



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Campus Valparaíso
Carrera de Fonoaudiología

PROGRAMA DE RECURSOS MUSICALES, COMPLEMENTARIO A LA
INTERVENCIÓN EN DISFEMIA, APLICADO A NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 10 AÑOS
CON TARTAMUDEZ DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO

Tesis para optar al grado de Fonoaudiólogo

Autores:

María Ignacia Escobar Silva
Vitalia Herrera Munizaga
Christine Neary Hurtado
María Ignacia Suazo Huesbe

Docente guía:

Flga. Alondra Castillo Delgado
Valparaíso, Chile

2013

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a cada una las personas que formaron parte de este hermoso proceso, especialmente a quienes colaboraron en la creación del programa en estudio; al fonoaudiólogo Christian Castro, por su buena disposición y colaboración en la grabación del CD de audio; a la fonoaudióloga Anita Quintana por su orientación y entrega de material actualizado en lo que respecta a la temática de tartamudez; a los funcionarios de la Escuela de Fonoaudiología por su constante disposición y cariño demostrado durante todos estos años de estudio.

Agradecemos enormemente a nuestra profesora guía, por su absoluta entrega y participación en cada etapa de este arduo proceso. A los músicos que colaboraron en la creación de las pistas del CD de audio, así como al laboratorio de voz por la prestación de sus dependencias para concretar las grabaciones. También, a César Seguel por la amable recepción y enseñanza de las danzas circulares.

Damos gracias a nuestras familias y amigos por el apoyo incondicional durante todo el proceso académico, y en especial en este último año.

"Dado que la música es connatural al ser humano, no puede sorprender el hecho de que tenga un ámbito de aplicación vastísimo, tanto como la vida misma (...)"
(Poch, 2002: 44).

INDICE

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| I. MARCO TEÓRICO | 10 |
| 1.1 Tartamudez..... | 10 |
| 1.1.1 Etiología..... | 13 |
| 1.1.2 Clasificación..... | 15 |
| 1.1.3 Prevalencia y factores de riesgo | 18 |
| 1.1.4 Evaluación..... | 19 |
| 1.1.5 Implicancias pedagógicas..... | 20 |
| 1.1.6 Intervención | 21 |
| 1.1.7 Efectos psicológicos de la tartamudez en la salud emocional en la edad escolar | 25 |
| 1.2 Musicoterapia | 26 |
| 1.2.1 La problemática para definir Musicoterapia | 26 |
| 1.2.2 Definición | 27 |
| 1.2.3 Principios básicos | 30 |
| 1.2.4 Efectos | 31 |
| 1.2.5 Procesamiento cerebral de la música | 34 |
| 1.2.6 Aplicaciones | 35 |
| 1.2.7 Abordaje plurimodal de Schapira, Ferrari, Sánchez y Hugo | 37 |
| 1.2.8 Desarrollo musical en el niño de 8 a 10 años | 38 |

| | |
|---|-----------|
| II. METODOLOGÍA | 40 |
| 2.1 Planteamiento del problema..... | 40 |
| 2.2 Objetivos..... | 44 |
| 2.2.1 Objetivo general: | 44 |
| 2.2.2 Objetivos específicos: | 44 |
| 2.3 Tipo de estudio..... | 45 |
| 2.3.1 Enfoque..... | 45 |
| 2.3.2 Alcance | 45 |
| 2.3.3 Diseño | 45 |
| 2.4 Descripción de la(s) muestra(s)..... | 46 |
| 2.4.1 Muestras..... | 47 |
| 2.5 Categorías | 50 |
| 2.6 Instrumentos de recolección de información | 51 |
| 2.7 Herramientas | 51 |
| 2.8 Trabajo de campo..... | 51 |
| 2.8.1 Conceptualización del tema a partir de la revisión bibliográfica | 51 |
| 2.8.2 Entrevista a expertos del área de fonoaudiología, psicología y pedagogía en música que orientaron la creación de la propuesta del programa. | 52 |
| 2.8.3 Construcción de la propuesta del programa terapéutico | 53 |
| 2.8.4 Entrevista a expertos de las áreas de fonoaudiología, psicología y musicoterapia que retroalimentaron la propuesta del programa y permitieron el rediseño del mismo. | 54 |
| 2.8.5 Aplicación del programa terapéutico a un pilotaje por dos miembros de la presente tesis. | 54 |

| | |
|---|------------|
| 2.8.6 Observaciones y sugerencias de las investigadoras que cumplieron el rol de terapeuta y transcripción a bitácora 3..... | 55 |
| 2.8.7 Valoración cualitativa de la muestra 4 aplicada a un niños de 10 años con tartamudez y transcripción a bitácora 4..... | 55 |
| 2.8.8 Entrevista a muestra 5 aplicada al adulto responsable que acompañó al niño a la sesión de trabajo y transcripción a bitácora 5. | 56 |
| 2.8.9 Rediseño final del programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, de acuerdo a los resultados obtenidos en el pilotaje. | 56 |
| 2.9 Materiales. | 56 |
| III. RESULTADOS..... | 57 |
| 3.1 Muestra 1 | 58 |
| 3.2 Muestra 2 | 75 |
| 3.3 Muestra 3 | 93 |
| 3.4 Muestra 4 | 105 |
| 3.5 Muestra 5 | 107 |
| IV. DISCUSION..... | 110 |
| CONCLUSIONES | 121 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 125 |
| ANEXOS | 130 |

RESUMEN

La tartamudez es una alteración que afecta al individuo en su globalidad, tanto en el aspecto biológico, como en el social y emocional; por consiguiente, resulta beneficioso utilizar la música como recurso terapéutico, ya que genera efectos positivos en los ámbitos social, emocional, cognitivo, biológico, entre otros. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue crear un programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, aplicado a niños y niñas de 8 a 10 años con tartamudez de la región de Valparaíso. El estudio estuvo conformado por cinco muestras. Las dos primeras correspondieron al proceso de creación del programa y las otras tres, a la aplicación del programa a un pilotaje. A partir de los resultados de la primera muestra, se elaboró una propuesta de programa que más tarde se rediseñó con lo obtenido en las otras cuatro muestras. Es así como se realizaron las modificaciones pertinentes para mejorarlo y crear una herramienta funcional que permitiera complementar la terapia fonoaudiológica en tartamudez. En conclusión, se logra crear un programa de recursos musicales, complementario a la intervención en tartamudez, a partir de la conceptualización entregada por profesionales de distintas áreas y la retroalimentación de un juicio de expertos, así como de la aplicación a un pilotaje donde se observó la funcionalidad de este.

INTRODUCCIÓN

En Chile, actualmente, la intervención fonoaudiológica en la tartamudez no cuenta con un método único para su abordaje. La elección de la estrategia más idónea dependerá de la visión que tenga el fonoaudiólogo respecto a dicho trastorno. Por un lado, la perspectiva sintomatológica propone técnicas específicas centradas en mejorar los síntomas visibles del trastorno de la fluidez. Por otro lado, el enfoque psicológico la aborda desde la problemática emocional y, en la mayoría de los casos, es el psicólogo el principal encargado de la intervención. Sin embargo, también existe un abordaje biopsicosocial que integra las dimensiones: biológica, psicológica y social (Rodríguez Morejón, 2003).

Desde el enfoque biopsicosocial, se reconoce al ser humano como un individuo de naturaleza integral, considerando las dimensiones biológica, psicológica y social que se interrelacionan y conforman al sujeto. Por consiguiente, desde esta perspectiva es posible incluir terapias complementarias al abordaje tradicional, tales como el masaje terapéutico, la acupuntura, la meditación, el yoga, la terapia de arte y la musicoterapia, entre otras. (Bowling, 2010).

Según Poch (2002) la musicoterapia es una disciplina que involucra los ámbitos biológico, fisiológico, psicológico, intelectual, social y espiritual, lo que concuerda con la perspectiva biopsicosocial. Como el objetivo de la terapia en general es favorecer de manera global el bienestar del individuo, resulta apropiado utilizar la musicoterapia como recurso complementario al abordaje terapéutico de la tartamudez. Puesto que esta tiene repercusiones emocionales y sociales que afectan al individuo. En este sentido la musicoterapia podría constituir una herramienta que optimice su intervención.

En consecuencia, la presente investigación tuvo como objetivo la creación de un programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, el cual

estuvo orientado a niños y niñas de 8 a 10 años con tartamudez. El programa de intervención fue creado a partir de la conceptualización y el aporte entregado por expertos del área musical, fonoaudiológica y psicológica. Luego, fue evaluado por un juicio de expertos del área de fonoaudiología, musicoterapia y psicología, quienes sugirieron modificaciones pertinentes. Finalmente se realizó una aplicación piloto que permitió recoger la retroalimentación de los participantes, investigadores encargados de la aplicación, y cuidadores. A partir de los resultados obtenidos, se procedió a rediseñar el programa en estudio.

A continuación, en el primer capítulo, se presenta una revisión bibliográfica de los principales contenidos en los que se enmarca la investigación, referentes a la tartamudez y la musicoterapia. En el segundo capítulo, se especifica la metodología de la investigación, en la que se formulan los objetivos, se delimita el problema de estudio, se caracterizan las muestras, se describen las herramientas e instrumentos utilizados y se explican los procedimientos realizados. Luego, en el tercer capítulo, se detallan los datos recogidos durante el proceso de creación, reconstrucción y pilotaje para llegar al análisis de los resultados obtenidos. Finalmente, en el cuarto capítulo se exponen las discusiones de los hallazgos del presente estudio.

I. MARCO TEÓRICO

A continuación, se presenta una revisión bibliográfica correspondiente a las temáticas de disfemia y musicoterapia que competen al presente estudio. En ellas, se detallan los aspectos principales que fundamentan esta investigación y sobre las que se basa la creación del programa de recursos musicales complementario a la terapia en disfemia. Cabe señalar que, para efectos prácticos, en esta revisión, se usarán indistintamente los términos disfemia, tartamudez y trastorno de la fluidez, para referirse al mismo fenómeno. En lo que respecta a este concepto, se hace una reseña de su definición, etiología, clasificación, prevalencia, evaluación, intervención, entre otros. Asimismo, dentro de la musicoterapia, se abarca la problemática de su definición, principios básicos, el procesamiento cerebral de la música, los recursos corpóreo musicales, el desarrollo musical en el niño de 8 a 10 años, entre otros.

1.1 Tartamudez

La tartamudez es un trastorno de la comunicación que involucra aspectos psicológicos, biológicos y sociales de las personas afectadas, por lo tanto, resulta ser una patología compleja. La influencia de estos factores se refleja en que las interrupciones involuntarias de la fluidez del habla se acompañan de tensión muscular, miedo y estrés que afectan el proceso de comunicación del individuo. Asimismo, la tartamudez puede considerarse como un trastorno de la comunicación más que como un trastorno de habla (Rodríguez Morejón, 2003). Finalmente, Fernández -Zúñiga (2008) se refiere a la tartamudez como un habla interrumpida por un conjunto de dificultades, tales como, repeticiones y prolongaciones de sonidos, palabras o frases, bloqueos o pausas inoportunas en el discurso. Estas alteraciones surgen de manera involuntaria y con una frecuencia inusual. De la misma forma, se pueden observar movimientos y signos de esfuerzo en el cuerpo, asociados a estas dificultades.

Según la Organización Mundial de la Salud (1996), la tartamudez es un trastorno del habla caracterizado por la repetición o prolongación frecuente de sonidos, sílabas, palabras, o por varias vacilaciones o pausas que interrumpen la fluidez del habla (cit. en Salgado, 2005). De acuerdo a lo descrito por el mismo autor, se clasifica como patología cuando estas características afectan la fluidez del habla de manera considerable. En algunos casos, la tartamudez se agrava con la presencia de movimientos de la cara u otras partes del cuerpo, que coinciden con las repeticiones, prolongaciones o pausas. Por último, este trastorno se considera un proceso crónico, con periodos de remisión parcial e intensificaciones que se observan en situaciones de presión al hablar. Por último, Wingate (1964) se refiere a la patología como interrupciones de la fluidez verbal, en donde se distinguen repeticiones o prolongaciones involuntarias, audibles o silentes en la pronunciación de elementos de la palabra, las cuales son incontrolables y frecuentes. Además, señala que en ocasiones se acompañan de movimientos accesorios involuntarios, ya sea corporales o no corporales, o pronunciaciones del lenguaje estereotipadas. Lo anterior, indicaría un determinado estado emocional producto de un origen de carácter negativo.

Fernández-Zúñiga (2008), señala que las dificultades del habla pueden estar asociadas y acompañadas a otras conductas, estas son: esfuerzo al hablar, ansiedad, pensamientos anticipatorios, conductas de evitación, emociones negativas y retraimiento social. Por otro lado, es importante señalar, que la tartamudez es un problema que tiene una predisposición a desaparecer espontáneamente durante la infancia. Es habitual que entre los 18 meses y 2 años posteriores a su inicio desaparezca sin intervención fonoaudiológica. Por último, Yairi (1997), señala que si el trastorno permanece en el niño por más de un año desde su comienzo, existe un mayor riesgo de que la alteración se instaure y mantenga (cit. en Fernández-Zúñiga, 2008).

