído através da Musicoterapia.”EP03<sup>59</sup>*

c.5. A **Nivel de Aprendizaje** los entrevistados consideran que también hay una componente pedagógica en que el niño aprende y esto beneficia y es parte fundamental para su desarrollo.

*“A Musicoterapia é para o .....aprender, é para ter conhecimento, para desenvolver a mente dele, a parte dos membros, acho que é isso” EP 02<sup>60</sup>*

En la categoría que hemos descrito encontramos la suma de estas tres subcategorías por la que obtuvimos una definición de la Musicoterapia en la cuales considerada una terapia, realizada por un terapeuta formado en que se utilizan materiales específicos que tiene relación directa con la Música. Que interviene con niños con discapacidad y su

---

<sup>58</sup> “Cosas que el no hacia... por ejemplo.. la gente llamaba a el no entendia, llamaba por el nombre y el no entendia, ahora si le pido para el hacer alguna cosa el ya lo hace, si le mando ordenar los juguetes , el los ordena”

<sup>59</sup>“Y es la unica manera de nosotros entender los que ella quiere, es atraves de los sonidos que la vamos comprendiendo. Tiene evolucionado a traves de la Musicoterapia”.

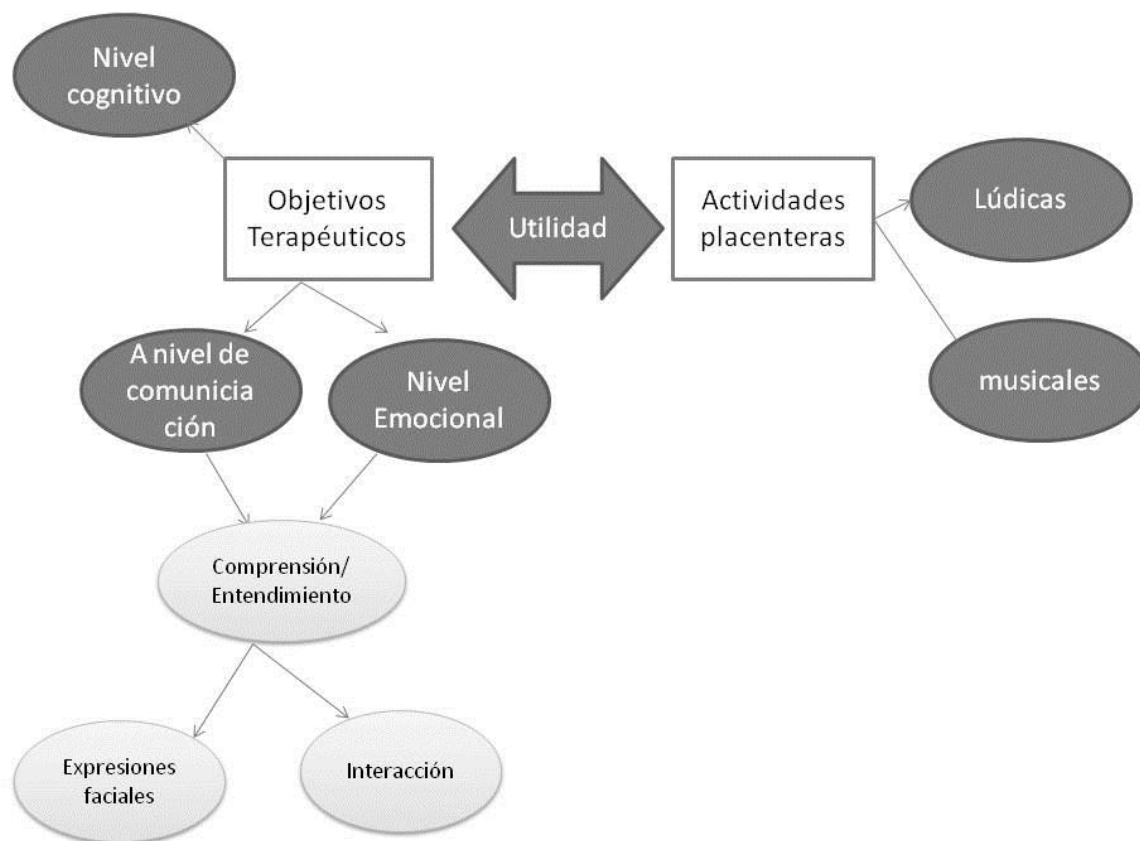
<sup>60</sup> “la Musicoterapia es para el..... Aprender, es para que tenga conocimiento, para desenvolver la mente del, la parte de los miembro, creo que es eso”

ejercicio tiene objetivos en las áreas del desarrollo infantil. Son sus características generar principalmente bienestar, motivación y predisposición para el hacer.

#### 5.2.4.2. Categoría “Utilidad de la Musicoterapia en Atención temprana”

Relativamente a la utilidad que los padres atribuyen a la Musicoterapia, en la intervención que se realizó con sus hijos, fueron identificadas dos subcategorías a. **Actividad Placentera** y **Objetivos Terapéuticos** ambos se encuentran entrelazados ya que los entrevistados dan como relevante principalmente el de ser la Musicoterapia lúdica y de calidad en su carácter terapéutico:

Figura 17. Categoría Utilidad.



a. Subcategoría **Actividad Placentera**, se refiere a que los entrevistados consideran que ser un actividad de agrado en que identifican que sus hijos siente placer en realizar.

a.1. Dimensión **Actividades Lúdicas**, aquí se consideraron aquellos códigos en lo que los padres describen a la Musicoterapia como útil porque juegan con sus hijos, porque se hace jugando.

a.2. Dimensión **Musicales** se describen su nivel de intervención con música, con la cual sus hijos manifiestan placer en escuchar y también el de acompañar. Siendo una terapia

que por su abordaje lúdico y musical consigue motivar a los niños en la realización de actividades de carácter terapéutico.

b. La Subcategoría **Objetivos Terapéutico** alude a la utilidad de la Musicoterapia través de su función, de causalidad y de encuadre. Su utilidad es considerada principalmente por estar a desenvolver objetivos considerados de la rehabilitación, o inhibición de lo que aflige a los padres y refieren como la enfermedad de sus hijos. Reconocen en esta subcategoría tres dimensiones:

b.1.**Nivel Emocional** Incidiendo sobre las fases de desenvolvimiento de sus hijos, los datos revelan que es útil la Musicoterapia en su capacidad de favorecer la expresión emocional de los niños.

b.2.**Nivel de la Comunicación** En la que los padres describen que sobretodo es útil la Musicoterapia en desenvolver la intención comunicativa por parte de sus hijos, y desde ellos su capacidad para los comprender.

*“Tem desenvolvido ao nível dos sons, dos sons que ouve, que ela tenta imitar com as mãos, vários sons com as mãos e com a boca. A única maneira de nós percebermos o que ela quer é através desses sons , assim a vamos compreendendo. Tem evoluído através da Musicoterapia”EP03<sup>61</sup>*

Al potencializar la capacidad de expresión gestual facilita la propia interacción del niño, en primer lugar con su núcleo familiar pero con la intención de que esta utilidad sea alargada a otros espacios de la vida cotidiana.

La música como actividad placentera es descripta por los padres como una actividad saludable que desde las actividades lúdicas ejerce una satisfacción inmediata en su hijo. Que sus hijos manifiestan con expresiones faciales gestos, que luego pueden repetir en casa porque reconocen una actividad en la que sus hijos reaccionan con una respuesta positiva por lo que facilita la comprensión y la interacción de ambos.

---

<sup>61</sup>“Tiene desarrollado al nivel de los sonidos, de los sonidos que escucha que intenta imitar con las manos, varios sonidos con las manos y con la boca. Y es la única manera que nosotros entendemos lo que ella quiere es a través de esos sonidos que la vamos comprendiendo. Tiene evoluído a través de la Musicoterapia”

**b.3 Nivel Cognitivo** Esta dimensión nace a partir de que los datos nos presentan que los padres, consideran que desde las sesiones de Musicoterapia se desarrollan las capacidades a nivel cognitivo de sus hijos, como se describe en el ejemplo a continuación.

*“ele já colabora connosco... Pronto, se agente pede um objecto ele dá... Ah já... se nós mandarmos, às vezes, fazer, buscar qualquer coisa para dar, às vezes também consegue”RP01<sup>62</sup>*

Son considerados como beneficios adquiridos la capacidad de oír y comprender, por parte del niño, especialmente la capacidad de estar atento a los otros.

*“Os benefícios que eu sempre notei foram esses... ela pára para ouvir, tem atenção, qualquer coisinha... se agente falasse com ela de uma maneira mais... ela prestava mais atenção e pronto, foi isso que eu percebi mais. RP05<sup>63</sup>*

Se entiende desde esta categoría que los padres ven como finalidad del proceso en Musicoterapia beneficios de las relaciones interpersonales ya que describen como consecuencia la capacidad de entender a sus hijos. También consideran la capacidad de sus hijos en entender lo que les he dicho por ellos. Destacan su utilidad en las actividades que tuvo del día a día.

#### **5.2.4.3. Categoría “Efectos de la Musicoterapia en Atención Temprana”**

En cuanto a esta categoría **Efectos** surge del parecer de los padres en relación a lo que ellos sienten haber sido resultado del proceso de esta intervención, Observamos directamente de los datos y utilizando las propias palabras de las entrevistas dos subcategorías, que se refieren a las consecuencias

---

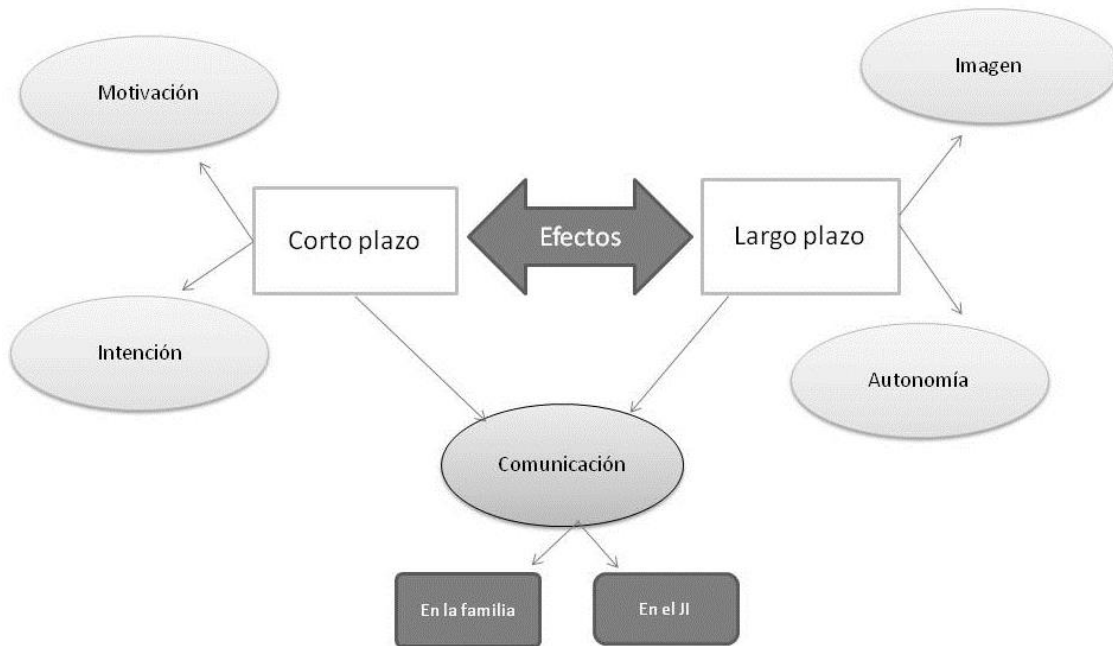
<sup>62</sup>“El ya colabora con nosotros, bueno, si la gente pide un objeto el da ahh ya, si nosotros le mandamos a veces hacer, buscar cualquier cosas para darnos, a veces también consigue”

<sup>63</sup>“ Los beneficios que yo siempre note fueron estos ella para para oír, tomar atención cualquier cosita.. Se la gente habla con ella de una manera más...ella prestaba mas atención y bueno, fue eso que yo entendí más.”



- a. A **Corto Plazo** aquellas que consiguieron ver durante el proceso terapéutico con el recorrer de la propia terapia y
- b. A **Largo Plazo** en las que codificamos aquellos resultados o efectos que los padres consideran que se mantuvieron con el tiempo perduraron fueron adquiridos en la etapa que fueron acompañados por el equipo de Atención Temprana pero que fueron benéficos en el futuro de sus hijos y consiguen observarlos en la actualidad.

Figura18. Categoría Efectos



a. La subcategoría **Corto Plazo**. Fue constituida en 3dimensiones

a.1.**Motivación** en la que agrupamos los datos que describían como uno de los efectos inmediatos la condición de ser la Musicoterapia una terapia que motiva para el hacer

a.2.**Intención** los padres describen que el realizar las sesiones de Musicoterapia tuvo como resultado un cambio en la intencionalidad que sus hijos manifestaban, así los describían en el ejemplo siguiente;

*“vê-se que ele às vezes não faz sons mas parece que está a querer abrir a boca e já parece que está a querer saltar qualquer coisa... parece que está a*

*querer dizer-me qualquer coisa. E então acho que a Musicoterapia tem sido muito boa nisso”EP02<sup>64</sup>*

a.3. La Dimensión **Comunicación** hallada en ambas subcategorías, que devienen de la categoría principal **Efectos**. En esta dimensión que los Padres encuentran como uno de los resultados más tangibles que observaron en sus hijos y que piensan que consideran adquiridos por el apoyo de Musicoterapia.

Principalmente los padres observan que la Musicoterapia tiene objetivos terapéuticos que se trasladan al día a día de sus hijos, son una más valía en la vida cotidiana.

*“E mesmo em casa têm-se notado melhorias, o que ela tem de melhor é o ouvido. E então têm-se notado bem e nós notamos em casa no dia-a-dia” RP03<sup>65</sup>*

Describen también como las actividades relativas a la proyección vocal o de respiración se trasladan como un beneficio en capacidades de sus hijos para expresarse mejor

*“nota-se muito. Ao nível motor, com os braços, porque a Musicoterapeuta insistia muito com ele para tocar e agora nota-se que já tenta e quer agarrar... e ao nível de sons não é?...ele também faz muitos sons, ao nível de riso, ele ria pra dentro e agora já vai rindo para fora, também é disso. E os sons... nota-se muita diferença nos sons, que ele já vai fazendo sons diferentes derivado à Musicoterapia” RP02<sup>66</sup>*

---

<sup>64</sup>“Se ve que el a veces no hace los sonidos pero parece que esta a querer abrir la boca y ya parece que esta a querer saltar cualquier cosas.... Parece que esta a querer decirme cualquier cosa. Y entonces creo que la Musicoterapia ha sido muy buena en eso”

<sup>65</sup> “Y mismo en casa, tenemos notado mejorías, lo que ella mejor tiene es el oído. Y entonces notamos bien. Y nosotros notamos en casa a diario”

<sup>66</sup>“Se nota mucho. A nivel motor com los brazos por la musicoterapeuta insistia mucho para el tocar y ahora se nota que ya intenta y quiere agarrar no..... el tambien hace muchos sonidos a nivel de la risa, el reia para adentro y ahora

b. La Subcategoría a **Largo plazo** fue constituida por tres dimensiones;

b.1. La dimensión **Imagen** agrupamos aquellas descripciones que hacían referencia al fenómeno de cambio cuando el concepto sobre el niño discapacitado muda y se hace explícito en los espacios de la comunidad como en el Jardín infantil o de su familia alargada. Este constructo surge de los resultados que son relatados por los padres, as los padres consideran que fueron construyendo una imagen más positiva de sus hijos.