Sheehan (1970), plantea que la tartamudez no es un desorden del habla, sino un problema de identidad, caracterizado por una visión de sí mismo como tartamudo que se

traduce en un desorden en la forma en que se presenta ante la sociedad. En este sentido, el trastorno es consecuencia de la falta de confianza o de la anticipación, producida por una emoción negativa asociada al habla, pero no por un problema de habla como tal (Friedman, 2004). Murphy (1977) señala que este trastorno sería producto de la historia de la persona, así como del éxito en su funcionamiento presente y de sus actitudes y esperanzas acerca de su futuro. De este modo, el tartamudear reflejaría lo que la persona piensa o siente acerca de sí mismo, y de cómo lo juzga su entorno.

El desarrollo del ser humano comprende la integración de las dimensiones orgánica, psicológica y social que se interrelacionan. Por lo tanto, el individuo se desenvolverá de acuerdo a sus características propias, a las de su entorno social y a las representaciones que se fundan en su universo subjetivo, las que surgen de las relaciones con el medio social (Friedman, 2000). Desde esta perspectiva, la misma autora propone el término “tartamudez de sufrimiento”, que se caracteriza por la sensación de miedo al hablar espontáneamente y por pensamientos de anticipación, previo a la producción del habla en el niño. Esto se desencadenaría en contextos específicos, acentuándose en situaciones donde el niño se siente controlado, evaluado o enjuiciado por su forma de hablar. En consecuencia, la tartamudez no estaría en la persona, es decir, en su organismo, sino que se hallaría en la situación discursiva, en las personas que participan en el contexto comunicacional.

Desde otra perspectiva, Friedman (2004) establece las categorías básicas que se dan en el discurso de individuos con tartamudez, entre las que destacan la autoimagen, el nivel motor y la activación emocional. Es así como postula que la tartamudez se relaciona con experiencias comunicativas negativas y la imagen de un mal hablante que se esfuerza por hablar bien, manifestando así la disfluencia. Además, se genera un pensamiento de anticipación de los quiebres de fluencia que confirman la incapacidad de hablar. Respecto a las relaciones comunicacionales, la imagen de sí mismo como hablante es asumida como verdadera de acuerdo a las relaciones de comunicación paradójica, ya que el individuo intenta ocultar la disfluencia con el aumento del esfuerzo y la tensión, las que terminan por

colaborar en la mantención de la tartamudez. En síntesis, la tartamudez sería producto de un proceso ideológico donde las relaciones vividas llevan a que el sujeto cristalice en su subjetividad una imagen de mal hablante.

De acuerdo con el enfoque biopsicosocial, Rodríguez Morejón (2003: 21) delimita la tartamudez como:

Interrupciones involuntarias en la fluidez del habla de las personas, que se acompañan de tensión muscular, miedos y stress, las cuales son la expresión visible de la interacción de determinados factores orgánicos, psicológicos y sociales que afectan el proceso de comunicación más allá del acto de hablar.

Rodríguez (1981) agrega una descripción de la dinámica de evolución del trastorno, la cual se desarrolla de la siguiente manera: al hablar, el individuo presenta una serie de bloqueos en su discurso, acompañados de movimientos en el rostro y cuerpo. Esta conducta es percibida por su interlocutor, evaluándola según sus propios prejuicios respecto al modo de “hablar correctamente”. Luego, le asigna la etiqueta de tartamudo y manifiesta conductas de rechazo o sobreprotección. En consecuencia, la persona acepta este rol de tartamudo, lo que acentúa los bloqueos y movimientos, generando ansiedad e inseguridad que estarán presentes cada vez que el sujeto deba interactuar verbalmente. Este ciclo conlleva el aumento de la dificultad para controlar los síntomas de la tartamudez.

1.1.1 Etiología

En la actualidad, no existe un consenso acerca de la etiología de la tartamudez. Se plantea que su aparición se debe a un conjunto asociado de factores ambientales y constitucionales o propios de la persona, tales como, la predisposición genética, los factores neurológicos, psicológicos, sociales, entre otros (Salgado, 2005). En efecto, la Fundación Americana de la Tartamudez (FAT, 2013) declara que el trastorno surge de la combinación

de factores genéticos y ambientales, no estableciéndose un pleno conocimiento de la causa. Esto se traduce en que el origen de la tartamudez sea de carácter multifactorial (López, 2009). Dentro de las posibles causas, se postulan las siguientes: herencia, alteraciones psicológicas, factor ambiental y de aprendizaje, trastornos neurológicos, de lateralización, de estructuración témporo-espacial, lingüísticos, entre otros (Cores, 2010).

Para efectos de este estudio, se especificará únicamente en el factor de lateralización. En relación a ello, la teoría neuropsicológica de Yewdall (1964) sostiene que durante el habla disfluyente, el hemisferio derecho interrumpe la fluidez, tomando el control motor del habla, ya sea en el inicio o transcurso de ésta, con una consecuente mayor activación del hemisferio derecho en la región frontal superior (cit. en Biain De Touzet, 2002). Asimismo, Webster (1997) concluye que en la tartamudez habría una alteración en la conexión interhemisférica, cuyo resultado es una anomalía en la lateralización del lenguaje. El mismo autor propone que el problema se produciría por una activación en el área motora suplementaria del hemisferio izquierdo encargada de la planificación de los movimientos secuenciales complejos, como el habla. Por otro lado, Alfonso (1991) señala que la estructuración motora de quién tartamudea presenta una disfunción espaciotemporal, por lo que el trastorno estaría asociado a factores lingüísticos y a la codificación de los movimientos del habla (cit. en Biain de Touzet, 2002). En este sentido, Peters (1991) considera que la desorganización se daría en los distintos niveles del habla, ya sea en la iniciación, programación y ejecución, los cuales se lentifican, provocando una incoordinación fonatoria, articularia y respiratoria, aun cuando las vías neurológicas estén intactas (cit. en Bian de Touzet, 2002). Por último, se concluye que la dificultad se encontraría en la construcción y formulación del mensaje en el plano sintáctico, fonológico y semántico, con alteraciones en los músculos que ejecutan el habla (Biain de Touzet, 2002).

1.1.2 Clasificación

Existen diferentes clasificaciones de tartamudez las que dependerán del autor y de la perspectiva que se tome: sintomatológica, etiológica, evolutiva y de severidad. Bernal (2009) destaca la clasificación sintomatológica, en la que se distinguen tres tipos: tartamudez tónica, clónica y tónico-clónica. La primera es un tipo de tartamudeo que involucra tensión muscular alta y constante, junto con bloqueos al hablar. En este tipo de tartamudez, se encuentran las siguientes manifestaciones: espasmos que afectan a los músculos relacionados con la fonación, bloqueo del habla y movimientos compensatorios, los cuales intensifican el tono muscular, provocando un habla explosiva y violenta. La segunda es un tipo de tartamudez en la que se observa una serie de débiles espasmos que producen repeticiones al hablar y que se acompañan o no de tensión. Finalmente, la tartamudez tónico-clónica implica la aparición de características de ambos tipos.

Según el enfoque etiológico, la tartamudez se clasifica según su origen, en psicogénica o psicológica y en la de origen neurológica, con una base orgánica del trastorno (Bernal, 2009). La primera puede deberse a un trauma emocional o a dificultades en el razonamiento, siendo poco común encontrar este tipo en la actualidad. En cambio, la tartamudez neurogénica puede ocurrir después de un traumatismo, lesión o derrame a nivel cerebral, y se caracteriza por la alteración en la coordinación de los mecanismos motores cerebrales y la posterior transmisión de señales entre el cerebro, los nervios y los músculos (Departamento de Salud & Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2008).

Desde otra perspectiva, Canhetti, Aparecida, Dos Santos, Cunha & Giacheti (2011), se refieren a la tartamudez del desarrollo como aquel disturbio de la comunicación cuyo inicio radica en la etapa infantil. Esta, se caracteriza por rupturas involuntarias, tensión y esfuerzo al hablar, pudiendo acarrear consecuencias sociales y emocionales en el individuo con tartamudez. En cuanto a sus sub-clasificaciones aquella tartamudez del desarrollo, cuya etiología sea predominantemente genética, recibirá el nombre de tartamudez del desarrollo

familiar (Yairi & Ambrose, 1996; Bloodstein, 1995; Drayna, Kilshaw & Kelly, 1999; cit. en Canhetti & cols., 2011). En cambio, será descrita como tartamudez del desarrollo aislada en caso de no presentar factores hereditarios asociados (Canhetti & cols., 2011).

Fernández-Zúñiga (2008) menciona una clasificación desde una perspectiva evolutiva, la cual plantea cinco niveles del desarrollo de la tartamudez. El primero, denominado fase inicial, se caracteriza por errores o repeticiones de sílabas y palabras al principio de la oración asociadas a un desarrollo normal del lenguaje, donde no se observan movimientos asociados y el niño no muestra preocupación por su dificultad; este periodo se presenta entre los 2 y los 6 años, y un alto porcentaje tiene una recuperación espontánea sin reaparición de episodios de tartamudez. Si en este rango de edad el niño supera el 10% de errores en su emisión y aumentan las dificultades, pasará al segundo nivel, denominado tartamudez límite. El tercer nivel, llamado tartamudez inicial, se manifiesta comúnmente en las primeras etapas de escolarización, y se destaca por la presencia de indicadores de tensión en cara e, incluso, en el resto del cuerpo durante el habla; el niño muestra frustración y conciencia de su dificultad. La tartamudez intermedia, correspondiente al cuarto nivel, suele expresarse al final de la infancia y en la primera adolescencia. En ella, el habla se agrava con frecuentes bloqueos, repeticiones, sustituciones de palabras y circunloquios, además, se acompaña de movimientos en cara y cuerpo; el niño experimenta sentimientos de miedo y vergüenza al hablar, evitando situaciones de comunicación; asimismo, aparecen conductas de anticipación al tartamudeo y una valoración negativa hacia su habla. El último nivel se desarrolla en la adolescencia y se denomina tartamudez avanzada; en ella, se exacerbaban las características del nivel anterior, repercutiendo en una baja autoestima y en el establecimiento de relaciones sociales por parte del niño.

Según el grado de severidad, la tartamudez puede valorarse objetivamente mediante la escala de Wingate (1977), la cual consigna el esfuerzo, rasgos secundarios y la frecuencia por palabras habladas para realizar una evaluación global. De acuerdo a esto, la tartamudez se clasifica en: muy ligera, ligera, moderada, grave y muy grave. La de tipo muy ligera se

caracteriza por no presentar ni rasgos secundarios ni esfuerzo al hablar. En la ligera, se observa tensión, pero con bloqueos fáciles de superar y rasgos secundarios mínimos. En la tartamudez moderada, se percibe clara tensión y esfuerzo de dos segundos de duración con movimientos perceptibles de la musculatura facial. La grave se caracteriza por una clara tensión o esfuerzo durante dos a cuatro segundos de duración con movimientos perceptibles de la musculatura facial. Finalmente, en la tartamudez muy grave, se observan esfuerzos considerables de cinco a más segundos de duración con actividad muscular enérgica, facial u otros (cit. en Cores, 2010).

En lo que respecta a la tipología del discurso, existen las disfluencias típicas y atípicas. Según Gregory (1986; cit. en Biain de Touzet, 2002) las disfluencias típicas se encuentran dentro del comportamiento verbal normal de todo niño preescolar; Biain de Touzet (2002) señala que este tipo de disfluencia presenta ciertas características, tales como: pausas, vacilaciones, interjecciones de sonidos, sílabas y palabras, repetición de frases u oraciones, repetición de palabras monosilábicas (dos o menos repeticiones por vez, sin tensión), repetición de sílabas o parte de palabras (dos o menos repeticiones por vez, sin tensión) y sonidos prolongados. Además, Gregory (1986) sostiene que no se observan manifestaciones en la cara o en el comportamiento corporal. Es importante considerar estas características y no otorgarles la categoría de tartamudez, ya que la disfluencia puede desaparecer totalmente y continuar en habla fluida o, de lo contrario, puede evolucionar a una disfluencia atípica (cit. en Biain de Touzet, 2002).