*“gosto para ele, porque vejo que ele está muito mais desenvolvido” EP04<sup>67</sup>*

*“aquí las señoras estão a lidar bem com ela e gosto dos resultados que elas têm, na escola também estou bem... graças a deus”EP06<sup>68</sup>*

b.2. Dimensión **Autonomía** emergen de los datos cuando los entrevistados relatan cómo sus hijos consiguen realizar actividades con alguna autonomía que son resultados de la intervención del equipo de Atención Temprana.

*“tem sido bom para o A..... Ah...! ele também não bebia o leite pela palhinha e agora bebe. Ah...! e ele não levava uma bolacha à boca e leva, isso tem sido tudo trabalhado”EP01<sup>69</sup>*

b3. Subcategoría **Comunicación**: En esta subcategoría agrupamos aquellos datos que hacían referencia a la articulación entre servicios. Encontramos dos dimensiones a. **Jardín infantil**, y b. **La familia**

já va riendo para afuera, también es de eso. Y los sonidos entonces se nota mucha diferencia en los sonidos, que el ya va haciendo sonidos diferentes derivado a la Musicoterapia es”

<sup>67</sup>“Me gusta para ele porque veo que el esta mucho mas desenvuelto”

<sup>68</sup>“Aquí llas señoras están a dar se bien con ella y me gustan lo resultados que ella tiene, en la escuela también estoy bien...gracias a dios”

<sup>69</sup>“Ha sido bueno para ..... A el también no bebía la leche con sorvete y ahora bebe. A el no llevaba una galleta a la boca y lleva, esto ha sido todo trabajado”

*“Estou a ver que aqui as senhoras estão a lidar bem com ela e gosto dos resultados que elas têm, na escola também”RP06<sup>70</sup>*

Esta Subcategoría también la encontramos como relevante en los efectos a corto plazo de facto los padres consideran que el proceso en Musicoterapia apoya al niño en las competencias de comunicación tanto en el núcleo familiar como en la familia alargada inclusive con sus colegas o educadores en el espacio educativo como el jardín infantil.

### **5.2.5. Discusión y Conclusiones**

Los resultados presentados nos llevan a muchas reflexiones y nos revelaron lo pretendido inicialmente, el de conocer que es lo que padres piensan que es la Musicoterapia. Este estudio cualitativo donde los datos fueron observados, categorizados y analizados, teniendo en cuenta las individualidades de relación de cada una de las categorías, ha conseguido efectuar los objetivos propuestos. Encontramos en las últimas investigaciones un interés de la Musicoterapia en los avances por conocer las reacciones físicas de los niños pequeños a partir del estímulo emocional y cultural de la canción de cuna, que incluye el estudio sobre padres e hijos realizado por Trehub y Trainor (1998). Fue difícil encontrar otros estudios en el que se estudie el concepto de Musicoterapia desde la percepción que tienen los padres de niños con discapacidad encontramos un estudio similar de Chiang (2008) que coincide en que los padres/cuidadores ven en los niños con discapacidad que realizan Musicoterapia un grado elevado de motivación que se traslada a otros espacios del niño. Suma a sus resultados que los padres se benefician de la participación en las sesiones junto de sus hijos, y que ellos mismos reconocen que les reduce el stress. A diferencia con este estudio que encontramos que esta focalizado en los resultados en el niño o en el niño en la relación con sus padres y no en los efectos que tiene únicamente en los padres como lo reconoció Chiang (2008).

---

<sup>70</sup> “Estoy a ver que aqui las señoras lidan bien con ella y me gustan los resultados que tienen, en la escuela también”

Son considerados resultados positivos nivel de potencializar los cambios del estado de ánimo, como también lo describieron Kern y Aldridge (2006) y Benenzon (1998), los padres consiguen observar tanto en las sesiones como en el día a día de sus hijos con deficiencia, que el proceso en Musicoterapia contribuyo para producir mejorías a nivel de la coordinación psicomotriz, psicológico, intelectual y social.

Encontramos recientes evaluaciones a programas de Musicoterapia para padres e hijos, como la de Edwards (2011) en los cuales se fomenta el desarrollo de un vínculo saludable cuando este ha sido partido por diferentes motivos y precisan ser restablecidos para un desarrollo saludable que tiene en cuenta la prevención.

Se evidencia desde nuestros datos que los padres conocen a la Musicoterapia como una terapia que a los niños los reconforta. Esta descripción toma una dimensión importante teniendo en cuenta que los participantes son padres de niños con graves patologías, por lo que sus hijos durante los primeros años de vida realizaron terapéuticas clínicas parcialmente invasivas en el cuerpo del niño, que son corporalmente des confortables para el niño y para sus padres son emocionalmente marcantes y dolorosas. Los padres describen a la Musicoterapia también desde la comparación con las otras terapias que realizaron sus hijos, destacando su carácter y a su abordaje lúdico y placentero. Como estos niños pasan a realizar terapias diariamente desde un modelo de rehabilitación para inhibir la patología o restaurar funciones que están comprometidas con su desarrollo, los padres distinguen que en la Musicoterapia también se realizan actividades con el objetivo de promover el desenvolvimiento del niño, de su aprendizaje y de sus capacidades motoras pero destacan que estas actividades son en un contexto lúdico al cual al niño acede motivado, por la propia música o porque se realiza con materiales como son los instrumentos musicales que focalizan la atención del niño muy fácilmente. Así coincide con la investigación realizada por Trondalen (2009) que se cuestiona cual es el "reconocimiento" que encontramos desde la interacción musical. Trondalen describe cuatro áreas diferentes en las que se experimentó potenciales cambios positivos a partir del proceso en Musicoterapia. Áreas que también son concluyentes de este estudio a) del intercambio emocional, b) del juego y sus componentes de interacción social, c) del equilibrio del foco y la atención y d) de las competencias en las habilidades de interacción.

Cuando nos preguntamos cual es el concepto que ellos tienen sobre la utilidad de la Musicoterapia en sus hijos encontramos, en el análisis de sus respuestas, que estos padres también están condicionados en las actividades que sus hijos realizan a causa del compromiso de sus funciones cognitivas, perceptivas y motoras. Los padres encuentran que hay algo que si pueden hacer como oír música, reconocer sonidos, identificar músicas o tocar un instrumento, que tiene el significado del hacer. Así como lo entendió Halsbeck (2013) se da a los padres un lugar de alentar su creatividad, su autonomía de motivarse para expresarse con emoción, con lo cual se interviene en la interacción saludable entre padres e hijos.

Tenemos en cuenta que sus hijos no tienen capacidad de juego simbólico, manifiestan poco interés por objetos como muñecos, mayor interés en aquellos objetos que producen sonidos y luces, no tienen expresión gráfica, no se relacionan espontáneamente con otros niños y son dependientes de los cuidados de sus padres. Por lo que sus padres, en las sesiones de Musicoterapia, manifestaron que mediante las actividades sonoras musicales descubren un hijo que puede hacer y que desde los sonidos aprenden a interactuar con ellos.

El lugar del profesional del Musicoterapeuta ocupa un primer plano tanto desde su formación como en la relación afectiva con el niño y con la familia, los padres valorizan que la actitud del Musicoterapeuta sea flexible, les transmita seguridad de aquello que va a hacer con sus hijos, como lo son los objetivos claros.

Principalmente los padres se sienten satisfechos con esta terapia porque les ha permitido participar y les proporciona un espacio para jugar con sus hijos, esta importante actividad que es valorizada porque potencializa la relación y el desenvolvimiento global del niño que ellos consiguen evidenciar. Es importante recordar que estos padres tienen un lugar de cuidador funcional que les consume la mayor parte de su tiempo, energía y atención. Por lo tanto, tienen la sensación de que el espacio de Musicoterapia es rico en potencializar un encuentro distendido en que el niño y su madre/padre juegan, tocan instrumentos y al que el niño responde positivamente. Así también lo entendió Thompson (2014) que en sus estudios reveló que la relación entre padres e hijos con problemas graves de comunicación e interacción se beneficia en las actividades sonoras musicales en que la capacidad de comunicación aumenta.

Es de destacar que los padres entienden que es relevante como el Musicoterapeuta transmite, comunica el porque y como de cada una sus actividades y también lo que pretende conseguir, los padres focalizaron que a este nivel es de un valor determinante, para la relación de confianza entre familia y equipo de Atención Temprana.

En el proceso Musicoterapéutico los padres reconocen que la utilización de la música también es útil en ayudar a su hijo a relajar o sentirse mejor con su propio cuerpo, el cual está asociado a mejorar la capacidades físicas del niño, como respirar, pero también implica sus expresiones a nivel emocional como reír. Estas competencias son entendidas por los padres como específicas de la Musicoterapia.

Concluimos que los padres entienden a la Musicoterapia como un apoyo necesario que se complementa con las otras terapias considerando su mayor potencialidad la comunicación aspecto que fue evidente en todas las entrevistas. Constatamos que principalmente la comunicación es considerada una de las potencialidades más importantes de la Musicoterapia, es una de sus características, es uno de sus beneficios y también de sus efectos. Sus hijos no-verbalizan, pero desde la Musicoterapia se facilita la comunicación no verbal, en la que se construyera un lenguaje paralelo propio del niño, que los padres interpretan y pueden llevar a los otros espacios sociales importantes para sus hijos, como sucede en el espacio educativo o la familia alargada. Esto se confirma por las innumerables veces en que la categoría Comunicación es referida y encontramos en los memos el de comprender o ser comprendido, o también en la interpretación de las acciones o sonidos que sus hijos realizan y consideran que desde la Musicoterapia fueron ayudados a interpretarlos.

En relación a los beneficios, o resultados, los padres también entienden que las actividades realizadas en el ámbito de las sesiones de Musicoterapia se trasladan o tienen consecuencias en las actividades cotidianas de sus hijos. El propio modelo de Atención Temprana en que el terapeuta realiza junto con la familia los objetivos en relación a las necesidades y observaciones de las rutinas. Así los padres, por su participación activa y su relación próxima poseen un conocimiento pragmático de la terapia y consiguen describir los resultados que sus hijos consiguieron cuando hacían Musicoterapia. Reconocen como resultados la adquisición de gestos, capacidad de relajación, respiración como resultados inmediatos. También consiguen observar resultados a largo plazo como alguna autonomía, que relacionan al trabajo realizado en

las sesiones de Musicoterapia y que asocian a las actividades realizadas durante las sesiones.



### **5.3. Estudio 3- Perspectiva de los Técnicos de Atención Temprana**

Este tercer y último estudio nace de la necesidad de saber también cual es el concepto de los técnicos que conforman el equipo de Atención Temprana. Conocer la Musicoterapia en Atención Temprana, en su globalidad, es objetivo principal de esta investigación, que estaría incompleta sin el conocimiento de la opinión de los técnicos integrantes de los equipos de Atención Temprana.

#### **5.3.1. Objetivos Específicos**

Este tercer estudio tiene como principal objetivo conocer el concepto sobre Musicoterapia que tienen los técnicos de Atención Temprana. Deseamos conocer la Musicoterapia desde la visión de los técnicos que forman parte del equipo que integra un Musicoterapeuta en el cual que se sucedieron los estudio 1 y 2. Pretendemos conocer si la Musicoterapia responde a las necesidades de un equipo de Atención Temprana que se constituye multidisciplinar y que pretende llegar a la transdisciplinaridad.

Se constituyeron como objetivos específicos los de conocer:

- Que consideran como Musicoterapia en el equipo de Atención Temprana;
- Cuáles son las funciones que ejerce un Musicoterapeuta que interviene en el equipo de Atención Temprana;
- Cuál es su especificidad de intervención.

Entendemos que las actuales exigencias de los programas de intervención, se trasladan a las características de los técnicos que forman estos equipos. Así también queremos llegar a conocer cuáles son las características de un Musicoterapeuta que ejerce, en esta área, el rol y las funciones que son esperadas.

Así conociendo cuales son las representaciones que los profesionales de otras disciplinas tienen sobre el Musicoterapeuta, como profesional y sobre la práctica de esta, revelar un concepto que responde al objetivo general de esta investigación: llegar a conocer que caracteriza la práctica de la Musicoterapia y la relación que tiene esta praxis con los otros profesionales para constituir un equipo de Atención Temprana.

### **5.3.2. Participantes**

Esta investigación nos lleva directamente a definir la Musicoterapia dentro del contexto de un equipo de Atención Temprana, pretendiendo explorarlas perspectivas que los técnicos de Atención Temprana tienen sobre esta disciplina. Son participantes de este estudio los profesionales que integran los equipos locales de Intervención –ELI.

Fueron entrevistados 5 técnicos, con más de 4 años de experiencia en equipos de Atención Temprana, de la región Alentejo, de Évora. Este grupo de participantes está constituida por los siguientes profesionales: 2 psicólogos, 1 asistente social, 2 logopedas de los equipos ELI nº 1 de Évora –CERCIDIANA y ELI nº 2 de Évora-APCE.

### **5.3.3. Procedimientos**

Los técnicos fueron contactados personalmente, se les explico el objetivo de este estudio y de la investigación en su globalidad, fue pedido que firmasen un documento de consentimiento informado en el cual se esclarecía la conformidad, tratamiento y confidencialidad de los datos. Todos los entrevistados fueron voluntarios, simplemente elegidos por pertenecer al equipo de Atención Temprana y por su disponibilidad de tiempo para realizarlas entrevistas

Se elaboraron y aplicaron entrevista semi-estructuradas, construida específicamente para este fin, de acuerdo con los principios de la Grounded Theory.

Se realizaron las siguientes preguntas como punto de partida:

1. ¿Que entiende por Musicoterapia?
2. ¿Cuales son para usted las funciones de un Musicoterapeuta en un equipo de Atención Temprana?
3. ¿Cual podría ser, en su opinión, la especificidad de la Musicoterapia en el equipo de Atención Temprana?

Cada una de las entrevista fue grabada en formato digital y seguidamente transcrita por el entrevistador. Posteriormente les fue atribuido un código de identificación ETOX – Entrevista Técnico 0X. Las entrevistas fueron aplicadas por una estudiante de Psicología. Por el mismo motivo que en el estudio 2, siendo el Musicoterapeuta colega de los entrevistados se pretendía objetividad en las respuestas obtenidas. Una vez

transcritas se procedió a la realización del análisis línea a línea según la metodología Grounded Theory, de cada una de las entrevistas.