En lo que respecta a la disfluencia atípica, Yairi y Lewis (1984; cit. en Culatta & Leeper, 1990) plantean el concepto de “tartamudez incipiente”. Este término hace alusión a aquellos niños que presentan más que simples repeticiones e interjecciones en su habla, llegando a la prolongación forzada de sonidos, acompañados de una lucha psicológica para producir el habla. Del mismo modo, signos de lucha inusual o preocupación por el proceso de habla son también alarmantes (Culatta & cols. 1990). Otras características de la disfluencia atípica, según Biain de Touzet (2002), son: repeticiones de palabras

monosilábicas (tres o más repeticiones por vez, con tensión), repetición de parte de la palabra o sílaba (tres o más repeticiones por vez, con tensión), repetición de sonidos, prolongaciones, bloqueos y aumento de tensión perceptible en labios, mandíbula, entrecejo, ojos, manos y/o voz. Todas estas características pueden ir incrementando y evolucionando hasta reunir todos los rasgos que constituyen la tartamudez.

1.1.3 Prevalencia y factores de riesgo

Según la Fundación Americana de la Tartamudez (2013), actualmente, alrededor del 5% de la población infantil atraviesa un período de tartamudez de seis meses o más. Tres de cada cuatro niños que comienzan a tartamudear recuperan la fluidez antes de llegar a la adolescencia, quedando un 1% de la población con un problema crónico. Dicho de otra manera, un tercio de la población de niños entre dos años y medio y cinco años pasan por una etapa de tartamudez. Se estima que entre 75% y 85% de estos niños deja de tartamudear espontáneamente en un periodo no superior a los 14 meses. El resto de los niños, es decir, entre el 15% y el 25%, mantendrá los síntomas un periodo superior a 14 meses, y solo un pequeño porcentaje de estos menores se convertirán en adultos tartamudos (Cervera & Fernández-Ygual, 2002).

Existen diversos factores de riesgo, los cuales anuncian la cronificación del trastorno. Algunos de estos factores son: ser varón, poseer antecedentes familiares de tartamudez o problemas de lenguaje, coexistencia con un trastorno articulatorio o del lenguaje y persistencia de problemas durante 18 meses o más (Salgado, 2005). Asimismo, López (2009) describe tres factores: el primero, referente a la historia familiar, en el que se destaca que un 50% de los niños que tartamudean tienen algún familiar que lo manifiesta; el segundo hace alusión a la edad de aparición, donde se menciona que los niños que comienzan a tartamudear antes de los 3 años y medio logran superar sus dificultades antes de los 6 meses; y el tercero, corresponde al tiempo de evolución, que estipula que los niños que tartamudean por más de un año tienen menos probabilidad de superar el problema sin

una intervención adecuada. Además, Salgado (2005) señala que el factor ambiental contribuye al aumento del problema y favorece la evolución a una tartamudez establecida. Por su parte, Andrade (2006) señala la existencia de factores de riesgo para la cronificación de la tartamudez, entre los que se encuentran: la edad, el género, el tipo de surgimiento, el tiempo de duración de las disfluencias, los factores comunicativos y cualitativos asociados, la historia mórbida pre, peri y post natal, la historia familiar, los factores estresantes cercanos a la aparición del trastorno, la reacción personal, familiar y social junto a las actitudes familiares frente a la disfluencia. De aquellos factores, es común la presencia de dificultades comunicativas asociadas, como alteraciones fonológicas, miofuncionales, de comprensión, de memoria, entre otras (cit. en Canhetti & cols., 2011).

Por otra parte, Rodríguez (2005) plantea tres factores que interactúan constantemente que son los responsables tanto del seguimiento como del mantenimiento de la tartamudez. En primer lugar, los factores biológicos, que corresponden a la predisposición orgánica del individuo, y predominan en el periodo de tartamudez fisiológica o natural, que conforma la primera fase. En segundo lugar, se encuentran los factores sociales, entre los que destacan las creencias y actitudes compartidas, rechazo de las formas de hablar por parte del entorno cercano del niño, entre otros. Todos estos constituyen la segunda fase, caracterizada por la discriminación y el rechazo hacia su forma de hablar. En tercer lugar se hallan los factores psicológicos que pertenecen a la tercera fase. Estos son: baja autoestima, problemas de identidad, conductas de evitación, rabia, pena y miedo, lo que se traduce en la creencia de que “hablar mal es malo”, e incide en que se asuma como un ser estigmatizado y con baja autoestima.

1.1.4 Evaluación

Fernández-Zúñiga (2008) plantea como objetivo de la evaluación establecer las características del problema y, de esta manera, determinar los objetivos del tratamiento. También, se debe estimar la gravedad del trastorno y el pronóstico del mismo. La

evaluación debe considerar al niño globalmente, y atender a las manifestaciones asociadas, visibles y no visibles, factores ambientales y aspectos psicológicos. Es por esto que se evalúa la conducta de los padres, ya que son un elemento importante en la mantención del problema, junto con el medio en que se desenvuelve el niño y las circunstancias que influyen en aumentar o disminuir su alteración. Díaz, Espiago, Fernández, Matas, Matilla, Menéndez, Ugarte (2009) mencionan que el objetivo principal de la evaluación es determinar el carácter patológico de los errores de fluidez, que permitan diferenciar una disfluencia normal de la tartamudez. Para ello, la evaluación consta de tres etapas, correspondientes a una entrevista al niño, otra a la familia y a la escuela.

1.1.5 Implicancias pedagógicas

En el estudiante con disfemia, las habilidades lingüísticas, intelectuales, motoras, sociales y emocionales se ven sometidas a demandas ambientales y del propio desarrollo, donde destaca la complejidad de las secuencias del lenguaje en los aspectos semántico, fonológico y sintáctico. (Díaz & cols., 2009). La capacidad intelectual del estudiante con tartamudez no se ve afectada (Salgado, 2005); sin embargo, las dificultades académicas se producen en situaciones donde el estudiante con disfluencia debe enfrentarse a instancias de participación oral. En este sentido, está sometido a factores de riesgo que repercuten en el desarrollo del trastorno, afectándolo en el aspecto personal y en la integración social (Castejón, González-Pumariega, Núñez & González-Pienda, 2006).

En un estudio realizado por Dorsey y Guenter (2000; cit. en Castejón, Núñez & González-Pienda, 2005) respecto al estereotipo de los alumnos con tartamudez en el colegio, se señala que los profesores mantienen una relación más distante con los estudiantes con tartamudez, a diferencia de sus compañeros de curso. Los profesores suelen tener una visión estereotipada de los estudiantes con disfluencia, como inseguros, introvertidos, acomplexados y nerviosos (Castejón & cols., 2005). Además, Rodríguez (1988) constató que las conductas de los maestros hacia estos alumnos eran de

preocupación e intención de ayuda a la superación del trastorno, así como de rechazo a la problemática de manera abierta o velada. Es por esto, que el alumno con disfemia percibe la negatividad, por parte del profesor, repercutiendo en el contexto de aprendizaje escolar (Marchesi, 2004; cit. en Castejón & cols., 2006).

1.1.6 Intervención

Según Rodríguez Morejón (2003; cit. en Díaz & cols., 2009), cada niño posee una capacidad para hablar de manera fluida, esta habilidad puede ser suficiente o no, dependiendo de las demandas que él deba enfrentar y pueden provenir de su propio desarrollo o del ambiente. Desde esta perspectiva, la finalidad del tratamiento es fomentar el desarrollo de las capacidades y reducir la presión de las demandas, logrando un equilibrio entre ambas. El tratamiento más acorde se determinará a partir de los datos de la evaluación (Díaz & cols., 2009).

De acuerdo a Salgado (2005; cit. en Díaz & cols., 2009), es importante tener en cuenta aspectos básicos al momento de la intervención. En primer lugar, los niños y niñas que tartamudean son primero personas y después personas que tartamudean, por esto no solo hay que tener en cuenta las disfluencias. En segundo lugar, la tartamudez afecta a todo el individuo, es decir, el tratamiento no debe centrarse solo en la fluidez, sino también debe abarcar aspectos cognitivos, afectivos y conductuales. En tercer lugar, el objetivo de la intervención debe ser la comunicación y no la fluidez. En cuarto lugar, las personas que rodean al niño deben procurar ser un buen modelo de habla. Por último, uno de los aspectos más importantes, es que las personas con tartamudez logren la capacidad de hablar en todas las situaciones comunicativas cotidianas.

Es importante definir la modalidad de tratamiento que se aplicará. En niños cuyo rango de edad no exceda los 6 años, su desarrollo cognitivo se encontrará en proceso de

adquisición, por lo que no será posible la elaboración de pensamientos y sentimientos negativos respecto a sus experiencias difíciles en torno al habla. En estos casos, la orientación terapéutica será de tipo indirecta con una finalidad preventiva donde se buscará controlar las demandas ambientales de presión comunicativa que coexistan en la familia, (Gregory, 1979; Starkweather, 1990; Adams, 1991; Bloodstein, 1995; Guitar, 2006; cit. en Fernández-Zúñiga, 2008). A pesar de que un alto porcentaje de niños menores de 6 años remiten su tartamudez espontáneamente, se debe intervenir tempranamente con el fin prevenir el aumento del problema (Fernández-Zúñiga, 2009). Por otro lado, Onslow, Packman y Harrison (2003) proponen un tratamiento directo en edades tempranas, conocido como Programa Lidcombe, el cual sugiere que los niños sean tratados lo antes posible una vez iniciada la tartamudez. Dicho programa, es de carácter conductual y se enfoca en la problemática del comportamiento de la tartamudez en niños preescolares.

En niños cuyo rango de edad supere los 6 años, y el trastorno de fluidez se encuentre establecido, podrán reflexionar sobre su habla y abordar el problema de manera explícita, ya que sus habilidades metalingüísticas se encontrarán adquiridas. En este caso, el tipo de intervención será directa con el objetivo de abordar el habla en conjunto con los factores conductuales, cognitivos y emocionales asociados al trastorno (Fernández-Zúñiga, 2008). Tanto en la intervención de tipo directa como indirecta se debe incluir a la familia, algunas veces de manera preferencial y otras como complemento a la intervención directa (Díaz & cols., 2009). Los contenidos a tratar con ellos, según Salgado (2005; cit. en Díaz & cols., 2009), son: informar sobre el desarrollo del habla, lenguaje y disfluencias; explicar a los padres por qué su hijo habla con disfluencias, pero no se le considera tartamudo; analizar los sentimientos y actitudes de la familia, con el fin de eliminar los sentimientos de culpa y tranquilizar a la familia; identificar las posibles presiones que se estén dando sobre el habla y las situaciones que hacen mejorar la fluidez; y, en última instancia, orientar sobre cómo manejar los bloqueos, de qué manera disminuir las situaciones estresantes, cómo reaccionar ante las disfluencias y cómo favorecer las condiciones que ayudan a la fluidez. Finalmente, Díaz y cols. (2009) señalan la importancia de entregar información de la disfemia a los padres, así como el entrenamiento en la identificación de los tipos de

disfluencia y las situaciones que la favorecen, además de la instauración de un modelo de interacción verbal y no verbal que favorezca la fluidez.

Este trabajo con la familia debe complementarse con la intervención en la escuela, donde se recomienda analizar el habla y las situaciones comunicativas del maestro, para así descubrir en conjunto, alumno y profesor, las interrupciones de la fluidez del niño en el aula y en el centro escolar. Los factores identificados se deben modificar para crear un clima adecuado, además se deben destacar las variables facilitadoras de la fluidez y potenciarlas para crear experiencias comunicativas apropiadas (Díaz & cols., 2009). Asimismo, se pueden entregar pautas de apoyo a los docentes con indicaciones tales como: no interrumpir ni dejar que otros lo hagan, no adoptar un modelo de lenguaje demasiado complejo, no hacer burlas ni dar consejos, otorgarle seguridad y motivar al niño, hacerlo participar en actividades donde no fracase, entre otras (Bian de Touzet, 2002).

En la intervención directa, dirigida a niños con tartamudez entre los 7 y 12 años, Fernández-Zúñiga (2008) propone un programa de tratamiento que agrupa diferentes técnicas de modificación de la conducta, de la cognición, del lenguaje y el aspecto social. En cuanto a las técnicas conductuales, se pretende modificar la conducta mediante la entrega de modelos de control de la fluidez y la aplicación de estos a los diversos contextos. Asimismo, las técnicas cognitivas buscan que, tanto los padres como sus hijos, logren reconocer ideas, actitudes y valoraciones negativas que influyen en la forma de hablar del niño y en los sentimientos que surgen ante situaciones comunicativas. Respecto a la técnica psicolingüística, el terapeuta regula la complejidad sintáctica y léxica del lenguaje del niño, así como el estilo de tareas lingüísticas. De esta misma forma, se consideran los aspectos comunicativos y sociales con el fin de optimizar la fluidez del niño (Starkweather, 1987; Perters & Guitar, 1991; Perkins, 1992; Ingham, 1993; cit. en Fernández-Zúñiga, 2008). Por último, las técnicas sociales y de la comunicación social otorgan al niño recursos que favorecen la interacción social con sus pares y adultos. Además, se ejercitan habilidades sociales que facilitan la resolución de situaciones conflictivas (Goldstein et al., 1980;

Michelson et al., 1987; cit. en Fernández-Zúñiga, 2008). De acuerdo a las técnicas mencionadas, la misma autora establece objetivos enfocados al niño con tartamudez, los cuales tratan el control del habla, de la ansiedad, del pensamiento y de las emociones, habilidades sociales y de la comunicación, y la generalización y mantenimiento.