De este primer análisis surgen preguntas y cuestiones pertinentes tales como:

- ¿De qué forma responde la Musicoterapia a las exigencias profesionales propias de Atención Temprana?
- ¿Cuáles son las funciones que los otros técnicos le atribuyen a la Musicoterapia por su especificidad?
- ¿Cuáles son las competencias que tiene un profesional en Musicoterapia?

Iniciamos, a partir de los datos recogidos, a viabilizar el surgimiento de conceptos que fueron agrupados según sus características. Desde la codificación abierta surgen una cantidad de códigos, al mismo tiempo se procedió a la realización de los “memos”, que nos indicarían más adelante el camino hacia los conceptos y a las categorías centrales. Básicamente se siguió el análisis según Strauss y Corbin (1998) a partir del cual los datos son divididos en partes, conceptualizados, organizados lógicamente, realizando un proceso por el cual emerge la teoría.

El primer investigador realizó las categorías y subcategorías divididas en dimensiones que surgieron del análisis sistemático y comparativo de los datos, el segundo investigador realizó una segunda categorización, más compleja, integrando todos los análisis efectuados, y desde allí se deciden cuáles son las categorías centrales. Recurrimos la construcción de diagramas en horizontal que describían desde lo más concreto hacia un concepto más abstracto, estableciendo relaciones entre ellos y observamos las subcategorías que emergían juntas de sus dimensiones. En todos los pasos se realizó la verificación del segundo investigador.

Los memos tuvieron la calidad de bases para la realización de los constructos que dejaron surgir las categorías centrales así estos también facilitaron más adelante la narrativa de este estudio.

#### **5.3.4. Resultados**

Las categorías fueron determinadas, desde la siguiente lógica, línea a línea, para la construcción de conceptos, desde las preguntas que surgen directamente desde los datos,

se realiza las primeras codificaciones. Seguidamente se clasificaron en subcategorías y sus dimensiones. Determinaron estas la codificación selectiva en las que se fueron formando un esquema que explica una secuencia lógica. Surgen en este estudio desde el análisis descriptivo tres categorías centrales, desde las propias palabras respondidas por los entrevistados.

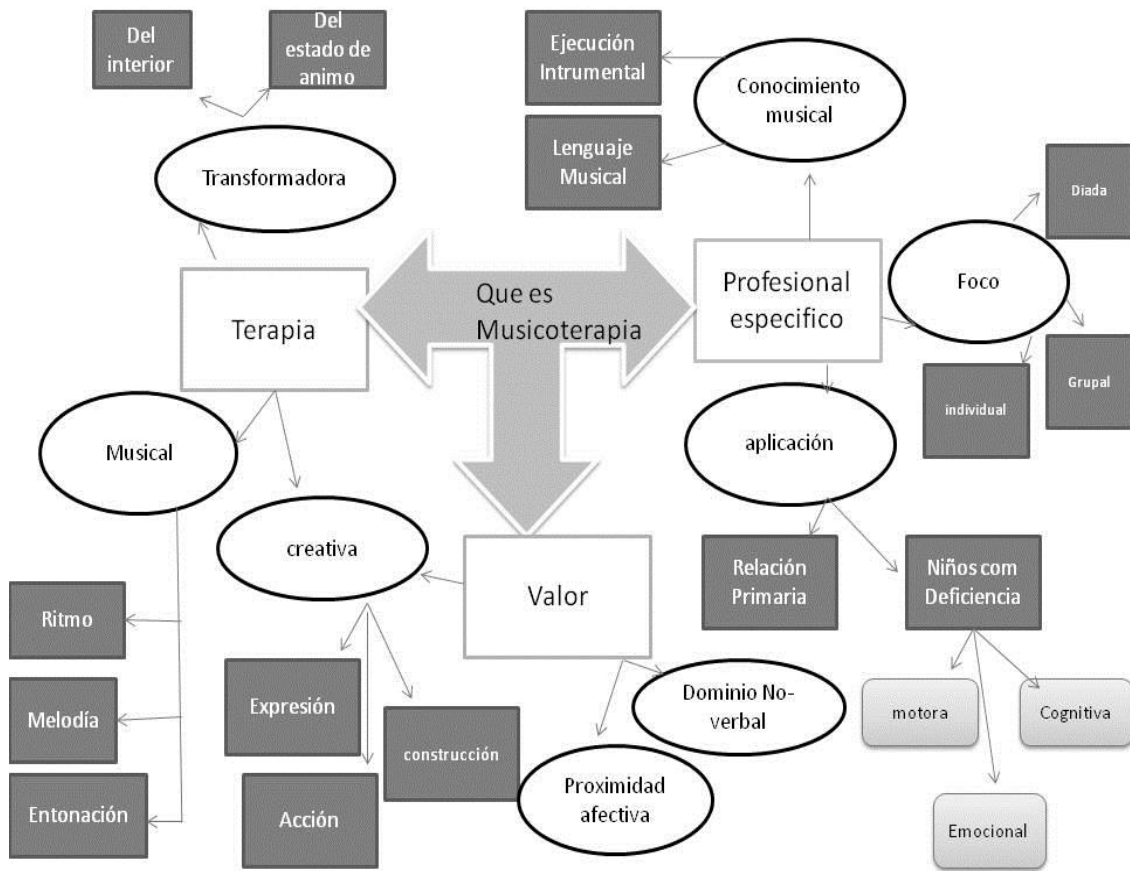
- a. Que es Mt en AT: Referente a cuál es el concepto de Musicoterapia, que expresan los entrevistados.
- b. Funciones de Mt en AT: Se refiere a cuáles son las cualidades de la Música en ejercicio de esta en el equipo de AT.
- c. Especificidad de Mt en AT: Describe lo que es determinante en Musicoterapia.

Durante el procedimiento de análisis de los datos vimos surgir las categorías cada una en una organización en la que fuimos creando gráficos para una mejor comprensión del fenómeno. Respondiendo al análisis de la metodología G.T.

#### **5.3.4.1. Categoría “Que es Musicoterapia”**

Este complejo constructo que surge a partir de la pregunta que le realizamos a los datos recogidos ¿Que es la Musicoterapia? A través del análisis de los datos fuimos elaborando un modelo teórico que se representa de forma esquemática en la figura 18, de modo a facilitar su comprensión. Esta categoría fue formada por tres subcategorías: a) Profesional específico, b) Terapia y c) Valor.

Figura 19. Categoría que es Musicoterapia



a. Subcategoría **Profesional específico**

Revela el papel del Musicoterapeuta. En las entrevistas realizadas se caracteriza la Musicoterapia desde el rol que desempeña y de su formación como Musicoterapeuta:

*“Ejercido por um terapeuta específico, tem que ter formação específica na área que é: o musicoterapeuta” ET03<sup>71</sup>*

a.1. Dimensión **Aplicación**. Es claro para los profesionales del equipo de Atención Temprana que el Musicoterapeuta realiza su actividad y está preparado para intervenir en la relación primaria con los niños, en la diada, o en una terapia que puede ser de

<sup>71</sup>“Ejercido por un terapeuta específico tiene que tener formación específica en el área que es, el Musicoterapeuta”

grupo, respondiendo de esta forma a las diferentes prácticas para la cual este técnico específico está formado. Desde las entrevistas se destaca que el Musicoterapeuta responde a la necesidad del equipo de intervenir en la discapacidad, tiene conocimientos en la intervención directa en niños con patologías en la que están implicadas las áreas motora, emocional y cognitiva. Es una aliada en los casos específicos en que el niño no juega, no habla, que no verbaliza, pero sí que se expresa con sonidos, que tiene la capacidad de oír.

*“é um apoio que muitas vezes, e sobre tudo, trabalha especificamente na minha área. Peço muito ajuda à minha colega musicoterapeuta, especialmente quando estamos a trabalhar a nível do pré-verbal” ET 04<sup>72</sup>*

a.2. Dimensión **Conocimiento Musical**, refiere que el Musicoterapeuta tiene conocimientos y dominio del lenguaje musical como así también conocimientos de la cultura musical general, y fundamentalmente el dominio de la ejecución instrumental.

*“é alguém que tem uma linguagem muito própria, muito específica, que nós não dominamos por muito que queiramos” ET01<sup>73</sup>*

El dominio de la ejecución instrumental tiene intrínseca la capacidad de utilizar un recurso con un valor acrecentado a la formación terapéutica, que es un elemento propio para la intervención. Este dominio del lenguaje musical y de ejecución instrumental es descrito como facilitador de empatía y comunicación. Surge una comparación de las características de este lenguaje musical asociada al Musicoterapeuta como lo es la sensibilidad, el componente no verbal, el componente emocional, lo que se siente, que esta antes de aquello que se dice y que el Musicoterapeuta tiene una formación que lo habilita para utilizar terapéuticamente en el desenvolvimiento del niño o en la construcción de la relación con su progenitor.

---

<sup>72</sup>“Es un apoyo que muchas veces es sobre todo que trabaja específica Mente en mi área pido mucha ayuda a mi colega musicoterapeuta mucho cuando esta Mos a trabajar a nivel de lo pre-verbal”

<sup>73</sup> “Es alguien que tiene un lenguaje muy propia, muy específica que nosotros no dominamos por mucho que querra mos”

*“Musicoterapia é terapia através dos instrumentos da música” ET02<sup>74</sup>*

Para algunos técnicos la Musicoterapia es claramente una intervención en la cual se utilizan instrumentos musicales, en que estos son utilizados como elementos terapéuticos o que facilitan el hacer terapia.

*“dele é mesmo o conhecimento dos instrumentos, das pautas musicais, dos ritmos, dos compassos dessas coisas todas que envolvem a música” ET03<sup>75</sup>*

Podemos entender que el Musicoterapeuta tiene recursos en su formación y en su dominio del lenguaje no verbal, para la construcción de un proceso terapéutico, que responde al desenvolvimiento emocional, en aquella población más grave en que la patología es más compleja. Lo que es entendido por los otros técnicos de Atención Temprana como un valor agregado para la intervención directa para el equipo.

a.3. **Foco.** En esta dimensión es descripta en que ámbito trabaja el Musicoterapeuta. Aquí los técnicos consideran la Musicoterapia una terapia que desenvuelve su intervención con la díada madre/hijo o en grupo aunque también es considera su trabajo en un espacio individual del Musicoterapeuta con el niño. También nombran que la Musicoterapia tiene un abordaje de grupo.

b. Subcategoría **Terapia.** Fácilmente los entrevistados describieron a la Musicoterapia como una de las terapias que da respuesta a las necesidades de las familias que realizan el programa de Atención Temprana. Considerando una Terapia así como las otras que se proporcionan a las familias. También porque su propio nombre lo indica Musicoterapia es fácilmente descripta como una terapia en que se utiliza la Música. Siendo que este nombre por veces puede prestar a confusión, o simplificar su actuación.

*“Eu quando ouvi pela primeira vez a palavra Musicoterapia pensava que era quase uma forma de relaxamento. Ou seja, que através da Música a*

---

<sup>74</sup> “Musicoterapia es terapia a través de los instrumentos de música”

<sup>75</sup> “de él, es mismo el conocimiento de los instrumentos de las partituras musicales, de los ritmos del compas y de todas las cosas que envuelven la música”

*criança conseguia relaxar e que através da música conseguia despertar em si sensações que a levassem a outros estados internos. Numa formação que penso foi sobre o modelo Dir. a.. Sobre o Floortime ouve uma apresentação também sobre a Musicoterapia e percebi que a Musicoterapia é uma coisa completamente diferente”ET01<sup>76</sup>*

b.1. Dimensión **Musical**. La composición de los elementos de la música también son un material que define esta terapia porque, como describen los entrevistados, la Musicoterapia hace uso de las entonaciones, el ritmo, la melodía.

*“É uma atividade terapêutica que recorre à música, aos instrumentos utilizados na música, e componentes associados a isso, como ritmos à própria entoação, intensidade, frequências que são todos conceitos musicais e utiliza essas formas para trabalhar” ET03<sup>77</sup>*

La complejidad que caracteriza la música y los sonidos es reconocida también a la Musicoterapia desde su intervención de acción, de lo que hace y de los recursos que utiliza, como también de sus potenciales resultados.

b.2. Dimensión **Transformadora**. Como segunda dimensión en la subcategoría **Terapia** encontramos que la Musicoterapia es descrita por los entrevistados como una terapia que transforma.

*“Tudo o que tem a ver com os ritmos... crianças mais desorganizadas e que ajuda a organizar através dos ritmos, pronto dos ritmos externos, não é?, e o ritmo interno que a criança ainda não tem, pronto, quase como se não*

---

<sup>76</sup>“Yo cuando oí por primera vez la palabra Musicoterapia, pensaba que era casi una forma de relajación. O sea que a través de la Música el niño conseguía relajarse y que a través de la música conseguía despertar en sí sensaciones que lo llevaran a otros estados internos. En una formación que pienso fue sobre el modelo DIR a sobre Floortime hubo una presentación también sobre la Musicoterapia y entendí que la Musicoterapia es una cosa completamente diferente”

<sup>77</sup>“Es una actividad terapéutica que recurre a la música y a los instrumentos utilizados en la música, y componentes asociados a esta como ritmos o la propia entonación intensidad, frecuencias que son todos conceptos musicales y utiliza esas formas para trabajar”



*tivesse uma melodia, não é?, harmoniosa para funcionar e que a Musicoterapia pode dar”ET02<sup>78</sup>*

El objetivo de la Musicoterapia también es mencionado como una potencialidad que tiene en su dominio lo musical como arte, por lo que encontramos como una dimensión de terapia su capacidad ser transformadora, los técnicos de Atención Temprana entiende por Musicoterapia, una terapia que incide en el estado de ánimo, en la estética, y también produce cambios desde lo interior.

*“Musicoterapia para mim é uma forma de chegar, neste caso, às crianças ou adultos, contornar determinadas dificuldades através da música, uma vez que há algo que nos acalma, que nos leva para outra dimensão, que através de outra forma não seria possível lá chegar” ET05<sup>79</sup>*

De alguna forma cada una de las terapias que conforman el equipo de Atención Temprana tiene muy bien delimitado su campo de acción, así sucede con la fisioterapia asociada a los problemas de movimiento o en la logopedia que está asociada al habla, la Musicoterapia en su denominación habla sobre sí misma y no de lo que hace o los efectos terapéutico que busca, algo que está más allá de aquello que se ve, como lo que se siente.