En la terapia de la tartamudez existen otros abordajes, como son los métodos tradicionales y los contemporáneos. Dentro de los primeros se encuentran los diversivos y reflexivos; y dentro de los segundos, los métodos combinados. Los métodos diversivos son aquellos que tienen como finalidad desviar la atención de la persona con tartamudez de su habla, del acto mecánico, y dirigiéndolo a la actividad intelectual. Por otro lado, los métodos reflexivos tienen como objetivo centrar la atención en el habla del niño, por lo que se fundamentan en el aprendizaje analítico del proceso del lenguaje, trabajando la reeducación respiratoria, articuladora, el ritmo, la entonación y el desarrollo del pensamiento verbal. Por último, están los métodos combinados, donde los terapeutas van alternando o aplicando, simultáneamente, los métodos mencionados (Cores, 2010).

Desde la propuesta de Friedman (2004), uno de los objetivos primarios en el abordaje terapéutico será el desmitificar la ideología del mal hablante por medio de la reconstrucción de la historia de desarrollo y la comprensión de la lógica subyacente de la persona. El primer paso, será deshacer la autoimagen de mal hablante enfatizando la atención en los momentos de fluencia, y así motivar al paciente a consultar sobre los determinantes de la tartamudez, para finalmente apropiarse de su lógica. El segundo paso consiste en reconstruir la capacidad de fluencia, fundamental para la modificación de la autoimagen, a través del trabajo a nivel motor. Por medio del trabajo propioceptivo, el sujeto sentirá la integridad de sus movimientos articulatorios, siendo consciente de la capacidad de realizarlos automáticamente. Además, la propiocepción busca promover la consciencia en cada punto articulatorio del habla, así como sensibilizar las cavidades de resonancia y el control respiratorio y relajar el cuerpo por medio de sensaciones corporales. Por último, el individuo debe identificar las situaciones donde se produce un aumento de la activación

emocional negativa poniendo en práctica el trabajo de autoconsciencia y liberando el esfuerzo al hablar.

1.1.7 Efectos psicológicos de la tartamudez en la salud emocional en la edad escolar

Durante la etapa escolar, la toma de consciencia de la disfluencia por parte del niño hace que sufra al compararse con sus pares, siendo habitual el presentar signos de retraimiento ante la interacción social. Dicha conducta se acentúa cuando la dificultad se relaciona al ámbito físico, al contexto lingüístico y a la situación pragmática, comprometiendo la vida social del niño (Bian de Touzet, 2002). Sin embargo, Starkweather (1990; cit. en Bian de Touzet, 2002) sostiene que, en los primeros años de vida escolar, la tartamudez no es un problema social, ya que al niño no le interesa la aprobación de sus pares. No obstante, alrededor de los 8 años de edad, experimenta sensaciones de vergüenza e interioriza mensajes negativos de un modelo comunicativo erróneo propuesto por los padres. Es así como la consciencia social y los sentimientos de vulnerabilidad del niño con tartamudez en comparación con sus pares, derivan en un proceso devastador predominado por las burlas de sus compañeros. Dichas burlas merman la autoestima y acrecientan las sensaciones de miedo, angustia y resentimiento en el niño con disfluencia; además, incentivan actitudes de evitación que alteran las relaciones interpersonales con su profesor y compañeros. En consecuencia, los aspectos negativos terminarán por comprometer el comportamiento, modificar el aprendizaje escolar y llevar al niño con disfemia a la rebeldía o a la introversión, manifestando sentimientos de inseguridad y miedo a la expansión social (Bian de Touzet, 2002).

1.2 Musicoterapia

Según Palacios (2004), la música, ha estado presente durante toda la historia de la humanidad en diversas expresiones, desde dimensiones mágicas, religiosas, filosóficas hasta científicas. El ser humano siempre ha tenido consciencia de los efectos de la música en la curación de enfermedades, en la educación y en la expresión de emociones, entre otras. Los resultados de la música sobre el sujeto que padece una enfermedad, no han sufrido grandes cambios a lo largo de la historia. “Aunque el concepto de la enfermedad y la actitud terapéutica han cambiado continuamente a través de los siglos, las reacciones del hombre a las experiencias musicales han permanecido fundamentalmente inmutables” (Alvin, 1997: 30).

Thayer Gaston (1968; cit. en Lago, Melguizo y Ríos, 2008) precisa que a lo largo de la historia, la música y la terapia han estado estrechamente vinculadas. Cada cultura ha establecido la naturaleza y el empleo de la música en el tratamiento de la enfermedad. Desde la clínica, la musicoterapia funciona tanto como una terapia complementaria como alternativa. Ellas comprenden una serie de filosofías, enfoques y terapias de curación que adoptan una visión integral de la atención, la cual contempla el tratamiento de la mente, el cuerpo y el espíritu (The Leukemia & Lymphoma Society o LLS, 2009). La diferencia entre ambas, guarda relación con el modo en que estas se utilizan. La terapia complementaria actúa conjuntamente con la medicina tradicional, mientras que la terapia alternativa opera en vez de la medicina convencional (Bowling, 2010).

1.2.1 La problemática para definir Musicoterapia

Según Bruscia (1997), no existe una definición universal de musicoterapia, pues en muchos casos la creación del concepto se ajusta a las demandas de la situación. Esto alude a la importancia de considerar los aspectos de la musicoterapia y el abordaje clínico que

será de mayor relevancia o interés para el interlocutor. Además, implica una diversidad de conceptualizaciones de la musicoterapia que varían según la cultura, la filosofía personal y la identidad profesional, entre otros factores.

Además de la serie de factores que pueden influir en la definición de la musicoterapia, las diferencias conceptuales también pueden deberse a su naturaleza esquivada que surge de una serie de características. Es, por una parte, transdisciplinaria, puesto que se centra en la música y la terapia. Por otra parte, es arte, ciencia y proceso interpersonal, pues se comporta de forma objetiva y subjetiva, individual y colectiva, intrapersonal e interpersonal. A su vez, posee una diversidad de aplicaciones clínicas, ya que los objetivos dependen de las necesidades físicas, emocionales, intelectuales o espirituales del paciente. De igual modo, su identidad es dual, porque puede ser definida como disciplina o como profesión. Finalmente la musicoterapia es un concepto en desarrollo, puesto que aún se intenta delimitar el concepto, y por ende, su identidad (Bruscia, 1997).

1.2.2 Definición

Desde la etiología, la traducción correcta de musicoterapia es la de “terapia a través de la música” (Poch, 2002). Según Thayer Gaston (1950):

Música es la ciencia o el arte de reunir o ejecutar combinaciones inteligibles de tonos en forma organizada y estructurada con una gama de infinita variedad de expresión, dependiendo de la relación de sus diversos factores componentes (ritmo, melodía, volumen y cualidad tonal).

Terapia tiene que ver en “cómo” puede ser utilizada la música para provocar cambios en las personas que la escuchan o la ejecutan (cit. en Poch, 2002: 40).

Por su parte, Hamilton (1960) define esta disciplina como “la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano a través de la acción de la

musicoterapia” (cit. en Poch, 2002: 41). Bruscia, complementa esta definición al señalar que es un “proceso sistemático de intervención donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir llegar a la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio” (1997: 43). El mismo autor, aclara que la musicoterapia es considerada un proceso sistemático, debido a que corresponde a una secuencia de sucesos que se desarrollan en el tiempo en función de ciertos objetivos establecidos previamente.

Desde otro enfoque, Benenzon considera que la musicoterapia se fundamenta en la relación de dos personas como mínimo, que se vinculan utilizando todos los códigos del contexto no-verbal (2000). El mismo autor, señala que el objetivo de la musicoterapia es mejorar la calidad de vida del paciente, rehabilitarlo y recuperarlo para la sociedad. Por lo tanto, el experto plantea que la musicoterapia le permite acercarse a la comunicación humana desde el reconocimiento de todos los fenómenos inherentes a la relación madre-feto, madre-neonato y el vínculo de ese nuevo ser con el entorno social que los circunda (2000). En tanto, Lago, Melguizo y Ríos (2008: 165) precisan que “(...) en lo no-verbal que transmite la música se ofrecen simbolismos que actúan sobre capas no racionales del sujeto. La música, tiene una carga energética que moviliza sentimientos y emociones”. Es por ello que, cuando se utiliza el lenguaje no-verbal, se genera una reestructuración indirecta de la conducta del individuo, ya que los cambios se sitúan en el terreno intrapsíquico (Lago, Melguizo & Ríos, 2008).

Cabe destacar que, dentro del proceso terapéutico, es importante la participación de un supervisor que no esté involucrado en la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente. El rol que cumple este profesional, es reconocer aspectos relevantes que surgen desde la relación terapeuta-paciente, de manera de re-orientar la terapia. Por un lado, la importancia de incluir a un tercero en la terapia, es que complementa los aspectos que el terapeuta no logra percibir, permitiéndole hacerse consciente de los fenómenos internos que le ocurren durante la terapia (Benenzon, 2000). Por otro lado, el co-musicoterapeuta, como

lo llama Ferrari (2013), cumple la función de realizar una observación directa de lo que realiza el paciente y el musicoterapeuta.

Desde la visión de Ferrari (2013), se plantean dos modelos de trabajo que se dan en las diadas musicoterapéuticas. Por un lado, está el modelo de musicoterapeuta más el observador directo, donde los roles son asimétricos y complementarios, la función que cumple uno es de intervenir y el otro de observar y las intervenciones son realizadas sólo por el terapeuta. Por otro lado, está el modelo de musicoterapeuta más otro musicoterapeuta, donde los roles son simétricos y complementarios, y ambos intervienen de manera homóloga y complementaria. En relación a la intervención homóloga, la actuación de un terapeuta es la extensión del mismo punto de vista del otro terapeuta. Mientras que la intervención complementaria, se caracteriza por complementar la interpretación de un terapeuta desarrollando aspectos que éste no consideró relevantes.

Benenson (2000), menciona que uno de los elementos más importantes que el supervisor debe observar, es la contratransferencia que ocurre en la relación terapeuta-paciente. En relación a esto, Bruscia (1997) plantea que la contratransferencia es un fenómeno que ocurre cuando las necesidades del paciente y el terapeuta se entremezclan, pudiendo tener efectos tanto positivos como negativos. En el primer caso, el terapeuta utiliza similitudes personales con el paciente para lograr mayor comprensión e información; en el segundo caso, las necesidades inconscientes del terapeuta interfieren en un tratamiento efectivo. Sin embargo, es importante destacar que la ayuda que se ofrece en musicoterapia es de carácter unidireccional y no recíproco, es decir, el terapeuta actúa como ayudante y el paciente como ayudado, pero generalmente, en el acto de hacer terapia, el terapeuta resulta beneficiado, ya que puede cubrir sus propias necesidades a nivel inconsciente.

1.2.3 Principios básicos

Según Poch (2002), la musicoterapia es una ciencia que está en desarrollo, por lo que se ha priorizado la definición de sus metodologías más que sus fundamentos teóricos. Son escasos los principios que guían la musicoterapia, debido a que está basada en la emocionalidad del ser humano y en la cualidad etérea de la música. Sin embargo, la misma autora compiló algunos principios que fueron desarrollados en el Simposio Internacional de Teoría de Musicoterapia en la Universidad Metodista de Dallas, los cuales se desarrollarán a continuación.

Por una parte, Poch (2002) expone la teoría griega del *ethos*, que hace alusión a la idea de que la música posee un *ethos*, es decir, que puede crear un determinado estado de ánimo. Esto implica la existencia de una estrecha relación entre los movimientos de la música y los movimientos físicos y psíquicos del hombre, por lo que la música puede influir en el estado fisiológico y anímico del ser humano. Por otra parte, el principio del organismo como un todo, entiende al hombre como una entidad compacta en que la música mueve al organismo en su totalidad, es decir, en su dimensión fisiológica, psicológica, intelectual y espiritual.

Por otro lado, la misma autora se refiere al principio homeostático de Altshuler (1952), que entiende la música como un factor que contribuye a la homeostasis del ser humano. Cameron (s.f.; cit. en Poch, 2002: 85) asegura que “la música y las artes han sido consideradas tradicionalmente como contribuciones importantes a una homeostasis social, intelectual, estética y espiritual (...)”. Además, la experta describe el principio de liberación de Cid (1787), que afirma que la música ayuda al hombre a evadir su realidad, y a enmendar el cansancio originado por el trabajo y la rutina (cit. en Poch, 2002).