*“e através da música chegar a áreas, a dificuldades, a dimensões que as outras áreas, como a fisioterapia ou a terapia de fala não chega M”ET05<sup>80</sup>*

---

<sup>78</sup>“Todo lo que tiene que ver con los ritmos, niños mas desorganizados y que ayuda a organizar a travez de los ritmos, asi de los ritmos externos, no es? Del ritmo interno que el niño todavía no tiene, así casi como i no tuviese una melodía, no es? Armoniosa para funcionar y que la Musicoterapia puede dar”

<sup>79</sup>“Musicoterapia es para mi una forma de llegar en estos caso en niños o adultos, dar la vuelta a determinadas dificultad a través de la música, una vez que hay algo que nos calma, que nos lleva a otra dimensioñ, que a través de otra forma no seria posible llegar”

<sup>80</sup>“Es a travez de la música llegar a áreas, a dificultades, a dimensiones que en las otras áreas como en la fisioterapia como en la logopedia no llegan”

b.3. +c.1. De la siguiente categoría el componente **Creatividad** señalamos como tercera dimensión. Agrupamos en esta dimensión aquellas descripciones que nos decían lo que se espera de la Musicoterapia en su acción, de lo que se hace en las sesiones, que nos dio el concepto de la expresión y construcción. Lo que nos habla que en la Musicoterapia se produce algo, que se hace que se expresa y desde allí toma forma. Esta dimensión también es parte de la Subcategoría c. **Valor**

*“Entendo a Musicoterapia como quase um acto de criação que pode ser construído individual ou conjuntamente, e que através da melodia através da percussão, através de tudo aquilo que a música pode dar, pode permitir construir uma coisa individual, ou conjuntamente, que permita à criança transformar algo que isolado ou em conjunto, com outros signos e com outros sinais permite construir um todo, um todo que é belo e que de alguma forma é dela” ET01<sup>81</sup>*

c. Subcategoría **Valor**. Al describir la Musicoterapia, los entrevistados recurren a varias descripciones, las cuales fueron categorizadas entre dimensiones las cuales sobresalen por el potencial con el que consideran a la Musicoterapia al ser utilizada como recurso en los equipos de Atención Temprana: c.1. **Creatividad**, c.2. **Dominio no verbal** y c.3. **Capacidad Afectiva**.

c.1. Dimensión **Creatividad**. Surge en los memos el concepto de creatividad en la que se describen características de una terapia que es creativa, que favorece la realización de algo nuevo que se genera desde su forma de intervención. En esta categoría encontramos que los técnicos de A.T. hallan que la producción sonora vocal o desde la ejecución instrumental, que se realiza con el niño, es un valor destacado. Surge algo nuevo que se crea desde lo sonoro y es generador de un espacio facilitador para los

---

<sup>81</sup>“Entiendo a la Musicoterapia casi como un acto de creación que puede ser construido individual o en conjunto, y que a través de la melodía a través de la percusión, a través de todo aquello que la música puede dar, puede permitir contribuir una cosa individual o en conjunto que permite al niño transformar algo que aislado o en conjunto con otros signos y con otros señales permite construir un todo, un todo que es bello y que de alguna forma es de él”

técnicos que intervienen en A.T., capaz de favorecer el inicio sonoro de la comunicación.

*“Uma linguagem única que nos permita aproximar do outro...Um facilitador tremendo no trabalho que se pode fazer com as crianças. Eu acho que um Musicoterapeuta melhor do que ninguém pode ser quem facilita esta comunicação, através da música, e consegue criar uma ponte entre a criança e o outro”ET01<sup>82</sup>*

c.2. **Dominio no verbal.** En esta dimensión encontramos que los técnicos de Atención Temprana encuentran que la capacidad que tiene la Musicoterapia de ejercicio desde el lenguaje no verbal sonoro, desde los laleos que producen los niños, es una más valía que no se encuentran en los otros apoyos o no son tan valorizados como recurso terapéutico como los son en este fenómeno.

c.3. **Capacidad afectiva.** Esta dimensión se encuentra clasificada en la descripción de la Categoría Que es Musicoterapia porque los técnicos reconocen que la música es un lenguaje de afectos que facilita la construcción de una comunicación esencialmente desde el afecto. Así consideran que la Musicoterapia tiene como valor esta capacidad

*“nível da relação, mas na relação mãe-bebé, as coisas mais da díade, que acho que é importante... a nossa musicoterapeuta desenvolve um trabalho também a esse nível”ET04<sup>83</sup>*

#### **5.3.4.2. Categoría “Funciones de la Musicoterapia”**

En esta categoría fueron agrupadas las consideraciones que hacen los técnicos de Atención de Temprana al describirlas funciones que son adjudicadas de responsabilidad para el ejercicio de la Musicoterapia en sus equipos, Así fueron encontradas 3

---

<sup>82</sup>“Un lenguaje único que nos permite aproximarnos del otro...Un facilitador tremendo en el trabajo que se puede hacer con los niños. Yo creo que un musicoterapeuta mejor de que nadie puede ser quien facilita esta comunicación, a través de la música, y consigue crear un puente entre el niño y los otros”

subcategorías. a) **Intervención Directa**, b) **Miembro del Equipo** y c) **Comunidad**. Las cuales describimos a continuación y que se consiguen observar gráficamente en la figura n 20.

a. Subcategoría **Intervención Directa**. Se encuentran en esta categoría las consideraciones que hacen los otros técnicos de Atención de Temprana al describir cuales son las funciones del Musicoterapeuta en la actuación evidente de la Musicoterapia a la cual dividimos en tres dimensiones:

a.1. Dimensión **Madre/Niño**. Caracteriza la intervención que realiza el Musicoterapeuta junto con la díada; así los entrevistados reafirman que la intervención que hace el Musicoterapeuta junto con el **niño y con su madre**, o a.2.en la dimensión **el niño con su padre**.

a.3. Dimensión **Familia**. Engloba la información referente de cuando la intervención se realiza en casa y es acompañada directa o indirectamente por la familia alargada, hermano y abuelas.

*“Acho que a função do musicoterapeuta, para além de ser um agente que trabalha com a família, que percebe a família, que entende, que a ajuda a organizar...”ET01<sup>84</sup>*

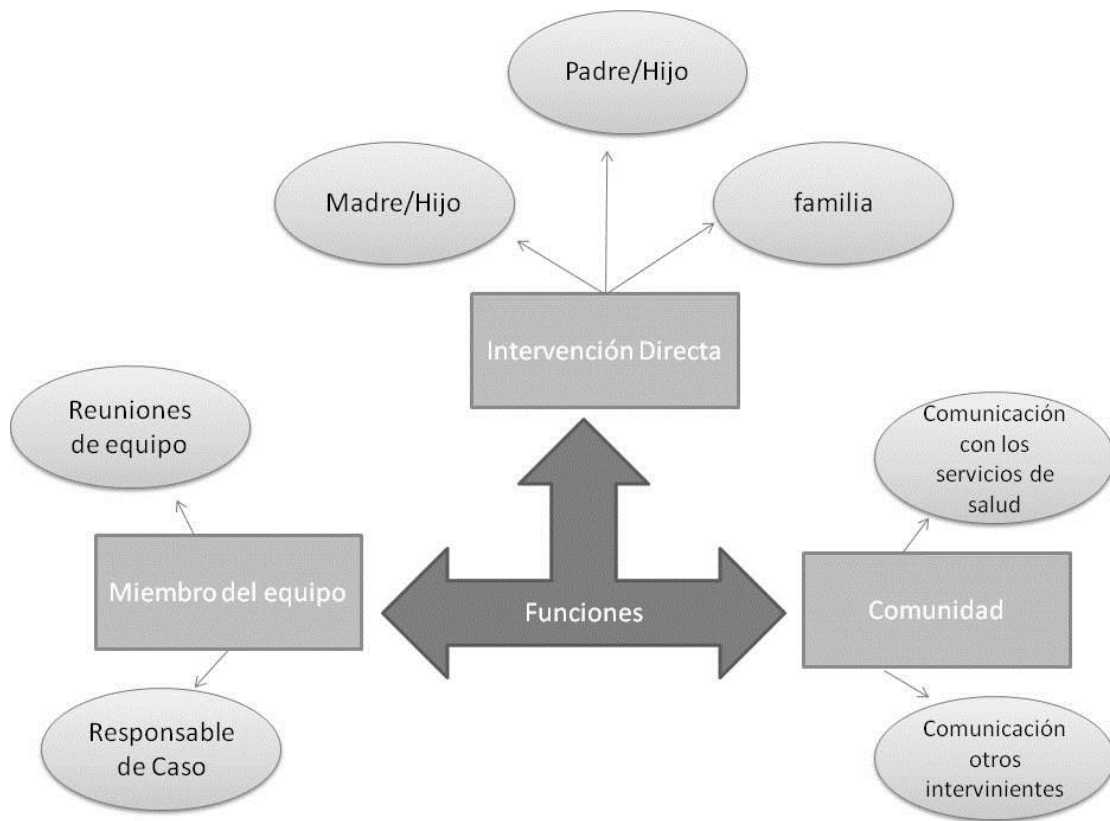
b. La Subcategoría **Miembro del Equipo** es la que describe cuales son las funciones que son responsabilidad del Musicoterapeuta en su trabajo como miembro de un equipo Multidisciplinar, constituido por dos dimensiones:

b.1.**Responsable de Caso**. El lugar de Responsable de caso que el Musicoterapeuta ejerce en el equipo, es visto una condición unilateral a todos los miembros del equipo, lo que aquí parece ser destacable es que los técnicos consideran la Musicoterapia como una respuesta incluida naturalmente en el equipo que no es reconocida por el sistema de Atención Temprana SNIPI.

---

<sup>84</sup>“Creo que la función del musicoterapeuta, además de ser, un agente que trabaja con la familia, que entiende la familia, que la entiende, que la ayuda a organizar”

Figura 20 Categoría Funciones de la Musicoterapia



**b.2.Reuniones de Equipo.** Los entrevistados describen la función que ellos propios ejercen como responsables de caso y que trasladan a la figura del Musicoterapeuta como para todo miembro de un equipo de Atención Temprana

*“As funções de um musicoterapeuta, para pertencer a uma equipa da IP: faz atendimentos, tem apoios terapêuticos diretos, colabora com restantes elementos da equipa, pode ser responsável de caso, e para além de articular com elementos da equipa tem que articular com os outros elementos que fazem parte do processo da criança, como os médicos, as educadoras, trabalho articulado”ET02<sup>85</sup>*

---

<sup>85</sup>“las funciones de un musicoterapeuta para pertenecer a un equipo de AT atiende teiene apoyos terapeuticos directos, colabora con los restantes elementos del equipo, puede ser responsable del caso además de articular con

El Musicoterapeuta que ejerce en Atención Temprana es descrito como un técnico que tiene una visión global sobre el caso y sobre todo articula interna y externamente con todos los intervinientes en pro de la evolución del niño y su familia.

*“Acontece em que há uma perspectiva global do desenvolvimento do indivíduo e que a musicoterapeuta acaba por nos ajudar também a pensar”ET02<sup>86</sup>*

c. Subcategoría **Comunidad**, que se encuentra formada por dos dimensiones:

c.1.**Comunicación con los servicios de salud.** Agrupamos en esta dimensión aquellas descripciones que hacían referencia a la articulación con otros técnicos que desempeñan su actividad profesional dentro y fuera del equipo de Atención Temprana. Donde toda su intervención tiene un sentido y una continuidad cuando se desplaza a la comunidad así, los entrevistados también reconocen que esto es parte constitutivo de las funciones de la Musicoterapia en esta área particularmente, en la que se incluyen y fueron identificadas como dimensiones los servicios de salud como el Hospital.

c.2.**Comunicación con los otros intervinientes** como el medio educativo, como el Jardín de Infantes. Es destacado el lugar en que el Musicoterapeuta tiene como responsabilidad un ejercicio de su función como técnico de Atención Temprana por lo que su intervención es también en articulación con todos los medios en los que el niño y su familia se encuentran inmersos.

*“participa numa equipa de intervenção precoce com todas as outras funções enquanto técnico de intervenção precoce enquanto trabalho com as*

---

elementos del equipo tiene que articular con los otros elementos que hacen parte del proceso del niño como los médicos las educadoras trabajo articulado”

<sup>86</sup>“Sucede que hay una perspectiva global del desarrollo del individuo y que la musicoterapeuta acaba por ayudarnos también a pensar”

*famílias, enquanto trabalho com a comunidade, articulação com escola, ...”ET03<sup>87</sup>*

### 5.3.4.3. Categoría “Lo Específico de la Musicoterapia en Atención Temprana”

Esta categoría principal surge desde tres claras subcategorías: a) **Aplicación**, b) **Dominio del lenguaje musical** y c) **Trastorno del inicio de la infancia**. Que son descritas a continuación cada una con sus subcategorías e dimensiones como pueden ser observadas a continuación en la figura 21

a. Subcategoría **Aplicación**: los entrevistados consideran específico la intervención desde lo musical, desde el exclusivo dominio y de las particularidades que la música y los sonidos ofrecen en su aplicación al servicio de la terapia, por el ejercicio de un profesional capacitado para ello.

*“Mas a partir do momento que se trabalha com aspectos musicais, é uma parte específica desse técnico que mais nenhum tem conhecimento, e se tem conhecimentos é por fora e não os consegue aplicar a este tipo de pacientes depois, portanto, a especificidade dele é mesmo o conhecimento dos instrumentos, das pautas musicais, dos ritmos, dos compassos e dessas coisas todas que envolvem a música.”ET03<sup>88</sup>*

---

<sup>87</sup>“Participa en el equipo de AT como todas la otras funciones en cuanto técnico de AT en cuando trabaja con las familia, en cuanto al trabajo con la comunidad, articulación con la escuela”

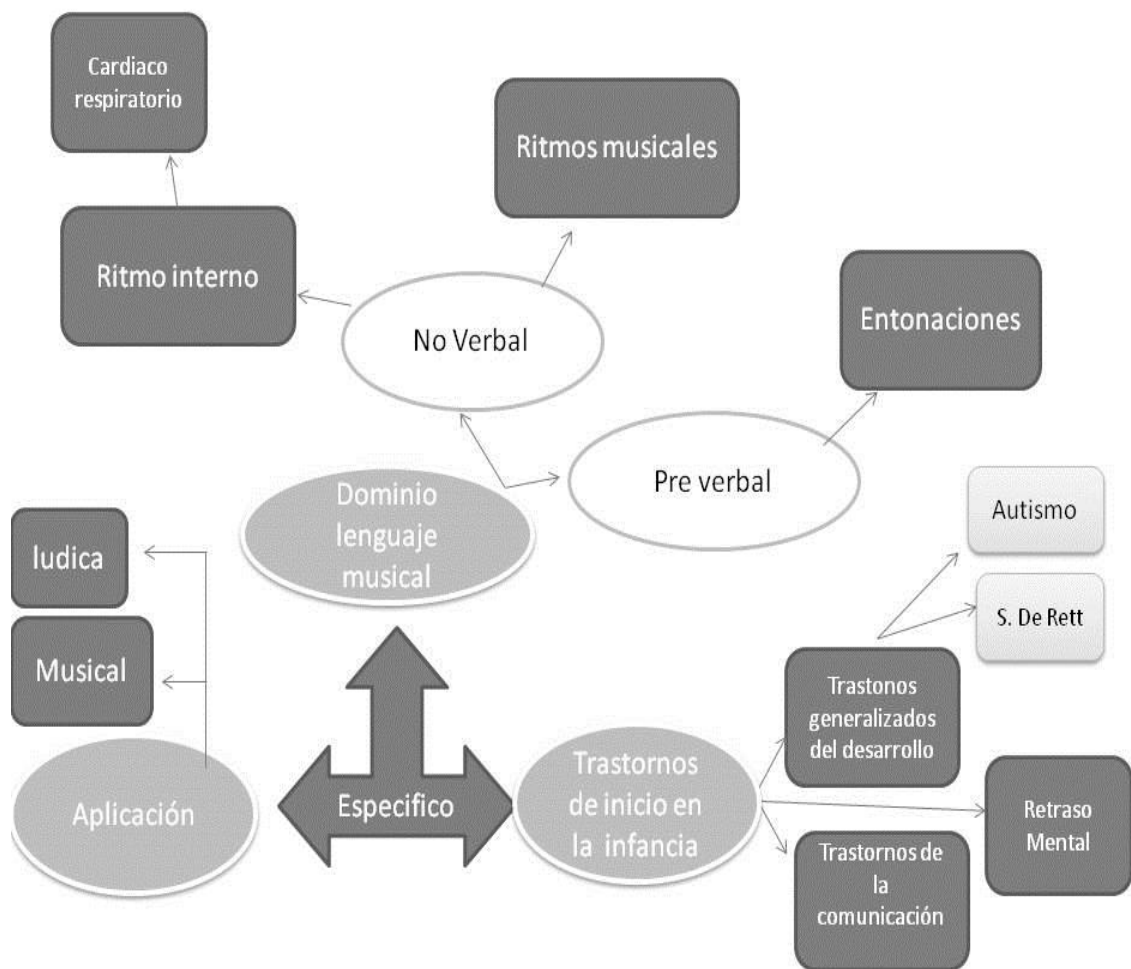
<sup>88</sup>“Mas desde el momento en que se trabaja con aspectos musicales es una parte específica de este técnico que ma nadie tiene conocimiento, y si tiene conocimiento es fuera, y no los consigue aplicar al tipo de pacientes, por lo tanto, la especificidad del es mismo el conocimiento de los instrumentos de las partituras musicales de los ritmos de los compases y de esas cosas todas que envuelven la música “

El dominio de la ejecución instrumental que es descrito como condición de ser del Musicoterapeuta e que tiene también que saberlo aplicar en favor de los objetivos terapéuticos, por lo que es importante la formación específica en Musicoterapia.

También consideran esta particularidad en las dimensiones **Musical** y **Lúdica** a la que describen como de alguna forma facilita la expresión desde el interior del niño y que deja fluir desde lo sonoro, abre así canales de comunicación más fácilmente.

*“Que vem de dentro do próprio que é bonito”ET01<sup>89</sup>*

Figura 21 - Categoría lo Especifico de la Musicoterapia



<sup>89</sup> “que viene de adentro del propio que es bonito”



b.1. **No verbal**-su dimensiones **ritmos musicales, ritmo interno** (cardiaco-respiratorio) consideran los técnicos de Atención Temprana que es específico de la Musicoterapia su intervención desde la componente no verbal que consideran como del interior de los niños. Desde los ritmos naturales de funciones vitales como los son el ritmo de la respiración y del corazón. Que son influenciables para el bienestar del niño, desde la función del Musicoterapeuta.

b.2. **Pre verbal** (entonaciones)La Musicoterapia es considerada como una terapia que interviene en el dominio en el lenguaje no verbal, en que su base en el dominio musical la caracteriza en tener un componente no verbal dominante con el que consigue llegara niveles anteriores al dominio del lenguaje e iniciar así la exploración en esta etapa, encontramos que desde los memos los entrevistados expresan como, lo no verbal está ligado a lo corporal al sentir el cuerpo y a las necesidades vitales como respirar.

*“A partir do momento em que trabalha com ritmo, com entoações, com frequências, com aspectos musicais para se atingir determinados fins, quer a nível da respiração quer a nível da relação”ET03<sup>90</sup>*

Nociones estas de mayor importancia cuando intervienen en una población en el inicio de la vida de los 0 a los 6 años. También consideran una respuesta específica el de desenvolver actividades desde las características sonoras que producen los niños, en la que la Musicoterapia utiliza ritmos, lalaciones, etc.

*“Muitas vezes ainda nem conseguem falar ou nem têm linguagem verbal; é muito nesta questão da comunicação, mas muito a nível primário, portanto todo o que tem a ver com os ritmos”ET02<sup>91</sup>*

---

<sup>90</sup>“Desde el momento en que trabaja con ritmos con entonaciones, con frecuencias, con aspectos musicales para llegar a determinados fines, quiere que sea a nivel de la respiración, quiere ser a nivel de la relación”

<sup>91</sup>“Muchas veces todavía no consiguen hablar o no tienen lenguaje verbal es mucho en esta cuestión de la comunicación mas mucho a nivel primario por lo tanto todo lo que tiene que ver con los ritmos”

c. Subcategoría **Trastornos de Inicio de la Infancia**, constituida por 3 dimensiones identificadas como c.1. **Trastornos generalizados del desarrollo** – S. De Rett, Autismo, c.2. **Retraso mental** y c.3. **Trastornos de la comunicación**. La Musicoterapia es descripta por su capacidad de responder a los casos graves en que es difícil acceder a la comunicación con el niño, es por esta condición que es considerado como de peculiar para el equipo y un aliado en lo que realiza una intervención directa en los trastornos grave del desenvolvimiento. Desde su formación e historia, la Musicoterapia surge como necesidad de respuesta para la discapacidad y esto se constata en la actualidad. Los entrevistados consideran como especificidad también el diagnóstico al cual la Musicoterapia responde.

*“Depende do diagnóstico das crianças, mas a nível emocional não sei, a nível emocional, do desenvolvimento global, da área do desenvolvimento” ET02<sup>92</sup>*

Así el concepto que trasmite la Musicoterapia a los otros profesionales miembros del equipo de Atención Temprana es que su especificidad muda de acuerdo a las necesidades del niño, según su patología. Si trabajara desde la voz o desde la ejecución instrumental dependiendo de la patología que el niño padece, así la Musicoterapia es considerada como versátil y flexible a las necesidades del equipo también.

### **5.3.5. Discusión y Conclusión**

Fue nuestro objetivo al realizar este estudio el de conocer la perspectiva sobre la Musicoterapia que tiene los técnicos que interviene en programas de Atención Temprana, que dan respuesta a los niños menores de seis años y sus familias. Comprender, desde los datos, cuales son las competencias profesionales del Musicoterapeuta. Emergieron tres categorías centrales que se referían a que es la Musicoterapia, sus funciones y su especificidad. Los entrevistados respondieron como

---

<sup>92</sup>Depende del diagnóstico del niño mas en el nivel emocional no se, a nivel emocional, del desarrollo global, de las áreas del desarrollo”

la Musicoterapia tiene en sus características el de ser realizada por un profesional especializado, es una terapia que se realiza con materiales de valor relevante.

Así llegamos a entender que la Musicoterapia si responde a las necesidades del equipo de Atención Temprana ya que se constituye desde su formación como un técnico preparado capacitado y con formación para ejercer trabajos en equipos multidisciplinares y así lo describen los otros profesionales de Atención Temprana.

Para ellos el Musicoterapeuta tiene estas características intrínsecas de transdisciplinaridad desde su propia formación porque, como Musicoterapeuta, ya es atravesado por varias disciplinas al mismo tiempo que se conjugan en un mismo técnico. Por un lado tiene un componente de conocimiento y formación en el área de las patologías, en el desenvolvimiento infantil, también en el área musical. Así coincide con Piazzeta (2008) cuando la autora hace referencia al concepto de transdisciplinaridad aplicada a la práctica de la Musicoterapia, dando continuidad al pensamiento de Brandalise en su descripción de la Musicoterapia triádica “Música, paciente y Musicoterapeuta” (Brandalise, 2003 citado por Piazzeta 2008)

Se trasladan a la Musicoterapia algunos adjetivos que se aplican al arte, como el de ser una terapia creativa, e que domina el lenguaje no verbal. Así también al Musicoterapeuta se lo describe como alguien que debe ser sensible al que también les es acrecentado un componente estético, referido a las actividades que realiza el Musicoterapeuta.

Las funciones que le son atribuidas al Musicoterapeuta lo incluyen en el equipo como un elemento considerado de igual importancia por sus miembros como los otros técnicos. Se le reconocen especificidades en su intervención, los profesionales de Atención Temprana comprenden que es una más valía para el equipo en cuanto el Musicoterapeuta interviene en el vínculo con la díada, desde un abordaje no verbal que potencializa el crecimiento de una relación precoz saludable, en paralelo a las funciones que son ejecutadas por el psicólogo del equipo. Los equipos de Atención Temprana tiene un conjunto de técnicos que trabajan en transdisciplinaridad pero que fueron formados en especificidad de funciones, como son un logopeda, un fisioterapeuta, un asistente social, varios educadores, un psicólogo, no en tanto estos últimos consideran una más valía las características de formación del Musicoterapeuta porque lo describen

como aquel que interviene a nivel emocional y relacional. Según el director de la carrera de Musicoterapia de la Universidad de Chapman, California, EEUU. Luce (2006) dedujo también que explorar los métodos de la formación de los Musicoterapeutas es una de las necesidades del crecimiento de esta disciplina, como también lo es su supervisión. Continuar en la investigación de como es el camino del desarrollo epistemológico de los estudiantes de Musicoterapia como también profundizar los métodos clínicos y específicos de las potencialidades en la formación del Musicoterapeuta. Así este autor entiende que los Musicoterapeutas utilizan una variedad de técnicas según las necesidades y las características de sus clientes, según los métodos que han aprendido desde su formación los cuales no son uniformes, no utilizan un única abordaje sino una variedad de técnicas.

Para la actual legislación de Atención Temprana en Portugal la Musicoterapia es prescindible, por este motivo los otros terapeutas lo equiparan con aquellas profesiones que si están consideradas imprescindibles como es el logopeda, el fisioterapeuta o el psicólogo, así lo consideran un técnico capaz de ejercer las tareas de un responsable de caso, figura que tiene un valor acrecentado en responsabilidad, comunicación con la familia y con la comunidad que rodea al niño o que interviene con él, porque también pretende contribuir en la prevención.

Las características que son descritas como específicas se encuadran más en el marco de su abordaje corporal-sonoro-musical. Los instrumentos musicales son un componente reconocido por los técnicos de Atención Temprana con la particularidad de poseer un dominio del Musicoterapeuta para su utilización, ya que otras terapias o en la educación también utilizan las canciones infantiles o algún instrumento musical u objeto sonoro para captar la atención del niño o facilitar la relación terapeuta paciente. La particularidad consiste en reconocer que el Musicoterapeuta recibió una formación compleja en cuanto dominio de la utilización de estos materiales para intervenir. El lenguaje musical ya sea de los instrumentos de lo que ellos representan hasta culturalmente, la lectura la interpretación del lenguaje sonora o discurso sonoro es descrito en sus competencias. Bruscia (1997) dice que al ser la Musicoterapia una fusión entre música y terapia, el proceso que se desarrolla dentro de ésta se puede describir como artístico, creativo y científico. Es artístico, ya que el paciente puede expresarse mediante la improvisación musical; es creativo en el sentido que el terapeuta

debe encontrar siempre la forma de incentivar al sujeto participar dentro del proceso terapéutico; y es un proceso científico ya que dentro de la terapia, el terapeuta controla variables, recoge y analiza información que posteriormente es interpretada.

Así como la música es considerada una arte que transforma del estado de ánimo, que nos motiva para el movimiento, para bailar, para compartir, es también considerada la Musicoterapia por los entrevistados, principalmente con la cualidad de transformar el interior. Este interior hace referencia a los ritmos vitales como también a las emociones y el sentir del niño. La Musicoterapia es reconocida como una terapia que consigue actuar desde el interior así la expresión de las emociones que luego se ven modificadas. Tal como afirmaba Alvin (1981) las respuestas psicológicas que experimenta una persona ante una experiencia musical, dependen de la capacidad del oyente para identificarse con la música, y no de la calidad de la música, por lo que las asociaciones o auto-expresión que realiza el oyente con dicha experiencia musical, dependen de lo que ya existe en su interior.

La música frecuentemente es denominada como un medio de comunicación, y es debido a esto que es considerada como terapia efectiva, ya que las enfermedades de tipo psicológico tienen como consecuencia un deterioro en los medios de comunicación, tanto a nivel individual como interpersonal. Podemos decir que la discapacidad desencadena un aislamiento e inseguridad, perjudicando así los contactos y las relaciones normales con el medio. Así los técnicos de Atención Temprana entiende que la Musicoterapia coincide con lo afirmado por Schwaiblmair (2005) que dice que tanto la comunicación verbal y la improvisación musical en grupo exige una integración significativa de los sentidos. La Musicoterapia genera un espacio que favorece el desarrollo de todos los sentidos, ajusta sus actividades al nivel del desarrollo individual del niño como también de sus tiempos de realización.

También enfatizaron los entrevistados que el trabajar junto a un Musicoterapeuta les era útil para tener una visión diferente dado que el Musicoterapeuta tiene una visión global del desarrollo del niño, con lo cual el Musicoterapeuta no está focalizado en una de las áreas o física, o emocional, sino que comprende al niño en forma más holística en su forma de comunicación y relacional.

Para llegar a estas conclusiones fuimos rigurosos en el seguimiento de los pasos que la metodología Grounded Theory exige, desde la codificación abierta, axial y codificación selectiva, que fueron realizando y supervisando en las reuniones de orientación. Estos pasos nos llevaron a encontrar las categorías centrales que eran discutidas para la construcción de los bloques teóricos que aquí fueron explicados.

## 6. Conclusiones

En la realización de esta investigación encontramos con satisfacción que ella presenta un carácter propio de la Musicoterapia. Desde los tres estudios encontramos que la Musicoterapia es una disciplina que tiene sus propias bases teóricas fundamentadas en la práctica y en los avances científicos.

Encontramos como beneficios de esta investigación que

- ✓ Nos permitió reflexionar y crear conceptos específicos desde la teoría y la práctica de la Musicoterapia.
- ✓ Tiene una relación estrecha con la práctica clínica y sus protagonistas.

Como principales resultados encontramos que:

- ✓ La Musicoterapia tiene un lugar propio específico y de valor tanto para los técnicos de Atención Temprana como para los clientes.
- ✓ Tiene la Musicoterapia competencias para desenvolver su práctica clínica en los equipos de Atención Temprana por su capacidad sobre todos en la intervención en la relación Madre/ Hijo / Padre. Desde el lenguaje no verbal que favorece sobre todos en los niños con patologías en la que hay un compromiso de la comunicación convencional
  - ✓ El Musicoterapeuta es reconocido tanto por los padres como por los técnicos por su conocimiento y aplicación del medio sonoro y musical en su capacidad terapéutica.
  - ✓ El Musicoterapeuta debe ser creativo pero sobre todo no crea recrea en la utilización de los emergentes de los niños y sus padres para transformar la comunicación y la relación entre ellos para mejor.
  - ✓ Se entiende que la Musicoterapia claramente no solo utiliza música, sino que basa gran parte de su intervención en los significados de los sonidos y en la evocación sonora.
  - ✓ En relación al equipo el Musicoterapeuta aporta a los equipos de Atención Temprana una formación específica para la intervención en los casos de patologías más graves del desarrollo e interviene en los niveles básicos de la comunicación no verbal.