Finalmente, Poch (2002) añade tres principios: el de compensación, el del placer de Altshuler (1952) y el de identidad sonora. El primero considera que el sujeto busca en la música aquello de lo que carece en un momento determinado. El segundo establece que

esta tiene la propiedad de atraer la atención, debido a que ciertas melodías y secuencias rítmicas producen placer. El tercero, se basa en las ideas de Benenzon (2000) para describir el principio de identidad sonora; el cual se relaciona con la definición que concibe a la musicoterapia como “(...) una disciplina que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación...” (Lago, Melguizo & Ríos, 2008: 179). Cabe destacar, que se profundizará en dicho principio, pues contiene una visión integral acorde al enfoque de esta investigación.

El concepto de identidad sonora se construyó a partir de las apreciaciones de Altshuler (1954), quien consideraba que la música podía generar sentimientos, percepciones e imágenes en los pacientes (Poch, 2002). Altshuler (1954) utilizaba la palabra griega *ISO*, que significa “igual”, la cual se consideraba como “fórmula para hacer empatía con la característica del *tempo* mental del paciente con el cual se comunicaba” (cit. en Benenzon, 2000: 19). Agrega Poch (2002), que ello implica que la música refleja el estado de ánimo del paciente y su *tempo* mental; es decir, facilita su respuesta mental y emocional. Por lo tanto, se debería reconocer la identidad sonora del musicoterapeuta y la del paciente para abrir los canales de comunicación entre ambos y, además, establecer una relación terapeuta-paciente en términos de igualdad. Cabe destacar que el principio de identidad sonora se conforma por la herencia sonora, las vivencias sonoras gestacionales intrauterinas y las que se desarrollan desde el nacimiento hasta la edad adulta. A partir de esto, es necesario mencionar el concepto del ISO cultural, que hace alusión a la existencia de una mayor afinidad con la música proveniente de la propia cultura antes que cualquier otra (Benenzon, 2000). En consecuencia, la identidad sonora es un concepto dinámico que se encuentra en constante cambio, que se sustenta en los procesos de comunicación del ser humano.

1.2.4 Efectos

Según Poch (2002), durante el desarrollo de la musicoterapia, se evidencia un hecho común, que es la capacidad de la música para producir efectos en el ser humano. Algunos

de los que se describen son: biológico, fisiológico, psicológico, intelectual y social. Por otro lado, Alvin (1997) plantea que las respuestas del individuo ante la música han sido similares e influidas por la receptividad física del hombre al sonido, su sensibilidad a la música y su estado mental. La misma autora señala que los prejuicios, los medios y la educación son factores condicionantes que determinan la reacción ante la música.

- a) Efectos biológicos: Miller (1975) señala que, desde el punto de vista biológico, la música actúa sobre la bioquímica del organismo, lo que puede afectar positiva o negativamente según el tipo de música utilizada (cit. en Poch, 2002).
- b) Efectos fisiológicos: Poch (2002) menciona que los efectos fisiológicos de la música pueden acelerar o retardar las principales funciones orgánicas, tales como la respiración, la circulación, la digestión y el metabolismo. Además, agrega que la música afecta al sistema nervioso central, generando reacciones del tipo sedante, excitantes o enervantes. Louise E. Weir (1959) complementa esta idea y afirma que “el sonido afecta el sistema nervioso autónomo, que es la base de nuestra reacción emocional” (cit. en Alvin, 1997: 102).
- c) Efectos psicológicos: Alvin (1997) asegura que los efectos fisiológicos y psicológicos de la música intervienen recíprocamente. Así pues, Poch (2002) señala que una determinada música puede emocionar de tal modo que provoque reacciones neurovegetativas las que, a su vez, incrementan el estado emocional de la persona.
- d) Efectos cognitivos: la música ayuda a desarrollar la capacidad de atención sostenida por la inmediatez, la persistencia y la constante variedad del estímulo musical. Asimismo, potencia la memoria, inicia a los niños a la meditación y a

la reflexión de un modo agradable; los ayuda a transformar su pensamiento pre-lógico en lógico, estimula la imaginación, el sentido del orden y el análisis; facilita la autoeducación, porque obliga constantemente a aceptar o rechazar los sonidos escuchados; y estimula la capacidad y el gusto artístico.

- e) Efectos sociales: Poch (2002) afirma que la música, desde sus orígenes, ha unido a los hombres, especialmente a través del canto y la ejecución instrumental comunitaria, por lo que provoca la expresión de estados emocionales comunes inhibiendo el individualismo. Por su parte, Alvin (1997) plantea que la música actúa como un puente que le permite integrarse al mundo que lo rodea, por lo tanto, es un medio de comunicación. Cabe destacar, que la música permite expresar el sentimiento de un grupo y el modo de vivir de una cultura.

1.2.4.1 La música como expresión de emociones

La emoción es el fundamento que determina la acción terapéutica de la música, su utilización se justifica no sólo en individuos con enfermedad mental, sino también, en personas sin ninguna alteración psicológica. De acuerdo a Hanslick (s.f.), la música presenta beneficios terapéuticos, porque “opera en nuestra facultad emocional con mayor intensidad y rapidez que cualquiera de las otras artes (...). La acción del sonido es algo no sólo más inmediato, sino más poderoso y directo (...)” (cit. en Poch, 2002: 80). Poch (2002) señala que existen dos visiones que explican la influencia de la música en las emociones. Una considera que la música tiene la capacidad de generar emociones y sentimientos en el ser humano, haciendo que éstos actúen sobre la parte somática del cuerpo. Otra afirma que la música interviene en la parte somática, y posteriormente, se transforma en emoción y sentimiento.

La misma autora menciona que el ser humano puede entender con mayor claridad su realidad subjetiva a través de las obras de arte. En este sentido, con la ayuda de la música, el individuo puede comprenderse, experimentar y entender sus emociones. Asimismo, la música constituye una forma simbólica de lenguaje, puesto que expresa los sentimientos con mayor claridad que las palabras. Si bien el lenguaje establece un significado preciso, no logra demostrar la naturaleza cambiante, inestable y llena de matices de las emociones. Finalmente, la experta concluye que la cualidad para expresar los sentimientos es esencial para edificar el razonamiento. Esto hace alusión al hecho de que un niño con su afectividad bloqueada tendrá dificultades para razonar y desarrollarse normalmente. En consecuencia, la música ayuda a comprender y resolver situaciones traumáticas que generan alteraciones espacio-temporales, de pensamiento y de la afectividad.

1.2.5 Procesamiento cerebral de la música

Según Arias (2007), aún no se ha definido el sustrato anatómico cerebral específico para la percepción y generación de la música. De acuerdo al Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (2007), el avance de la tecnología, particularmente en el campo de la neuroimagen, ha favorecido el estudio del procesamiento musical del cerebro. Esto ha permitido distinguir entre el procesamiento de la música y el lenguaje común, donde cada función utiliza circuitos independientes. No obstante, Lafarga y Sanz (1999) destacan que extensas áreas corticales pueden estar implicadas en la música, así como una enorme cantidad de redes que se distribuyen por todo el cerebro.

Según Schapira, Ferrari, Sánchez y Hugo (2007), la función musical es la que presenta mayor grado de complejidad para el sistema nervioso central, ya que implica la discriminación simultánea de señales rítmicas, melódicas y armónicas. La melodía, el timbre, la tonalidad y la armonía se procesan y perciben preponderantemente en el hemisferio derecho, el que está relacionado con funciones atencionales, operacionales espaciales y formas de funcionamiento más holístico. El ritmo y los elementos secuenciales

atañen al hemisferio izquierdo, que se encarga de las funciones analíticas, intelectuales y lingüísticas, además de la simbolización, estructuración y organización del pensamiento. De acuerdo a Lafarga y Sanz (1999), las personas sin conocimientos de música presentan una dominancia hemisférica derecha en la percepción del material musical, principalmente melodías; los músicos, en cambio, en el hemisferio izquierdo. Sin embargo, la lateralización depende de una serie de factores, tales como la tarea musical solicitada, el modo de presentación de los estímulos y, por supuesto, del sujeto.

1.2.6 Aplicaciones

Bruscia (1997), identifica once áreas de intervención de la musicoterapia, que son: educativas, de enseñanza, conductuales, psicoterapéuticas, pastoral, supervisora/de formación, médica, curativa, recreativa, actividad y artes interrelacionadas. Poch (2002), en cambio, clasifica los ámbitos de aplicación en dos grandes campos: curativo y preventivo. La misma autora, menciona que el campo curativo es el que se le atribuye mayor importancia, puesto que es el aspecto más urgente a resolver en la musicoterapia.

En relación a lo anterior, la musicoterapia curativa se aplica en diferentes áreas. Algunas de ellas son: ayudar al diagnóstico clínico, intervenir en pacientes psiquiátricos, oncológicos, drogodependientes, con minusvalías de origen neurológico sensorial o físico, en pacientes con sida, entre otros. La musicoterapia preventiva, en cambio, se utiliza en educación pre-escolar, enseñanza primaria, a nivel personal, en centros sociales para adolescentes y tercera edad, en familia, en los medios de comunicación social, etc. (Poch, 2002).

1.2.6.1 Recursos córporo musicales en musicoterapia

“Dado que la música es connatural al ser humano, no puede sorprender el hecho de que tenga un ámbito de aplicación vastísimo, tanto como la vida misma (...)” (Poch, 2002: 44). Si bien existen diversos campos de intervención, se profundizará en tres formas de aplicación de la musicoterapia, que fundamentan la tesis en estudio. Estos corresponden a la curación a través del sonido, el canto y la danza como métodos de musicoterapia.

1.2.6.2 Curación a través del sonido

McClellan (1988) afirma que la curación a través del sonido tiene un sustento filosófico, el cual surge de la idea de que la creación, en su totalidad, “se organiza y gobierna por formas sonoras o vibratorias (...). Puesto que la música y el universo están organizadas de acuerdo a las vibraciones, la música se puede utilizar para traer armonía a la mente-cuerpo-espíritu del ser humano (...)” (cit. en Bruscia, 1997: 109). Es por ello, que se utilizan frecuencias vibratorias para sanar el espíritu, el cuerpo y la mente, de manera de inducir la autocuración y fomentar el bienestar (Bruscia, 1997).

McClellan (1988; cit. en Bruscia, 1997) describe dos tipos de métodos para llevar a cabo la función curativa del sonido. El primer tipo consiste en la recepción del sonido y las vibraciones por parte del paciente a través de un instrumento mecánico, por ejemplo, las relaciones vibratorias que se producen en el cuerpo mediante el uso de tonos básicos y sus armónicos. El segundo corresponde a la participación activa del paciente, mediante la emisión de sonidos corporales vocales, como por ejemplo el canto de mantras, que consiste en sílabas o frases que se repiten.

1.2.6.3 Canto como medio terapéutico

De acuerdo a Poch (2002), el canto corresponde a la única forma de expresión musical que solo requiere la presencia del ser humano. Además, es el medio de autoexpresión más

personal en cuanto a melodía, letra y elementos musicales dinámicos. Asimismo, otra de las propiedades del canto es favorecer la revalorización del individuo, pues quienes cantan lo viven como algo positivo, que acrecienta su autoestima y sus relaciones con sus pares. La misma autora destaca que el canto ayuda a la reeducación de personas con alteraciones de la comunicación, tales como, sujetos con tartamudez. En este caso, cuando el individuo canta no presenta problemas, debido al ritmo que tiene la canción. Además, las dificultades disminuyen, ya que la atención del paciente con tartamudez se centra en la canción y no en la preocupación que la patología le causa.

1.2.6.4 Danzaterapia como método de musicoterapia

Poch (2002) menciona que la danza se define como la expresión corporal de la emoción que produce la música, pero de un modo rítmico y artístico. El objetivo de incluir la danza dentro de las sesiones de musicoterapia es que el paciente se exprese y que experimente la liberación de tensiones: el dejarse fluir, el crear y recrear la comunicación y el contacto a través de actividades no verbales. En ningún caso, la finalidad de la danza como método de musicoterapia se centra en el perfeccionamiento de movimientos y posturas, sino en la experimentación del goce físico y emocional.

1.2.7 Abordaje plurimodal de Schapira, Ferrari, Sánchez y Hugo

El campo de aplicaciones de la musicoterapia es amplio, desde ámbitos educativos, terapéuticos, hasta recreativos. Todos ellos buscan el bienestar del ser humano; por ello, resulta relevante contemplar el contexto en el que se desenvuelve el individuo. El abordaje plurimodal que proponen Schapira y cols. (2007), destaca el marco cultural al que pertenecen los sujetos, además, no está inscrito de manera indisoluble dentro de ningún modelo musicoterapéutico, sino más bien, toma conceptos de distintas corrientes de pensamientos teóricos.