✓ Encontramos en los tres estudios realizados que la Musicoterapia en Atención Temprana se le reconocen efectos instantáneos reconocidos por las familias como de satisfacción intención del niño y satisfacción en el estar y hacer por parte del niño y sus padres. Como también resultados cuya estabilidad son observables después de mucho tiempo, con lo cual deducimos que la Musicoterapia en Atención Temprana consigue efectuar procesos de transformación profunda relacionados con la interacción y comunicación.

Podemos concluir que la Musicoterapia, desde la percepción de los padres de niño que fueron acompañados por el equipo de Atención Temprana, como desde la perspectiva de los técnicos del equipo, es positiva. Los padres sienten que la Musicoterapia en sus hijos facilitó la madurez del sistema nervioso, el desarrollo de sus capacidades cognitivas como la memoria, la atención y la creatividad; como también de las habilidades sensorio motoras: el movimiento, mayor coordinación gruesa, el ritmo y su desarrollo físico; y afectivas, como tranquilidad, confianza, seguridad, autoestima, alegría; como además favorece en la disposición para el aprendizaje. La Musicoterapia activa, creativa y de improvisación favorece la comunicación entre los que la realizan, integrando varios sentidos como la audición, la visión, las habilidades motoras y también sus emociones. Así encontramos que los efectos de la música se le reconocen como capacidades de estimular el sistema nervioso central especialmente en la población de la primera infancia con discapacidades graves. Los padres reconocen que sus hijos a pesar de sus graves dificultades de desarrollo responden con gestos y movimientos a diferentes estímulos sonoros y musicales. Este hecho los motiva a explorar estas respuestas que sus hijos producen espontáneamente, favoreciendo la comunicación y relación entre Madre/Hijo.

El objetivo que esta investigación se propuso, se logró alcanzar, conocer que es la Musicoterapia en Atención Temprana. La Musicoterapia es considerada por las familias y por los otros técnicos de Atención Temprana, como una terapia que tiene por objetivos intervenir en las capacidades de: atención, concentración, y estimulación global del niño. Se hace referencia a que los momentos musicales realizados o experiencias musicales que se suceden en las sesiones de Musicoterapia como procesos de interacción entre el medio y la mente cruzando información: mente, cerebro, interacción en el hacer musical.



Desde los tres estudios encontramos que la intervención en Musicoterapia proporciona al niño un espacio que facilita:

- La relación directa de contacto corporal con el adulto, que lo ayuda a identificarse e incorpora su cuerpo como un todo afectivo, globalmente;
- Desarrolla los afectos de la diada que son trasladados a los otros espacios del niño, educativo y familiar.
- Potencializa en el niño la construcción de su autoestima, mediante el recibir estímulos adecuados que movilicen sus potencialidades innatas en adaptación con su medio ambiente.

Nos llevaron estos tres estudios a entender que la Musicoterapia en Atención Temprana tiene una intervención plurifactorial que no se puede encuadrar en una de las Áreas pre definidas de la Musicoterapia, sino tanto las áreas clínica, educacional y comunitaria están entrelazadas, cuando se trabaja en Atención Temprana. Porque se tendrán objetivos de intervención, como se indica en el Estudio 1, que responden a la clínica pero que están en continuo interrelación con el área educativa, como lo indica el Estudio 2 y 3. Así también se entiende que el lugar que tiene el profesional de Musicoterapia en relación a los cambios y la dinámica familiar y social que se manifiestan en los resultados de los tres estudios y que corresponderían a lo esperado en la Musicoterapia comunitaria. Tenemos en cuenta que es prioridad de la Atención Temprana la función de intervenir en el campo de la promoción y prevención sobre la familia, y su comunidad. Porque se considera este el grupo base, matriz para las experiencias de cada uno de los sujetos que la componen, donde se significan las relaciones vinculares y también los procesos de identificación que abren paso a la cultura e identidad cultural.

Actualmente la Musicoterapia, en Portugal, no se incluye en las políticas de salud como una disciplina que investiga y actúa sobre las problemáticas de la salud individual, familiar y comunitaria. De facto el abordaje sensible que la Musicoterapia brinda a las personas desde un espacio para la expresión y solución de las necesidades de la salud, en un sentido global, no es considerado en las actuales políticas de salud.

Contribuye en su intervención en Equipos de Atención Temprana, para reorientación de la mirada de las otras terapias, poniendo énfasis en un dispositivo novedoso basado en

la integración del pensar – el sentir – el actuar y expresar a partir del lenguaje no verbal y sonoro.

El alto nivel de receptividad a la música de las personas permite al Musicoterapeuta llevar adelante dispositivos técnicamente apropiados para abordar las problemáticas físicas y psicológicas.

Es necesaria la formación en los métodos de Musicoterapia creativa para que el proceso terapéutico facilite al niño expresar sus emociones y actos cotidianos. Consideramos que este es el mayor recurso que la Música proporciona a su utilización como medio terapéutico ya que así los recursos expresivos se tornan eficaces porque:

- Las producciones sonoras/musicales espontáneas son un producto del ambiente sociocultural en el que el niño está a crecer.
- Las producciones sonoras/musicales espontáneas son una manifestación intencional y por lo tanto voluntaria del mundo interior del niño.
- Las producciones sonoras/musicales espontáneas son emergentes expresivas del interior del niño y generan una resonancia que modifica en forma dinámica y constante los otros sujetos de su entorno, principalmente en la diada.

Es posible que los recursos expresivos, de la música y de lo sonoro, como herramientas terapéuticas, permitan analizar sobre la condición de vulnerabilidad del niño con discapacidad grave. Cuando genera en los padres y los otros adultos de su entorno nuevos sentimientos al reconocer las capacidades del niño con discapacidad que consigue ser, hacer y comunicarse. Siendo así la Musicoterapia favorece la constante interacción significativa que mejorará la calidad de vida del niño y su familia

La Musicoterapia indaga y se extiende desde la expresión, la creatividad, la relación entre improvisación libre y la expresión emocional, la evaluación, los procesos de construcción interna ligados a la música. Son objeto de interés las funciones de elaboración psíquica mediante la expresión sonora, las funciones cognitivas que operan en lo sonoro, las modalidades vinculares y comunicacionales a través de experiencias con el sonido, las intervenciones técnicas y metodológicas en Musicoterapia.

Encontramos como déficit que:

- ✓ La muestra estudiada era reducida, porque hacia referencia a un solo Musicoterapeuta y se hubiese enriquecido si comparase casos de diferentes Musicoterapeutas.
- ✓ Que al haber realizado procedimientos muy cercanos pueden confundirse como un testimonio personalizado. Por este motivo fue riguroso cada paso de la metodología para no comprometer los resultados.

Será importante que otras investigación continúen a profundizar como desde la Musicoterapia se puede realizar una intervención preventiva, especialmente en la construcción del vínculo entre madre/hijo con discapacidad. Para construir una imagen del niño con conciencia tanto de sus discapacidades como de sus potencialidades y derechos. Creemos que este trabajo puede dar un aporte significativo para considerar la Musicoterapia en los programas de Atención Temprana, como también será de esperar que las formaciones de Musicoterapeutas tengan en cuenta que esta área precisa de una formación específica tanto en los conocimientos sobre desarrollo del niño en los primeros años de vida como de comunicación con la familia y de desempeño en trabajo de equipo transdisciplinar.



## 7. Bibliografía

Agencia Ejecutiva en el Ámbito Audiovisual y Cultural (2009) Educación y Atención a la Primera Infancia en Europa: un medio para reducir las desigualdades sociales y culturales. *EURYDICE* Doi 10.2797/11753 Bruselas [http://eacea.Ec.Europa.Eu/education/eurydice/documents/thematic\\_reports/098ES](http://eacea.Ec.Europa.Eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/098ES). Pdf

Aguar, E. G. (1998). A Formação em Musicoterapia na Madeira. *Textos de Musicoterapia I APMT*, pp. 87-94.

Aigen, K. (2005). *Music- Centerede Music therapy*. Barcelona Pub.

Albornoz, Y. (2009). Emoción, musica y aprendizaje significativo. *Educere: Revista Venezolana de Educación 4* , pp. 67-73.

Aldridge, D. (1996). Music Therapy and it's Implications for Child-Development. *Curare 9* , pp. 357-362.

Alvin, J. (1975). *Music Therapy*. London: John Clare Books.

Alvin, J. (1978). *Music Therapy for the Autistic Children*. London: Oxford University Press.

Alvin, J. (1981). Regressional techniques in music therapy. *Music therapy 1 (1)*, pp. 3-8.

Alvin, J. (1977). The musical instrument as an intermediary object. *British Journal of Musictherapy 8 (2)*, pp. 7-12.

Alvin, J. (1997). *El Mundo de la Música*. Barcelona: Paidós.

AMTA (2007). *Stantards of Clinical pratice*. Silver Spring MD 20910: <http://www.musictherapy.org>.

Apolonio, A., Rubin, L., Castilho, C. & Franco, V. (2000). Intervenção precoce no desenvolvimento das crianças com paralisia cerebral. *Interfaces da psicologia vol I*, pp. 138-145.

Bailey Jr, D. B., McWilliam, R. A., Darkes, L. A., Hebbeler, K., Simeonsson, R. J., Spiker, D., & Wagner, M. (1998). Family outcomes in early intervention: A framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional Children* 64 (3), pp. 313-328.

Bairrão, J. & Almeida, I. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia XVII (1)*, pp.15-29.

Baker, F. & Wigram, T. (2005). *Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley.

Baker, F., & Tamplin, J. (2006). *Music therapy methods in neurorehabilitation: A clinician's manual*. Jessica Kingsley Publishers.

Bandalise, A. (2001). *Musicoterapia Musico-centrada*. Sao Paulo: Apontamentos.

Barnett, W. S. (1995). Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *The Future of Children*, 5, pp. 25-50.

Barnett, D.W., Lentz, F. E., Bauer, A.M., Macmann, G., Stollar, S. & Ehrhardt, K. E. (1997). Ecological foundations of early intervention: planned activities and strategic sampling. *Journal of Special Education*, 30, pp.471-490.

Barrenechea, E. (2011). Algunas consideraciones sobre la improvisación en grupos. En

Pellizari, P. *Crear Salud Aportes de la Musicoterapia preventiva-comunitaria*, pp. 93-106. Buenos Aires: Autor.

Barrera, M., Rykov, M. & Doyle, S. (2002). The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer: a pilot study. *Psycho-Oncology* 11(5), pp. 379-388.

Barros, M. J. (2005). Musicoterapia en Atención Temprana. Música, terapia y comunicación. *Revista de Musicoterapia* (25), pp.9-18.

Benenzon, R. (1985 (2)). *Manual de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Benenzon R.O., de Gainza, V. H. & Wagner, G. (1998). *La Nueva Musicoterapia*. Buenos Aires: Numen.

Bernardes, M. M. (2012) Musicoterapia como recurso para auxiliar na vinculação saudável de cuidadores e pacientes. In *Anais do Congresso Internacional da Faculdade EST* (1), pp. 957-975.

Blasco, S. P. (1999). *Compendio de Musicoterapia Volumen I*. Barcelona: Herder.

Blasco, S. P. (2001). Importancia de la Musicoterapia en el Area Emocional del Ser Humano. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado* , 91-113.

Blok, H., Fukkink, R.G., Gebhardt, E.C. & Leseman, P. P.M. (2005). The relevance of delivery mode and other program characteristics for the effectiveness of early childhood intervention with disadvantaged children. *International Journal of Behavioral Development*, 29, pp. 35-4.

Bradt, J., Magee, W. L., Dileo, C., Wheeler, B. L., McGilloway, E. (2010). *Music therapy for acquired brain injury*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(2).

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press (Trad. Cast. :*La ecología del desarrollo humano*. Barcelona Ediciones Paidós, 1987).

Brown, W.H., Odom, S. L., Li, S. Y Zercher, C. (1999). Ecobehavioral assessment in early childhood programs: a portrait of preschool inclusion. *Journal of Special Education*, 33, pp.138-153.

Bruscia, K. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amaru.

Bruscia, K. (1999). *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. Vitoria: Agruparte.

Bruscia, K. (1998). *Musicoterapia. Metodos y Prácticas*. Hampshire EUA: Barcelona.

Carpenter, B., & Russell, P. (2005). Early intervention in the United Kingdom, current policy and practice. En Gualnick, M. J. *The developmental systems approach to early intervention* pp. 455-479. London: Paul H. Brookes Publishing.

Carpenter, B. (2007) The impetus for family-centred early childhood intervention. *Child: care, health and developmental*, 33, 6, 664-669.

Chiang, J. Y. K. (2008). Music therapy for young children who have special needs: the music therapy experience from the perspectives of carers and professionals: thesis in partial fulfilment of the requirements of the degree of Master of Music Therapy at the New Zealand School of Music, Wellington, New Zealand.

Davis, W. (2000). Musicoterapia para niños y adultos con retraso mental. En K. E. Willia M B. Davis, W. B., Thaut, M. H., & Feller, G. *Introducción a la Musicoterapia: teoría y práctica*. pp. 65-90. Barcelona: Boileau.

del Campo, P., Palacios, F., Cambel Dom, G., Pribra M, K., Schafer, R., Lecourt, E., Nakkash, S., de Gainza, H. V., Menuhim, Sir Y., Banegeta, I., Naranjo, C., Wigram, T., Dileo, ch.,Oliveiros, P.,Garcia Pintado, B. R.& Fernandez, M. (1997). *La Música como proceso humano*. Salamanca: Amarú.

del Campo , P. (1999). Musicoterapia: la música como herramienta terapéutica en pediatría. [http://www. Avpap.org/documentos/jornadas2004/delcampo. Pdf](http://www.Avpap.org/documentos/jornadas2004/delcampo.Pdf), pp. 1-7. Vitoria: Asociación Vasca de Pediatría de atención temprana.

de Gainza, H. V. (1998). Algunas reflexiones sobre la Música la Educación y la Terapia. En Benenzon, R. *La Nueva Musicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Numen, pp.174-200.

Diario da República (2009). Decreto-lei n 281/2009, Diario da Republica, 1ª Série-Nº193- 6 de Outubro de 2009, pp. 7298-7302.

del Olmo Barros, M. J. (2005). Musicoterapia en Atención Temprana. Música, terapia y comunicación. *Revista de Musicoterapia*, (25), pp. 9-18.

Delalande, F. (1995). *La Musica es un Juego de niños*. Buenos Aires: Ricordi.

Detraux, J. & Thirion, A. (2010). Early childhood intervention in Belgium. (French speaking community): family needs standards and challenges [Versão electrónica]. *International Journal of Early Childhood Special Education*.(INT-JECSE) 2 (2), pp. 87-96.