De acuerdo al enfoque de esta investigación, que considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial, resulta coherente profundizar en el abordaje plurimodal. Este se constituye en base a dos dimensiones, una teórica y otra práctica. Algunos de los fundamentos teóricos que los autores mencionan hacen alusión a considerar al ser humano como una unidad biopsicosocioespiritual, adherir a la idea de música interna y a la concepción de ser en la música. No obstante, el fundamento que resulta relevante describir es el que entiende al individuo como una unidad biopsicosocioespiritual, lo que implica reconocer al hombre desde su biología de forma integral, con una vida espiritual y psíquica dentro de un contexto social. Cabe destacar que por espiritualidad, no se entiende únicamente aspectos de sentimiento religioso, sino cierta sensibilidad que puede relacionarse con diversos elementos de la vida que trascienden al sujeto. Desde esta mirada, la salud se vincula con la calidad de vida, la que comprende las dimensiones física, psíquica, espiritual y social del ser humano (Schapira & cols. 2007).

Es importante mencionar que la dimensión práctica del abordaje plurimodal está constituida por cuatro ejes de acción, pero para efectos de esta investigación se describen dos de ellos. La primera corresponde a la improvisación musical terapéutica, que hace alusión a la creación de música en forma espontánea mientras se toca. Esta puede ser de carácter libre o estar sujeta a un programa previo. La segunda se refiere al trabajo con canciones, el cual es de suma utilidad para el paciente, ya que le da forma a sus pensamientos y sentimientos, y también permite expresar sentimientos, emociones e ideas que no pueden ser transmitidos con palabras. Cabe destacar, que la canción es portadora de un mensaje que adquiere un significado singular para cada persona.

1.2.8 Desarrollo musical en el niño de 8 a 10 años

Según Eslava (1998), en musicoterapia es relevante estudiar y conocer el desarrollo musical del individuo. Schapira y cols. (2007) realizan una síntesis de los postulados de

Bruscia (1991) y Pascual Mejía (2002) acerca de la adquisición de las habilidades musicales, tanto perceptivas como expresivas, con la finalidad de que estos datos sirvan como orientación al momento de analizar una experiencia musical en musicoterapia. A continuación, se presenta una tabla que describe la génesis del desarrollo musical, correspondiente al rango etario entre los 8 a 10 años.

TABLA 1.- Génesis del desarrollo evolutivo musical (Schapira & cols., 2007: 99-100).

| 8 a 10 años | |
|--------------------|--|
| Percepción | Aprecia ritmos más complejos. Curiosidad hacia la escucha. |
| Expresión | Mayor maduración motriz. Extraversión e hiperactividad. Gusto por instrumentos de percusión. Gusto por tocar en grupos, dúo o acompañamiento. Disfruta haciendo pequeñas composiciones musicales. Sentido rítmico y habilidad para tocar instrumentos. “Edad de oro” de la voz |

Para efectos de este estudio, la musicoterapia fue considerada como una terapia complementaria, puesto que el programa creado en esta investigación actúa conjuntamente con la intervención fonoaudiológica en disfemia. Según Rodríguez Morejón (2003), la tartamudez es una alteración que afecta al individuo en su globalidad, tanto en el aspecto biológico, como en el social y emocional; por consiguiente, resulta beneficioso utilizar la música como recurso terapéutico, ya que genera efectos positivos en los ámbitos social, emocional, cognitivo, biológico, entre otros. Dentro de los recursos musicales, destaca el canto, como un medio para la reeducación de personas con tartamudez, debido a que el ritmo beneficia la fluidez del individuo, quien se concentra más en el canto que en la patología. Por último, se debe mencionar que la expresión corporal a través de la danza, facilita la expresión y liberación de tensiones (Poch, 2002). De acuerdo a lo mencionado se crea un programa que integra los recursos musicales a la terapia de la tartamudez.

II. METODOLOGÍA

En el presente capítulo se exponen las bases metodológicas de la tesis que lleva por nombre Programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, aplicado a niños y niñas de 8 a 10 años con tartamudez de la región de Valparaíso. En primer lugar, se plantea el problema y los objetivos de la investigación. Luego, se presenta el tipo de estudio, la descripción de las muestras, las categorías y los instrumentos de recolección de información. Finalmente, se detallan las herramientas, el trabajo de campo y los materiales utilizados para el presente estudio.

2.1 Planteamiento del problema

Según la Fundación Americana de la Tartamudez (2013), actualmente, alrededor del 5% de la población infantil atraviesa un período de tartamudez de seis meses o más. Sin embargo, tres de cada cuatro niños que comienzan a tartamudear recuperan la fluidez antes de llegar a la adolescencia, quedando un 1% de la población con un problema crónico. En Chile, se estima que la prevalencia de tartamudez concuerda con dicha cifra.

La misma fundación declara que el trastorno surge de la combinación de factores genéticos y ambientales, no estableciéndose claramente su causa. Por consiguiente, se ha llegado al consenso de que la tartamudez, desde su etiología, correspondería a una combinación de factores constitucionales y ambientales entre los que destacan la predisposición genética, los factores neurológicos, psicológicos, sociales, entre otros (Salgado, 2005). Finalmente, López (2009) concluye que el origen de la disfemia sería de naturaleza multifactorial.

En cuanto a la intervención, a lo largo de la historia, se ha tratado la tartamudez desde un enfoque sintomatológico. Sin embargo, Sheehan (1997) fue uno de los precursores en incorporar un abordaje integral que incluyera la dimensión psicológica del ser humano. Posteriormente, otros autores, como Biain de Touzet (2002), Rodríguez (1981) y Friedman (2004), aportaron nueva información en relación a la intervención biopsicosocial de la tartamudez.

Desde la perspectiva anteriormente mencionada, Rodríguez (2005) plantea tres factores que interactúan en el seguimiento y mantenimiento de la tartamudez. Estos factores son: el biológico, referente a la predisposición genética; el social, que incluye el rechazo por parte del entorno del niño y las creencias y actitudes relacionadas a la tartamudez; y el psicológico, en el que resalta la baja autoestima, conductas de rabia y miedo, junto con la estigmatización del trastorno. Desde la musicoterapia, Poch (2002) señala la capacidad de la música para generar efectos en el ser humano, entre los que destaca el biológico, fisiológico, psicológico, intelectual y social. Es por esta razón que el individuo ha utilizado la música como recurso terapéutico a lo largo de la historia (Alvin, 1997). De acuerdo a Lacárcel (1995: 123), “la tartamudez produce un desorden en el ritmo general, y por lo tanto, el niño con este trastorno, padecerá de un sentido del ritmo menos desarrollado”. Esto se relaciona con lo mencionado por Poch (2002) quien señala que el canto ayuda a la reeducación de personas con alteraciones de la comunicación, tales como, sujetos con tartamudez. Por consiguiente, se cree que la musicoterapia podría resultar beneficiosa en la intervención en tartamudez.

Actualmente, en Chile, no existe un programa que integre los recursos musicales como complemento a la intervención fonoaudiológica en la tartamudez. En definitiva, considerando que el abordaje terapéutico más idóneo para tratar la tartamudez es el biopsicosocial y que el factor emocional tiene gran influencia en la expresión de la tartamudez; la musicoterapia surge como una alternativa para intervenir en este trastorno, puesto que aborda la dimensión psicológica, fisiológica y social del paciente. Es así como

nace la necesidad de crear un programa de intervención complementario a la terapia fonoaudiológica convencional.

En relación a la problemática antes mencionada, surgió la siguiente pregunta: ¿Es posible crear y aplicar un programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, con la conceptualización disponible en la literatura, retroalimentación de un grupo de expertos y de un pilotaje? Por este motivo, el objetivo del estudio fue crear un programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, aplicado a niños y niñas de 8 a 10 años con tartamudez de la región de Valparaíso. El objetivo surgió de la necesidad de sistematizar un programa que integrara la musicoterapia en la terapia fonoaudiológica de la tartamudez.

El programa pretendió optimizar la intervención fonoaudiológica de la disfemia y lograr resultados efectivos de acuerdo a una visión integral del paciente, por lo que se trabajó el habla a través del aporte de los recursos musicales. Además, se investigó este tema, porque no se han desarrollado estudios actuales, en Chile, que involucren los recursos musicales como complemento a la terapia fonoaudiológica y que aborden los trastornos de la fluidez desde un enfoque que contemple los tres ejes: emocionalidad, musicalidad y terapia convencional. Para ello, se parte de la premisa de que el ser humano tiene una naturaleza emocional, y cualquier terapia que incorpore un enfoque biopsicosocial logrará mejores resultados y más duraderos en el tiempo, pues no se abordó la tartamudez de forma aislada sino que integrada a la vida del individuo. Asimismo, se generó un espacio para la reflexión acerca de nuevas formas de intervención fonoaudiológica que permitan ampliar el campo laboral del profesional.

En cuanto a las implicancias prácticas del estudio, se buscó proponer nuevas estrategias de intervención en el contexto nacional para el trabajo fonoaudiológico de la disfemia. Además, se propuso generar un programa de intervención que entregara recursos prácticos de fácil y accesible ejecución terapéutica, mediante un manual de aplicación, un CD de

audio, un CD audiovisual, y un set musical básico. A través de la utilización de los recursos musicales, se pretendió aportar al desarrollo de la seguridad y la confianza de los individuos con disfemia, puesto que la música puede despertar, evocar, provocar y desarrollar diversos sentimientos en el oyente (Poch, 2002).

El estudio tuvo la finalidad de crear un programa que fuera utilizado por los profesionales como material complementario a la terapia fonoaudiológica. Lo anterior, implica una proyección de la investigación, es decir, el segundo paso que se deberá realizar es medir su validez y confiabilidad.

Este estudio fue viable, ya que contó con fuentes bibliográficas referentes a las temáticas de tartamudez y musicoterapia, además de especialistas en el área musical, psicológica y fonoaudiológica para crear el programa de intervención. El estudio se situó en una población específica, considerando que se estima que alrededor del 1% de la población Chilena sufre de algún tipo de trastorno de disfluencia de manera crónica, la cual podría verse beneficiada considerablemente por este programa (Facultad de Ciencias, Universidad de Chile, 2011). Así también, tendrá importantes implicancias futuras, porque se podrá difundir para uso clínico; asimismo, dará paso a nuevas investigaciones respecto al tema. Por último, entregará recursos complementarios a la terapéutica tradicional, otorgando mayor versatilidad a la intervención fonoaudiológica.

Cabe destacar, que en Chile existe escasez bibliográfica que relacione la disfemia con la musicoterapia. No obstante, en el año 1977 se llevó a cabo un seminario de título, integrado por Fuentes, Jiménez y Viedma, egresados de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Chile, con el propósito de aplicar recursos musicoterapéuticos a la medición y al control de avances terapéuticos en niños con tartamudez. Sin embargo, hasta la fecha, no se registra mayor información respecto a dicha investigación. Es por esto que, en la actualidad, no existen programas de intervención para la disfemia que incorporen recursos artístico-creativos, ni tampoco se ha sistematizado un programa que incorpore estas dos áreas, por lo que no se contó con un referente a seguir.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general:

Crear un programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, aplicado a niños y niñas de 8 a 10 años con tartamudez de la región de Valparaíso.

2.2.2 Objetivos específicos:

- Identificar las conceptualizaciones, criterios y recursos fonoaudiológicos y musicales, para la intervención de pacientes con disfemia, presentes en la teoría especializada.
- Identificar criterios y recursos fonoaudiológicos y musicales utilizados por especialistas en el abordaje terapéutico de pacientes con disfemia.
- Elaborar una propuesta del programa de recursos musicales complementario a la intervención en disfemia.
- Rediseñar la propuesta del programa de intervención fonoaudiológico/musical a través de un grupo de expertos.
- Rediseñar el programa definitivo de intervención fonoaudiológico/musical de acuerdo a los resultados obtenidos en el pilotaje.

2.3 Tipo de estudio

2.3.1 Enfoque

Esta investigación se basó en un enfoque de tipo cualitativo que, según Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista (2006), se caracteriza por ser un método de recolección de datos no estandarizados, ya que no se efectúa una medición numérica, es decir, el análisis no es estadístico. La recopilación de datos busca obtener la opinión de los participantes frente a una determinada temática.

El proceso de este enfoque es de carácter flexible, y se desarrolla entre los eventos y su interpretación. “Su propósito consiste en ´reconstruir` la realidad tal y como la observan los autores de un sistema social previamente definido” (Hernández-Sampieri & cols., 2006: 27).

2.3.2 Alcance

El alcance del estudio fue de tipo exploratorio, que se utiliza cuando se quiere investigar un tema o problema poco estudiado, del cual se desprenden muchas interrogantes o que no se ha profundizado previamente. De esta misma forma, se puede inquirir sobre temas y áreas desde nuevos enfoques (Hernández-Sampieri & cols., 2006). Ello se debe a que actualmente, en Chile, no existen investigaciones que integren los recursos musicales a la terapia fonoaudiológica en tartamudez, temática que se abordó en esta tesis.

2.3.3 Diseño

El desarrollo del estudio se basó en el diseño de investigación-acción, es decir, se estudió una situación social con el objetivo de beneficiar la calidad de la acción dentro de ella. Según Álvarez-Gayou (2003), el propósito central de este tipo de diseño es resolver

problemáticas cotidianas e inmediatas y favorecer prácticas concretas (cit. en Hernández-Sampieri & cols., 2006). Además, los mismos autores agregan que “su propósito fundamental se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales” (2006: 706). A su vez, el diseño de investigación acción, se caracteriza porque tanto los investigadores como participantes interactúan constantemente con los datos. La mayor parte de los autores definen este tipo de diseño como un espiral sucesivo de ciclos, que se compone de una etapa de detección del problema en estudio, la formulación e implementación de un plan que resuelva el problema y la retroalimentación, lo cual conduce a un nuevo espiral de reflexión y acción (Hernández-Sampieri & cols., 2006).

En este caso, la problemática fue la carencia de un programa sistematizado que integrara la intervención fonoaudiológica tradicional en tartamudez y la musicoterapia en Chile. Es por esto, que se pretendió crear un programa de recursos musicales, complementario a la intervención fonoaudiológica, para usuarios con disfemia pertenecientes a la región de Valparaíso, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y afrontar positivamente su trastorno.

2.4 Descripción de la(s) muestra(s)

Esta investigación se conformó por cinco muestras. La primera, estuvo conformada por una fonoaudióloga, una psicóloga y un profesor de música, quienes colaboraron en la creación del programa. La segunda estuvo constituida por un juicio de expertos pertenecientes a las áreas de fonoaudiología, psicología y musicoterapia, quienes retroalimentaron el programa. La tercera correspondió a las investigadoras que aplicaron este programa. La cuarta muestra consideró a niños y niñas con tartamudez de 8 a 10 años de edad de la región de Valparaíso. Por último, la quinta muestra contempló a los adultos responsables de llevar al niño y/o niña a cada sesión de trabajo.

2.4.1 Muestras

2.4.1.1 Tipo de muestras

Las muestras fueron de carácter no probabilístico, o también llamado muestra dirigida. Según Hernández-Sampieri y cols. (2006) suponen un procedimiento de selección informal, puesto que selecciona sujetos “típicos” con el fin de que éstos puedan representar una población determinada. Cabe destacar, que la elección de los sujetos de este tipo de muestreo, no dependen de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino del criterio de los investigadores que recolectan los datos. Para el enfoque cualitativo, las muestras no-probabilísticas son de gran valor, pues permiten obtener los casos que son de interés para el investigador y ofrecer un importante aporte para la recolección y el análisis de los datos. Es relevante señalar que este estudio presenta una muestra de participantes voluntarios, que corresponden a muestras fortuitas, donde los investigadores concluyen a partir de casos que llegan a ellos de forma casual (Hernández-Sampieri & cols., 2006).

2.4.1.2 Muestras, tamaño y unidad de información.

En el siguiente cuadro, se resumen las cinco muestras del presente estudio, donde se especifica el tamaño y las unidades de información correspondientes a cada una de ellas. Cabe destacar que para efectos de esta investigación, se usarán indistintamente los términos paciente y usuario para referirse a los niños a quienes se les aplicó el programa.

TABLA 2.-Tamaño de muestras y unidades de información.

| Muestra | Tamaño | Unidad de información |
|----------------|--|---|
| Muestra 1 | -1 fonoaudióloga. -1 psicóloga. -1 profesor de música. | Profesionales expertos en las áreas de fonoaudiología, psicología y pedagogía |

| | | |
|-----------|---|--|
| | | en música. |
| Muestra 2 | -1 fonoaudióloga. -1 psicóloga. -1 musicoterapeuta. | Profesionales expertos en las áreas de fonoaudiología, psicología y musicoterapia. |
| Muestra 3 | -2 investigadores. | Miembros del grupo de la presente tesis. |
| Muestra 4 | -1 niño. | Niños y niñas con tartamudez de 8 a 10 años de la región de Valparaíso (usuarios). |
| Muestra 5 | -1 adulto responsable. | Adultos responsables que acompañaron a los niños y niñas a cada sesión de trabajo. |

2.4.1.3 Criterios de selección de la(s) muestra(s)

2.4.1.3.1 Criterios de inclusión y exclusión

A continuación se presentan las tablas que contienen los criterios de inclusión y exclusión correspondientes a las muestras 1, 2, 3, 4 y 5.

TABLA 3.-Criterios de inclusión y exclusión para la muestra 1.

| Fonoaudióloga | |
|--|---|
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
| -Nacionalidad Chilena. -Desempeño profesional de al menos 5 años. -Conocimientos y experiencia en usuarios con disfemia. | -Nacionalidad extranjera. -Desempeño profesional menor a 5 años. -Sin conocimientos y experiencia en usuarios con disfemia. |
| Profesor de música | |
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |

| | |
|--|---|
| -Nacionalidad Chilena. -Desempeño profesional de al menos 5 años. -Conocimientos y experiencia laboral con niños de 8 a 10 años. | -Nacionalidad extranjera. -Desempeño profesional menor a 5 años. -Sin conocimientos y experiencia laboral con niños de 8 a 10 años. |
| Psicóloga | |
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
| -Nacionalidad Chilena. -Desempeño profesional de al menos 5 años. -Conocimientos y experiencia con usuarios infanto-juveniles. -Conocimientos y experiencia en musicoterapia. | -Nacionalidad extranjera. -Desempeño profesional menor a 5 años. -Sin conocimientos y experiencia con usuarios infanto-juveniles. -Sin conocimientos y experiencia en musicoterapia. |

TABLA 4.-Criterios de inclusión y exclusión para la muestra 2.

| | |
|--|---|
| Fonoaudióloga | |
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
| -Experiencia con usuarios infantojuveniles. -Desempeño profesional de al menos 5 años. -Nacionalidad Chilena. -Experiencia en usuarios con disfemia. | -Sin experiencia con usuarios infanto-juveniles. -Desempeño profesional menor a 5 años. -Nacionalidad extranjera. -Sin experiencia en usuarios con disfemia |
| Musicoterapeuta | |
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
| -Experiencia con pacientes infantojuveniles. -Desempeño profesional de al menos 5 años. -Experiencia terapéutica en área de salud. | -Sin experiencia con pacientes infantojuveniles. -Desempeño profesional menor a 5 años. -Sin experiencia terapéutica en área de salud. |
| Psicóloga | |
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
| -Experiencia con usuarios infanto-juveniles. -Desempeño profesional de al menos 5 años. -Nacionalidad Chilena. -Experiencia terapéutica clínica en área de salud. | -Sin experiencia con usuarios infanto-juveniles. -Desempeño profesional menor a 5 años. -Nacionalidad extranjera. -Sin experiencia terapéutica clínica en área de salud. |

TABLA 5. Criterios de inclusión y exclusión para muestra 3

| Investigadores de la tesis | |
|---|--|
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
| -Nacionalidad Chilena. -Sin experiencia musical. | -Nacionalidad extranjera. -Con experiencia musical. |

TABLA 6.- Criterios de inclusión y exclusión para muestra 4.

| Niños y niñas con tartamudez de la región de Valparaíso. | |
|---|--|
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
| -Diagnóstico de tartamudez. -Nacionalidad Chilena o residencia en Chile de al menos 3 años. -Edad de 8 a 10 años. -Asistencia regular a terapia fonoaudiológica. -Consentimiento informado firmado por cualquiera de los padres o el apoderado. | -Sin diagnóstico de tartamudez. -Nacionalidad extranjera o residencia en Chile menor a 3 años. -Edad mayor o menor al rango de 8 a 10 años. -Sin asistencia regular a terapia fonoaudiológica. -Sin consentimiento informado firmando por cualquiera de los padres o el apoderado. |

TABLA 7.- Criterios de inclusión y exclusión para muestra 5.

| Adultos responsables que acompañaron al niño o niña a la terapia | |
|---|---|
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
| -Edad superior a 18 años. -Convivencia con el niño o niña al que se le aplicó el programa. | -Edad inferior a 18 años. -Sin convivencia con el niño o niña al que se le aplicó el programa. |

2.5 Categorías

Según Hernández-Sampieri y cols., las categorías corresponden a “los niveles donde serán caracterizadas las unidades de análisis” (2006: 359). Sánchez Aranda (2005) las define, como “características o aspectos que presenta la comunicación con la que estamos hablando (...)” (en Hernández-Sampieri & cols., 2006: 359). Por lo tanto, cada unidad de

análisis se encasilla en uno o más sistemas de categorías. De acuerdo a ello, las categorías de la presente investigación surgieron del trabajo de campo del presente estudio, y están descritas en el capítulo de resultados.

2.6 Instrumentos de recolección de información

Los instrumentos de recolección de información de esta tesis correspondieron a sus mismos investigadores, ya que según el diseño de investigación-acción, los participantes del estudio actúan como co-investigadores (Hernández-Sampieri & cols., 2006). Además, Mertens (2003) define que el diseño de investigación-acción participativo debe incorporar a los integrantes del grupo en todo el proceso de la investigación (en Hernández-Sampieri & cols., 2006).

Cabe destacar que las investigadoras que aplicaron el programa asumieron dos roles diferentes. Una de ellas actuó como terapeuta y la otra como co-terapeuta. Por lo tanto, para efectos de este estudio, las investigadoras fueron nombradas como terapeuta y co-terapeuta según el rol que cumplieron en el programa.

2.7 Herramientas

Las herramientas de la investigación consistieron en las entrevistas para crear y retroalimentar el programa, además de las respectivas bitácoras de campo donde se consignaron las observaciones y respuestas de cada una de las muestras.

2.8 Trabajo de campo

2.8.1 Conceptualización del tema a partir de la revisión bibliográfica

En primer lugar, se recurrió a las fuentes bibliográficas para recolectar información referente a los temas de musicoterapia y tartamudez. La temática de musicoterapia fue extraída de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad Andrés Bello y de la experticia del profesor tutor de esta tesis. Asimismo, la información referida a la tartamudez fue recopilada a partir de las líneas teóricas de autores como Bian de Touzet, Rodríguez-Morejón y Fernández-Zúñiga; en cuanto a la musicoterapia, Poch, Bruscia, Benenzon y Schapira. El proceso de recolección de información y elaboración del marco teórico se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo.

2.8.2 Entrevista a expertos del área de fonoaudiología, psicología y pedagogía en música que orientaron la creación de la propuesta del programa.

En primera instancia, se envió un correo electrónico a un grupo de profesionales, que cumplieron con los criterios de inclusión, correspondientes a las áreas de fonoaudiología, psicología y pedagogía en música, con el fin de invitarlos a formar parte del proceso creativo del programa. Luego de sus aprobaciones, se procedió a enviar un dossier informativo que incorporó una carta con autorización del jefe de carrera de fonoaudiología y la profesora guía de la tesis, la ruta de trabajo, el marco conceptual y la entrevista para cada profesional según el área de experticia. Posteriormente, se fijó una reunión con cada profesional, durante el mes de junio, donde se hizo una breve exposición acerca del proyecto de investigación y se realizó la entrevista semi-estructurada, la cual fue registrada en audio y transcrita en la bitácora 1. Cabe señalar que las preguntas de dichas entrevistas estuvieron dirigidas a un rango etario de 6 a 9 años, el cual se modificó en el transcurso de la investigación con el fin de ampliar el rango de edad, y de esta forma abarcar a una mayor cantidad de niños que pudieran participar en el programa. Sin embargo, dicha modificación no alteró el proceso creativo del programa. Finalmente, se analizó la entrevista con el objetivo de extraer las categorías relevantes. Este último proceso, se extendió desde la última semana de junio hasta la primera semana de julio.

2.8.3 Construcción de la propuesta del programa terapéutico

A partir de la información recopilada, a través de las fuentes bibliográficas y de las entrevistas realizadas, se extrajeron los datos relevantes y pertinentes para la construcción del programa. Para complementar la información, se asistió a la Escuela de Música de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso con el fin de obtener material referente a la didáctica musical en niños; al Centro de Audición, Lenguaje y Aprendizaje “Comunica”, donde se observaron algunas sesiones de musicoterapia con niños con hipoacusia; también, se convocó a una reunión con el instructor de danzas circulares de la región de Valparaíso, César Seguel, con el objetivo de conocer la dinámica de las danzas circulares y enseñar algunas de ellas; se contactó a la autora del libro “Yoga para niños”, Macarena Kojacovic, quien recomendó la utilización de su libro para la creación de las actividades del programa; finalmente, se recibió la colaboración de diversos músicos, estudiantes y titulados de la Escuela de Música y Arquitectura de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, quienes aportaron en la creación musical de algunas pistas de audio del programa. Además, se contó con la participación del fonoaudiólogo Christian Castro, quien colaboró en la grabación y edición de las pistas de audio incluidas en un CD, llevadas a cabo en el laboratorio de voz de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso.