Dinova, A. (2005). *Ensino Profissional nos sistemas de Intervenção Precoce na Europa. Projeto EBIFF. Programa Leonardo da Vinci & Ministerio de Cultura da*



*Ciência e da Educação da Austria*. Obtenido de cercimor:[www.cercimor.Pt/ maria/EBIFF. Pdf](http://www.cercimor.Pt/ maria/EBIFF. Pdf)

Edgerton, C. (1994). The effect of improvisational music therapy on the communication behaviors of autistic children. *Journal of Music Therapy* 31, pp. 31-62.

Edwards, J. (2011). The use of music therapy to promote attachment between parents and infants. *The Arts in psychotherapy* 38, pp. 190-195.

Elefan, C.&Wigram , T. (2005). Learning ability in children with Rett syndrome. *Brain & Development* 27 , pp. 97-101.

Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Métodos e Técnicas de Avaliação. Contributos para a prática da investigação. En F. & Almeida, *Grounded Theory*, p.49-76. Braga: Centro de estudos em Educação e Psicologia.

Ferrari, K. (2007). Genesis de la Funciones Musicales. En Schapira, D. *Musicoterapia Abordage Plurimodal*, p.77-102. Buenos Aires: ADIM.

Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares del trabalho de equipe em Intervenção Precoce. *Interacção em Psicologia* 11(1) , pp. 113-121.

Franco, V. & Apolonio, A.(2008) *A Avaliação do Impacto da Intervenção precoce no Alentejo: criança, familia e comunidade*. Portugal: Administração Regional de Saúde do Alentejo, instituto publico.

Franco, V., Melo, M. & Apolonio, A. (2012). Problema do desenvolvimento infantil e intervenção Precoce. *Educar en Revista, Curitiva, Brasil* 43, pp. 49-64, Editora UFPR.

Fridman, R. (1974). *Los Comienzos de la Conducta Musical*. Buenos Aires: Paidos.

Gallegos, J. (2006). Judith A. Jellison: Music and Children With Special Needs. *Intervention in School & Clinic* 42 (1), pp. 46-50.

Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, K. A. & Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. The Cochrane Library.

Gil, G. R. (2000). Las adaptaciones de instrumentos musicales como ayuda para la Musicoterapia en parálisis cerebral. *Revista de ciencias de la educación (17)*, pp. 117-126.

Glaser, B. G. (1992). *Emergence vs forcing: Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley: Sociology Press.

Go, T. (2007). Medical music therapy based on Baby Science (baby-science-based music therapy) and assistive technology for children. *Current Pediatric Reviews*, 3(3), pp.198-206.

Goldstein, C. (1964). Music and creative arts therapy for an autistic child. *Journal of Music Therapy 1*, pp.135-138.

Gorey, K.M. (2001). Early childhood education: A meta-analytic affirmation of the short- and long-term benefits of educational opportunity. *School Psychology Quarterly*, 16, p.9-30.

Hatem, T. P., Lira, P. I. & Mattos, S. S. (2006). The therapeutic effects of music in children following cardiac surgery. *Jornal de Pediatria 82*, p.186-192.

Haslbeck, F. B. (2013): Creative music therapy with premature infants: An analysis of video footage. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), pp. 5-35.

DOI:10.1080/08098131.2013.780091

Haslbeck, F. B. (2014). The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: A qualitative analysis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), pp. 36-70.

Isla, C. (2005). El Hacer musical como acción promocional de la salud-Repensando la Musicoterapia. En R. R. Pellizari P, *Salud, Escucha y Creatividad- Musicoterapia Preventiva Psicosocial* , pp. 55-62. Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.

Jacquet, C. (2011). La musicothérapie et la pédiatric: l'impact sur la relation parent-enfant. *Canadian Journal of Music Therapy*, 17( 1), pp. 95-103.

Jaques-Dalcroze, E. (1917). *La rythmique*. Paris: Jobin & Cie.

Jensen, B. (2009). A Nordic approach to early childhood education and socially endangered children. *European Early Childhood Education. Research Journal* 17 n° 1 , 7-21.

Johson-Martín N., jens K., Attermeier S. & Hacker B. (1997) (2). *Curriculo Carolina. Evaluación y ejercicion para bebés y niños pequeños con necesidades especiales*. Madrid: TEA.

Weikart, D. (1996). Experiencia en Diseño y Aplicación del Curriculum HIGH/SCOPE en Educación Preescolar. *Pensamiento Educativo*, 19, pp. 29-49.

Kennelly, J. y Brien-Elliott, K. (2001). The role of music therapy in pediatric rehabilitation. *Developmental Neurorehabilitation* 4(3), pp. 137-143.

Kern, P., & Aldridge, D. (2006). Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care progra M. *Journal of Music Therapy*, 43(4), 270-294.

Ketelaar, M., Volman, M. J. M., Gorter, J. W., & Vermeer, A. (2008). Stress in parents of children with cerebral palsy: what sources of stress are we talking about?. *Child: care, health and development*, 34(6), pp. 825-829.

Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2008). The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: a randomized controlled study. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(9) , pp.1758-1766.

Koelsh, S. (2009 ). A Neurocientific perspective on music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, pp.374-384.

Koelsh, S. (2012). *Brian and Music*. Oxford: John Wiley & sons.

Lazo, P. (1998). Musicoterapia: Una propuesta educativa-terapeutica. *In Biblioteca Universidad del Salvador (0214-137X)* 15, p. 127-136.

Lecourt, E. (1988). *La Musicothérapie*. Paris: Presses universitaires de France.

Legal, D. (2001). *Libro blanco de la atención temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

Litchman, M. D. (1976). *The use of music establishing a learning environment for language instruction with autistic children*. Bufalo. Dissertation Abstracts International 37: 4992A, pp. 77-3557: Ph. D diss, State University of New York .

Loewy, J., Hallan C., Friedman, E.& Martinez, C. (2006). El sueño / sedación en niños sometidos a pruebas de EEG: Una comparación de hidrato de cloral y la Musicoterapia. *A Merican Journal of Electroneurodiagnostic Technology*;Vol. 46 Issue 4, p. 343-355.

Luce, D. (2006). Epistemological development and collaborative learning: A hermeneutic analysis of music therapy students' experience. *Journal of Music Therapy*, 45(1), p. 21-51.

Madsen, C.K. (1965). A New Music Therapy Curriculum.*Journal of Music Therapy*. 2:83-85

Madsen, C. K. (1975). *Research in Music Behavior. Modifying Music Behavior in Classroom*. Columbia: Teachers College Press Columbia University.

Mahlberg, M. (1973). Music therapy in the treatment of an autistic child. *Journal of Music Therapy* 10 , 189-193.

McDonnell, L. (1983). Music Therapy: Meeting the Psychosocial Needs of Hospitalized Children. *Children's Health Care*, 12 (1)pp. 29-33.

Milla Romero, M. G. (2003) Atención Temprana: Objetivos y Definición. *MinusVal* pp.48-51.<http://ocw.um.es/cc.-sociales/modelo-integral-de-actuacion-en-atencion-temprana/material-de-clase-1/2-def-at-milla2003>. Pdf

Muskatevc, L. C. (1966). Plan para el crecimiento. *Journal of Music Therapy* , pp. 117-119.

Nicholson, J., Berthelsen, D., Abad, V., Willia Ms, K. & Bradley, J. (2010). National Study of an Early Parenting Intervention: Implementation Differences on Parent and Child Outcomes. *Prevention Science*; 11 ( 4), pp. 360-370.

Odom, S. L. & Kaiser, A. P. (1997). Prevention and Early Intervention during earlychildhood: theoretical and empirical bases for practice. En W. E. MacLean.

Orjuela Rojas, J. M. (2011). Efecto ansiolítico de la Musicoterapia: Aspectos neurobiológicos y cognocitivos del procesamiento musical. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 40 (4) , pp. 748-159.

Orr, T. J., Myles, B. S., & Carlson, J. K. . (1998). The Impact of Rhythmic Entrainment on a Person with Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 13(3), pp. 163-66.

Patterson, A. (2003) Music Teachers and Music Therapists: Helping Children Together. *Music Educators Journal*, 89 (4), pp.35.

Pellizzari, P. & Equipo Icmus. (2011). *Crear Salud. Aportes de la Musicoterapia Preventiva -Comunitaria*. Buenos Aires: Autor.

Pellizzari, P.C. & Rodriguez, R. J. (2005) *Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial*. Ediciones Universidad del Salvador. Buenos Aires.

Peretz, I. & Colheart, M. (2003). Modularity of Music Processing. *Nature Publishing Group*. Recuperado de [http://www.brainmusic.org/MBB91%20Webpage/Melody\\_Peretz.Pdf](http://www.brainmusic.org/MBB91%20Webpage/Melody_Peretz.Pdf)

Pfaff, V., Smith, K. E. & Gowa D. (1989 ). The Effects of Music-Assisted Relaxation on the Distress of Pediatric Cancer Patients Undergoing Bone Marrow Aspirations. *Children's Health Care*. 18,( 4) .

Piazzetta, C. (2010). Musicoterapia e Ciências Cognitivas: possíveis relações entre os processos de pensamento en [http://biblioteca-da-Musicoterapia.com/pesquisas\\_Musicoterapia.Php](http://biblioteca-da-Musicoterapia.com/pesquisas_Musicoterapia.Php), p. 6-16.

Pimentel, J. (2004). Avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*, 1 (XXII), pp. 43-54.

Pineda Pérez, E & Yarima Pérez, R. (2011). Musicoterapia aplicada a niños con síndrome de Down. *Revista Cubana de Pediatría*. 83( 2), p. 142-148.

Ponte, J. (2004). Guía de estándares de calidad en atención temprana. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais (2)*. Lisboa: Gadiva.

Ropp, C. R., Caldwell, J. E., Dixon, A. M., Angell, M. E., & Vogt, W. P. (2006). Special education administrators' perceptions of music therapy: in *Special Education Programs. Music Therapy Perspectives*, 24(2), pp. 87-93.

Ruud, E. (1993). *Los Caminos de la Musicoterapia: la Musicoterapia y su relación con las teorías terapéuticas actuales*. Bonum.

Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. Brasil: Enelivros.

Ruud, E. (2004). Foreword: Reclaiming Music. *Community Music Therapy. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers*.

Sabbatella, P. (2005). Music Therapy Research in Ibero American Countries: An overview focused on Assessment and Clinical Evaluation. *Sabbatella P. Music Therapy Research in Iberoamerican Countries: annals of the New York Academy of Sciences*.1060, pp. 294-302.

Santos, D., Pontes, H., Soares, J. & Martins, A. (2013). A Influência da Musicoterapia no tratamento de crianças com paralisia cerebral- um relato de experiência. *Revista Brasileira de Musicoterapia nº 15* , pp. 57-68.

Santos, A. (1989). *Mediações Artísticas Pedagógicas*. Lisboa: Livros Horizonte.

Saurina, C. y Sanchez, C. (2002). Programa de Formación para mediadores en Musicoterapia y Discapacidad. *Musicoterapia y Síndrome de Down*. Madrid: Intersocial. pp.51-75.

Scerif G., Karmiloff-Smith A., Campos R., Elsabbagh M., Driver J. & Cornish K. (2005). To look or not to look? Typical and atypical development of oculomotor control. *Journal of Cognitive Neuroscience* 17(4) , pp. 591-604.

Schafer, R. M. (1994). *Hacia una educación sonora*. . Buenos Aires : Pedagogías Musicales Abiertas.

Shapira, D. (2002). *Musicoterapia: facetas de lo Inefable*. Rio de Janeiro: Enelivros.

Schapira, D, Ferrari, K., Sanchez, V. & Mayra, H. (2007). *Musicoterapia Abordaje Plurimodal*. Buenos Aires : ADIM.

Schmidt, D. C., Franklin, R., & Edwards, J. S. (1976). Reinforcement of autistic children`s respnses to music. *Psychological Reports* 39, p. 571-577.

Schwaiblmair, F. (2005). Infant research and music therapy - The significance of musical characteristics in early mother-child interaction for music therapy. *Music Therapy Today (online)* 6(1): , pp. 48-59. [<http://musictherapyworld.net>] webcite.

Siccardi, G. (2005). Musicoterapia Comunitaria. En Pellizari& . Rodriguez, *Salud, Escucha y Creatividad*. pp. 87-96. Buenos Aires: EUS.

Simeonsson, R. J. (2000). Early Childhood intervention; toward a universal manifesto. *Infants and Young Children* 12 (3), pp. 4-9.

Smeijsters, H. (1997). Indicaciones en Musicoterapia. *Musica Arte y Proceso* n.3, pp.11-28.

Standley, J. M., Walworth, D., & Nguyen, J. (2009). Effect of parent/child group music activities on toddler development: A pilot study. *Music Therapy Perspectives*, 27(1), pp.11-15.

Sohns, A., Hartung, A., & Ca Margo, O. K. (2010) The early-aid-system in Germany. [Versão electronica]. *International Journal of EarlyChildhood Special Education*, 2 (2), pp. 11-123.

Soria-Urios G, Duque P, Garcia-Moreno J.M. (2011). Música y cerebro (II): evidencias cerebrales del entrenamiento musical. *Rev. Neurol* 53, pp. 739-46.

Stern, D. (1985). *The interpersonal World of the infant. A Viuw from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Book.

Stevens, A. (2007). Music in the body, Music and movement for de early year using Dalcroze Eurhythmic. *NA ME Magazim*(22).

Stine, J. & Wigram, T. (2007). Music Therapy for the Assessment of Parental Competencies for Children in Need of Care. *Nordic Journal of Music Therapy* 16 (2), pp. 129-143.

Strauss, A. & Corbin, J. (2008) (2). *Pesquisa Qualitativa Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria Fundamentada*. Porto Alegre: Artmed.

Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigacion Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoria Fundamentada*. Medellin: Universidad Antioquia.

Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basic of Qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.

Taylor, D. B. (1989). A neuroanatomical model for the use of music in the remediation of aphasic disorders. In M. Lee (Ed.), *Rehabilitation, music and human wellbeing*. pp. 168–178. St. Louis, MO: MMB Music.

Thaut, M. (1990). Physiological and Motor Responses to Music Stimuli. En R. Unkefer, *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders*. Thaut M. (1990) USA: Schirmer Books; 1990: Schirmer.

Thompson, G. A. (2014). A Survey of Parents' Use of Music in the Home With Their Child with Autism Spectrum Disorder: Implications for Building the Capacity of Families. *Voices* 14 .

Tifatino, E. (2012). Desde la Musicoterapia comunitaria a la paz. *Música, terapia y comunicacion CIM*, 32, pp 41-62.

Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (1994). Brain development, infant communication, and empathy disorders: Intrinsic factors in child mental health. *Development and Psychopathology* 6 (04) , pp. 597-633.

Trehub, S. E. & Trainor, L. (1998). Singing to Infants: Lullabies and Play. In Rovee-Collier, C., Lipsitt, L. P. & Hayne H. (Eds.) *Advances in Infancy Research: Vol. 12*. pp. 43-77. Standford, CT: Ablex Publishing



Trinidad, A., Carrero, V. & Soriano R. (2006). *Teoria Fundamentada Grounded Theory la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Trondalen, G. (2009). A Music Therapy Project with Mothers and Children Elucidated through the Concept of «Appreciative Recognition». *Nordic Journal of Music therapy* 6 (1) , pp. 14-27.

Valente, L., Lourenço, C.& Charréu, L. (1998). Educação pela arte: uma experiência portuguesa. In *Actas III Jornades D`História de L`Educação Artística*. Barcelona: Universitat de Belles Arts, Facultat de Barcelona.

Valgerour, J. (2002). Musicking in Early Intervention. *Voices* .

Van Colle, S. J. (2003) Music therapy process with young people who have severe and multiple disabilities. Doctoral dissertation. University of Reading. UK.

Wan, C.Y., Demaine, K., Zipse, L., Norton, A.& Schlaug, G. (2010). From Music making to speaking: engaging the mirror neuron system in autism. *Brain Res Bull*, 82, pp. 161-168.

Wheeler, B.& Stultz, S. (2007). Using typical infant development to inform Music Therapy with children with Disabilities. *Early Childhood Education Journal*, 35(6), pp.585-591.

Wigram, T. (1992). Music therapy research to meet the demands of health and educational services. Part I: Research and literature analysis; Part II: Clinical research. . *Conference proceedings: Music therapy in health and education in the European community*.

Wigram, T. (1995). Riconoscimento del Ruolo Professionale del Musicoterapista un Processo Europeo. . En In G. di Franco & R. de Michele (Eds.), *Musicoterapia in Italia : Scuola Handicap Salute Mentale*. Napoli: Idelsen.

Wigram, T. (1996). *The effect of vibroacoustic therapy on clinical and non-clinical populations*. London: thesis submitted for the degree of doctor of philosophy. Witten-Herdecke University .

Wigram, T.(2007). Evidence and effectiveness in music therapy. Response to Tia DeNora. *British Journal of Music Therapy*, 20(2), pp. 93-95.

Wilhelmina, H. (1953). Los elementos de un hospital de prácticas de música eficaz. *Tercer Libro de Actas de la Asociación Nacional de Musicoterapia*. P. 194 . Lawrence: Allen Press.

Willems, E. (1984). *Las bases Psicológicas de la Educación Musical*. Buenos Aires: Eudeba.

William, B. Davis, K. E., & Mercadal-Brotons., T. M. (2000). *Introducción a la Musicoterapia: teoría y práctica*. Barcelona: Boileau.

Wimpory, D. C., & Nash, S. (1999). Musical interaction therapy-therapeutic play for children with autism. *Child Language Teaching and Therapy*, 15(1), pp. 17-28.

Wolfe, D. (1978). "Pain Rehabilitation and Music Therapy". *Journal of Music* , pp. 162-178.

Yim, H. & Ebbeck, M. (2009). Children's Preferences for Group Musical Activities in Child Care Centres: A Cross-Cultural Study. *Early Childhood Education Journal*, 37 (2), pp. 103-111.

Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin*, pp. 115, 27-54.

Zatorre, R.Chen, J. & Penhune, V. (2007) When the brain plays music: auditorymotor interactions in music perception and production. *Nature Reviews Neuroscience* (8) pp. 547 -558 "[www.nature.com/nrn/journal/v8/n7/full/nrn2152.html](http://www.nature.com/nrn/journal/v8/n7/full/nrn2152.html)".

## 7.2. Referencias de Páginas Web

<http://www.definicion.org/musica>

<http://www.european-agency.org/>

[http://www.european-agency.org/sites/default/files/ict4i-research-literature-review\\_ICT4I-Research-Literature-Review.Pdf](http://www.european-agency.org/sites/default/files/ict4i-research-literature-review_ICT4I-Research-Literature-Review.Pdf)

<http://www.bamt.org/music-therapy.html>

<http://www.musictherapyworld.net/WFMT/Home.html>

<https://voices.no/index.Php/voices>

<http://www.orff.De/es/orff-schulwerk/bibliografia.html>

<http://emtc-eu.com/>

<http://emtc-eu.com/ethical-code/>

<http://www.Lis.ulusiada.Pt/ptpt/cursos/1314/2%C2%BAciclo%E2%80%93mestrados/Musicoterapia.aspx>

<http://steinhardt.nyu.Edu/music/therapy/people/students/thesis>

<http://www.musikkterapi.no/>

<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/1386%28XIV%29>

[http://www.Dgs.Pt/ms/12/default.aspx?id=5525\\_SNIPI](http://www.Dgs.Pt/ms/12/default.aspx?id=5525_SNIPI)

[http://www.Educa.madrid.org/cms\\_tools/files/069b91b5-cb40-4651-87fb-2afe0f806837/MUSICOTERAPIA%20EN%20ATENCI%C3%93N%20TEMPRANA.Pdf](http://www.Educa.madrid.org/cms_tools/files/069b91b5-cb40-4651-87fb-2afe0f806837/MUSICOTERAPIA%20EN%20ATENCI%C3%93N%20TEMPRANA.Pdf)



## **8. Anexos**

### **8.1. Código deontológico de la Europea Music Therapy Confederation (EMTC)**

#### **Introducción**

Los Musicoterapeutas que pertenecen a asociaciones miembros de la EMTC están de acuerdo en trabajar con responsabilidad social y legal.

Ello implica una responsabilidad personal hacia la tarea terapéutica y hacia aquellas personas con las cuales se establecerá una relación terapéutica. El presente Código deontológico tiene como objetivos proteger a los pacientes/clientes contra prácticas no éticas, orientar a los miembros en su conducta profesional, y servir como modelo para todos los códigos deontológicos propios de asociaciones individuales integradas en la EMTC.

#### **Artículo 1 – Aplicaciones**

1.1. Los Códigos deontológicos de las organizaciones miembros de la EMTC serán compatibles con el Código deontológico de la EMTC.

1.2. El Código Deontológico de la EMTC y los de las asociaciones miembros de la EMTC serán de aplicación a los socios individuales profesionales.

1.3. El código deontológico de toda asociación miembro de EMTC incluirá, o se referirá a, una definición de Musicoterapia sobre la que se basará la práctica de sus miembros.

#### **Artículo 2 – Objetivo**

2.1. El objetivo principal del Código deontológico de la EMTC y de los Códigos deontológicos de las asociaciones pertenecientes a la EMTC será proteger a los pacientes / clientes de los daños ocasionados por un comportamiento no ético, asegurando que su bienestar tendrá en todo momento preferencias a cualquier otra consideración.

2.2. El objetivo subsidiario del Código Deontológico de la EMTC y de los códigos deontológicos de las asociaciones pertenecientes a la EMTC deberá sujetarse, directa o indirectamente, al objetivo principal enunciado anteriormente.

2.3. El objetivo anteriormente enunciado será prioritario a otros legítimos objetivos de

las asociaciones miembros, tales como la protección, el bienestar y el desarrollo profesional de sus miembros, el avance de la profesión y la protección del título de "Musicoterapeuta".

### **Artículo 3 - obligaciones profesionales generales**

3.1. El Musicoterapeuta actuara de acuerdo con los estándares de calidad acordados que sean de aplicación en su tarea particular.

3.2. El Musicoterapeuta cumplirá con todas las exigencias relevantes, sean de orden europeo, nacional o local.

3.3. El Musicoterapeuta en ejercicio no se comprometerá en ninguna actividad oficial o privada que pueda ponerle en conflicto con el objetivo principal de proteger la seguridad y los mejores intereses de sus pacientes/clientes.

3.4. El Musicoterapeuta procurará realizar cuantas acciones razonablemente le sean posibles, para mantener y aumentar sus conocimientos y habilidades, mediante la formación apropiada como, por ejemplo, la educación profesional continuada.

### **Artículo 4 - Responsabilidades específicas hacia los pacientes / clientes**

4.1. El Musicoterapeuta reconocerá el grado de dependencia inherente a la relación terapéutica. En ninguna circunstancia actuara con el objeto de satisfacer sus propios intereses personales, (emocionales, sexuales, sociales o económicos).

4.2. El Musicoterapeuta trabajará sobre la base de un acuerdo explícito con el paciente / cliente y con sus familiares o cuidadores. Ello incluirá:

A-la orientación Musicoterapéutica;

B-el alcance y la duración aproximada del tratamiento;

C-Los honorarios (cuando sean de aplicación);

D- Una explicación de la confidencialidad de la terapia y, en el caso de un niño o de un menor, se tendrá en cuenta toda limitación en la confidencialidad impuesta por las leyes de protección a la infancia.

4.3. El Musicoterapeuta no tratará a pacientes/clientes cuyas necesidades terapéuticas no sea competente. Se incluyen en los que se requieran técnicas en las que el terapeuta no halla recibido formación.

4.4. El tratamiento sólo se ofrecerá una vez que se haya habido una auto-derivación. El Musicoterapeuta no ha de solicitar clientela, ni reivindicar falsas expectativas sobre el posible resultado del tratamiento.

4.5. El Musicoterapeuta será responsable de la seguridad física del paciente / cliente durante las sesiones terapéuticas, y estará atento a toda condición (como la epilepsia) que requiera un rápido acceso a la asistencia médica o a un tratamiento especial.

4.6. Cuando el Musicoterapeuta se encuentre física o mentalmente inhabilitado deberá abstenerse de realizar evaluaciones iniciales, tratamientos. Formación, supervisiones o investigaciones.

4.7. En los supuestos en que no esté cubierto por un seguro institucional, el Musicoterapeuta contratara su propio seguro de responsabilidad civil.

#### **Artículo 5 - Responsabilidades a estudiantes internos y supervisados**

5.1. La terapia grupal o individual de un estudiante no será dirigida por personas relacionadas con la formación académica, la formación práctica y la supervisión de dicho estudiante.

5.2. Las instituciones y personas responsables de la formación de estudiantes, cuando duden seriamente de la capacidad de uno de ellos para llegar a ser un terapeuta competente, informaran al estudiante y a las autoridades correspondientes.

5.3. El instructor/ supervisor en ningún caso delegara responsabilidades clínicas a un estudiante sin la supervisión adecuada.

#### **Artículo 6 - Confidencialidad y protección de datos**

6.1. El Musicoterapeuta protegerá la confidencialidad de la información obtenida en el curso del tratamiento del paciente/ cliente.

#### **Excepciones:**

A- Información general estrictamente necesaria para la coordinación del plan de tratamiento con objeto de que el tratamiento del paciente/cliente pueda ser compartido con los profesionales adecuados;

B- Con el permiso de los cuidadores responsables del cliente/paciente, se podrá compartir información adecuada, con objetivos educativos, con alumnos, los cuales cumplirán con idénticos requerimientos de confidencialidad, a los de los terapeutas;

C- Con el permiso de los cuidadores responsables del paciente/cliente, se podrá presentar o publicar, información adecuada de forma anónima como parte de un estudio de caso de un proyecto de investigación;

D- En el caso de niños o de menores, si un tribunal requiera información relevante esta deberá ser facilitada a través de las autoridades responsables de protección infantil.

### **Artículo 7 - Investigación**

7.1. En toda investigación que afecte a pacientes/clientes, sea directa o indirectamente, sus intereses y su seguridad serán prioritarios como ya se ha establecido en selecciones 4 y 6 anteriores.

7.2. No se podrá iniciar ninguna investigación sin haber obtenido la autorización de la autoridad médica y/o del comité de ética.

7.3. La propiedad intelectual de otros colegas se respetara escrupulosamente. En toda presentación o publicación explicitara claramente la contribución de los colaboradores.

### **Artículo 8 - Relaciones profesionales**

8.1. El Musicoterapeuta se esforzará en mantener con sus colegas las mejores relaciones profesionales.

8.2. El Musicoterapeuta se abstendrá de formular menosprecios sobre sus colegas, y en caso de conflicto procurara alcanzar una solución mutuamente satisfactoria.

### **Artículo 9 - La igualdad de oportunidades**

9.1. La discreción del terapeuta los pacientes tendrán los mismos derechos para acceder a la evaluación inicial y al tratamiento independientemente de su raza, religión, etnia, género, orientación sexual o cualquier forma de incapacidad que no afecte a su competencia.

9.2. A discreción del terapeuta los candidatos a instructores, futuros supervisados, solicitantes a reconocimiento profesional o de ayudas para la investigación no serán discriminados por razones de raza, religión, etnia, género, orientación sexual o cualquier forma de incapacidad que no afecte a su competencia.



**Artículo 10 – Régimen Sancionador del Código Ético**

10.1. Las asociaciones miembros de la EMTC investigaran las infracciones de sus códigos deontológicos que le sean declaradas y, cuando sea necesario, las actuaciones disciplinarias de sus miembros.

10.2. La EMTC como confederación tiene un deber monitorio en relación en como las asociaciones miembros aplican los procedimientos descritos anteriormente.



## 8.2. Documentos

Ex.ma Direcção da APCE

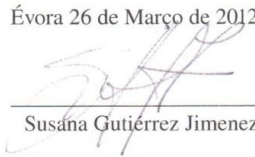
Venho por este meio solicitar a V. Exa autorização e em sequencia o presente consentimento.

O presente consentimento tem como objectivo solicitar autorização informada para utilizar os relatorios de avaliação de musicoterapia da equipa de intervenção precoce da Associação de Paralisia Cerebral de Évora entre os anos 2003 ao 2011 de 10 casos seguidos em Musicoterapia, numa investigação de doutoramento, a decorrer na Universidade de Évora, sobre a Musicoterapia na Intervenção Precoce.

Garantimos perante toda a informação facultada total confidencialidade e anonimato, sendo a mesma exclusivamente utilizada no âmbito da realização da investigação e redacção, da dissertação em causa, e a identificação dos participantes jamais será revelada.

Com os melhores cumprimentos

Évora 26 de Março de 2012

  
Susana Gutierrez Jimenez

Eu Maria Teresa Ramalho Godinho em nome da Direcção de APCE concedo autorização para utilização estes documentos nos termos acima referidos.

Assinatura



Data: 26/03/2012



Investigadora: Susana Aurora Gutierrez Jimenez- Musicoterapeuta- Doutoranda da Universidade de Évora. Email susimusic@gmail.com/ tel: 927841776

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente consentimento tem como objectivo solicitar autorização informada para utilizar os relatórios de avaliação de musicoterapia do seu filho/a de os anos 2003 ao 2011, numa investigação de doutoramento, a decorrer na Universidade de Évora, sobre a Musicoterapia na Intervenção Precoce.

Garantimos perante toda a informação facultada total confidencialidade e anonimato, sendo a mesma exclusivamente utilizada no âmbito da realização da investigação e redacção, da dissertação em causa, e a identificação dos participantes jamais será revelada.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como eventuais esclarecimentos que me foram facultados. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura do participante Sandra Maria Palma Torres

Data: 10/12/2013

Investigadora: Susana Aurora Gutierrez Jimenez- Musicoterapeuta- Doutoranda da Universidade de Évora. Email [susimusi@gmail.com](mailto:susimusi@gmail.com)/ tel: 927841776