La creación del programa consistió en la redacción de los objetivos específicos de la presentación y descripción de cada sesión. Una vez establecidos los contenidos y actividades, se creó el material complementario al programa, el cual consistió en la creación y grabación en audio de los cuentos y canciones, y en el registro audiovisual de las actividades de yoga, secuencias rítmicas, danza circular e instrucciones de uso de la batería de instrumentos musicales. Posteriormente, se procedió a cotizar y comprar los instrumentos musicales del set Huepil y se dispuso el material complementario en un CD de Audio. La construcción del programa se inició la segunda semana de julio y se extendió hasta finales de agosto. Cabe señalar que el desarrollo de esta investigación se vio limitado debido a la movilización estudiantil ocurrida en el primer semestre del presente año, lo que implicó una reducción en el número de sesiones del programa.

2.8.4 Entrevista a expertos de las áreas de fonoaudiología, psicología y musicoterapia que retroalimentaron la propuesta del programa y permitieron el rediseño del mismo.

En primera instancia, se envió un correo electrónico a un grupo de profesionales, de las áreas de fonoaudiología, psicología y musicoterapia que cumplieron con los criterios de inclusión con el fin de invitarlos a formar parte del juicio de expertos y de esta forma retroalimentar el programa. Luego de sus aprobaciones, se procedió a enviar un dossier informativo que incorporó una carta con autorización del jefe de carrera de fonoaudiología y la profesora guía de la tesis. Además, se agregó el marco conceptual, la entrevista de evaluación semi-estructurada y el programa de intervención con la presentación de las sesiones y los anexos del programa, los cuales se definieron como lectura opcional. Posteriormente, se fijó una reunión con cada profesional, donde se realizó la entrevista de evaluación semi-estructurada, la cual fue registrada en audio y transcrita en la bitácora 2. Por último, se analizó la entrevista con el objetivo de extraer las categorías relevantes para el rediseño del programa.

2.8.5 Aplicación del programa terapéutico a un pilotaje por dos miembros de la presente tesis.

El programa terapéutico, ya modificado, se aplicó a un pilotaje de tres niños que en un comienzo cumplieron con los criterios de inclusión; dos de ellos tenían 6 años y uno 10 años. La primera sesión del programa, que contemplaba la participación de los cuidadores, no pudo realizarse como estaba estipulada, debido a que sólo asistió uno de los tres adultos responsables, imposibilitando la interacción grupal. Como consecuencia, se tuvo que fijar dos entrevistas independientes para cada cuidador.

En la segunda sesión del programa, participaron dos de los tres niños citados, mientras que en la tercera, asistió la totalidad de los niños del pilotaje. Sin embargo, se debió

descartar la presencia de uno de los asistentes de 6 años, ya que se corroboró que no cumplía con uno de los criterios de inclusión, referidos al diagnóstico de tartamudez. Cabe destacar que el otro niño de 6 años, sólo asistió a una sesión, a la que se unió tarde, declarando, luego de dos inasistencias sin justificación, su desagrado hacia el programa y retiro. Es importante mencionar que, desde un comienzo, no se observó compromiso por parte de la madre hacia el programa, ausentándose en tres ocasiones en que se había fijado la entrevista.

Debido a la deserción de dos de los tres participantes se produjo un cambio en el tipo de terapia, la que pasó de ser grupal a individual. Es así como, desde la cuarta hasta la doceava sesión, la terapia estuvo enfocada solamente al usuario de 10 años. El programa fue registrado en forma audiovisual y escrita; cada sesión duró 60 minutos, los cuales se distribuyeron en cinco tipos de actividades: de apertura, ritmo, eutonía, emisión y cierre. Cabe destacar que, en la octava y doceava sesión, se contó con la participación del adulto responsable.

2.8.6 Observaciones y sugerencias de las investigadoras que cumplieron el rol de terapeuta y transcripción a bitácora 3.

Una de las investigadoras que formó parte de la aplicación del programa, cumplió la función de registrar lo observado durante todas las sesiones, en relación a las actividades de apertura, ritmo, eutonía, emisión y cierre, y a las conductas de la terapeuta y el paciente frente a ellas. Además de las observaciones, se registraron las sugerencias referentes a la modificación del programa las cuales fueron transcritas a la bitácora 3

2.8.7 Valoración cualitativa de la muestra 4 aplicada a un niño de 10 años con tartamudez y transcripción a bitácora 4.

En las actividades de apertura y cierre, se generó una instancia para que el niño expresara cómo se sentía al llegar y al finalizar la sesión, a través de la utilización de imágenes de caritas de felicidad, pena, enojo, cansancio y una de libre expresión gráfica. Al

finalizar cada sesión, se le preguntó acerca de las actividades de mayor y menor agrado. Todo lo anterior, fue transcrito a la bitácora 4.

2.8.8 Entrevista a muestra 5 aplicada al adulto responsable que acompañó al niño a la sesión de trabajo y transcripción a bitácora 5.

A partir de la cuarta sesión, se realizó una entrevista a la madre del niño, en la que se interrogó acerca de los cambios que ella pudo observar en su hijo durante la semana, en relación a los bloqueos, el aspecto emocional y social. Además, se preguntó acerca de las observaciones que ella tenía frente al niño y al programa. Las entrevistas se aplicaron una vez por semana, por lo que se realizaron un total de cinco entrevistas. Finalmente, los resultados obtenidos fueron transcritos a la bitácora 5.

2.8.9 Rediseño final del programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, de acuerdo a los resultados obtenidos en el pilotaje.

A través de las observaciones y acotaciones registradas por las dos investigadoras que aplicaron el programa, se procedió a modificar las sesiones. Los cambios se enfocaron en la forma y contenido del programa, reestructurándose la presentación y descripción de las sesiones. Cabe destacar que uno de los cambios más importantes, guardó relación con el tipo de terapia, el que pasó de ser grupal a individual, debido a los acontecimientos que ocurrieron durante el transcurso del programa. Además, el rango etario de aplicación del programa se acotó a niños de 8 a 10 años.

2.9 Materiales.

El material de esta investigación correspondió al programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, aplicado a niños y niñas de 8 a 10 años con

tartamudez. Éste incluyó un material impreso correspondiente al manual de aplicación, un CD-R de audio Maxell , el que contuvo 18 pistas relacionadas con los objetivos que se trabajaron en cada sesión, que comprendieron las canciones de saludo, cierre, de los instrumentos, yo soy, el conejo y la tortuga, afro, secuencias rítmicas, pulso, entornos sonoros de calle y naturaleza, danza circular la naturaleza, sonoterapia, cuentos Pedro y su lunar, el mono que no podía gritar, el árbol de los Fifus y el cuento melódico la fiesta de la primavera; un CD-DVD audiovisual Maxell, que contenía las posiciones de yoga, juego de pulsos, secuencias rítmicas y actividad del conejo y la tortuga; y un set de instrumentos musicales básicos que incluyó: 1 djembe, 2 cascabeles , 2 palos de agua de fabricación artesanal, 1 clave campana mediana marca JM Import modelo TLMY010 #49001 y 1 xilófono marca Wonderful NO.32168-3, los cuales se guardaron en una caja de mimbre marca Casa&ideas. Además se requirió de lápices de colores marca Alquimia, plumones y lápices de mina marca Faber Castell, lápices de cera marca Fulton, goma de borrar y tijeras marca Proarte, pegamento marca Henkel, hojas tamaño carta marca Alquimia, block de notas marca Proarte, Lápiz pasta marca Bic, Notebook marca Sony modelo Vaio, parlante portátil Bluetooth marca Daiku modelo Bts-350, cámara fotográfica marca Cannon modelo Power Shot A23000, mat de yoga marca Props y 4 figuras de las emociones feliz, triste, enojado y cansado, las cuales se hicieron con cartulinas de colores verde, morado, naranja y fucsia marca Artel, hojas blancas marca Alquimia y plumón negro marca Staedtler. También, fue necesario disponer de una sala amplia perteneciente a la Facultad de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso.

III.RESULTADOS

En este capítulo, se exponen los resultados obtenidos en el proceso de recolección de información del estudio orientado a la creación de un programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, aplicado a niños y niñas de 8 a 10 años con tartamudez de la región de Valparaíso. En primera instancia, se presentan los resultados que se extrajeron de la entrevista realizada a la muestra 1, correspondiente a tres profesionales de las áreas de psicología, fonoaudiología y pedagogía en música, respectivamente. En

segunda instancia, se exponen los resultados extraídos de la entrevista a la muestra 2, referente al juicio de expertos, compuesto por tres profesionales, cada uno de las áreas de fonoaudiología, psicología y musicoterapia. En tercera instancia, se establecen los resultados obtenidos de las observaciones efectuadas por dos miembros de la tesis que aplicaron el programa, correspondientes a la muestra 3. En cuarta instancia, se encuentran los resultados obtenidos del pilotaje aplicado a la muestra 4, correspondiente a un niño de 10 años con tartamudez. Finalmente, se presentan los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas semanalmente a la cuidadora del niño, que constituye la muestra 5.

3.1 Muestra 1

A continuación, se presentan los resultados de la primera muestra, los cuales están consignados en las tablas 8, 9 y 10. En ellas, se extraen los aspectos más relevantes entregados por cada profesional. La primera tabla entrega información referente al área de fonoaudiología, la segunda a la de pedagogía musical y la tercera a la de psicología. Cada tabla presenta las preguntas efectuadas a los tres profesionales, la síntesis de su respuesta y una cita directa que la respalda.

TABLA 8.- Resultados de la entrevista del área de fonoaudiología.

| Fonoaudióloga | | |
|---|--|---|
| Pregunta | Síntesis | Citas |
| ¿Qué técnicas o modelos de intervención en disfemia le han resultado efectivas en niños de 6 a 10 años? | -Es importante tener en cuenta el enfoque a utilizar, donde el más óptimo, según la profesional, es el biopsicosocial. Además, menciona que la tartamudez, al ser multifactorial, debe ser abordada desde todos los aspectos, tales como, sintomatológico, psicológico | -“(...) hay que ver primero el enfoque, yo tengo el enfoque biopsicosocial con estos tres aspectos para la terapia (...)”. C1 -“(...) además, la tartamudez es multifactorial, por lo que si te centras en un solo enfoque descuidas las |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>y social.</p> <p>-Desde la experiencia, la profesional menciona que la terapia debe ser estructurada y desestructurada al mismo tiempo.</p> <p>-Se debe ser lúdico y utilizar el juego como dinámica de terapia.</p> <p>-En el aspecto psicológico, respecto a las burlas, autoestima, concepción del mal hablante, entre otras, la profesional se apoya en cuentos, ya que son un buen mecanismo para que los niños se sientan identificados con los personajes y puedan hablar.</p> | <p>otras esferas que también implican en el tratamiento (...)" C2</p> <p>-“(...) tomaba los aspectos de sintomatología, aspectos psicológicos y la visión contextualizada de Silvia Friedman, es decir, el orgánico, el psicológico, y el social que son los tres grandes ejes de este enfoque (...)” C3</p> <p>-“(...) la terapia era como una rutina estructurada pero desestructurada a la vez, en el sentido que hacíamos diferentes pasos siempre (...)” C4</p> <p>-“Como eran niños en edad escolar, yo utilizaba mucho el juego, todo tenía su fin como juego. (...) C5 es que hay que ser muy lúdico, porque son niños que no puedes hacer terapia muy directa con ellos (...)” C6</p> <p>-“(...) yo también me apoyaba con cuentos, había un cuento que a nosotros nos podían dar un pie para poder hablar de ciertos temas (...)” C7</p> <p>-“(...) cuando tú ocupas el cuento es un mecanismo para que ellos se sientan identificados con el personaje y puedan hablar (...)” C8</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>¿Qué estructura debiera tener una sesión Fonoaudiológica en un niño entre 6 a 10 años con disfemia?</p> | <p>-Señala que la terapia grupal es buena, pero difícil de organizar. Por lo tanto, debe ser organizada y esquematizada.</p> <p>-El tratamiento grupal, tiene tres fases: conformación del grupo (se utiliza un criterio sintomatológico y etario), instauración de los cambios y generalización (es muy importante la participación de la familia como co-terapeuta).</p> | <p>-“(...) la terapia grupal es buena, pero es difícil en el sentido de la organización. Tiene que estar muy bien organizada y muy esquemática, porque o sino pierde el objetivo y se diluye el tratamiento y la eficacia (...)”. C9</p> <p>-“(...) generalmente se habla que el tratamiento grupal tiene tres fases. La primera es la conformación del grupo. Es súper importante conformar un grupo. Yo usaba dos criterios: el criterio sintomatológico y el criterio etario. C10</p> <p>-“(...) Después, viene la fase de instauración de los cambios.” C11</p> <p>-“(...) Luego, viene la fase de generalización de los cambios (...)”. C12</p> <p>-“(...) ustedes, en el tratamiento de un niño con tartamudez, tienen que considerar como co-terapeuta a la familia, siempre. C13 (...) necesitamos que la familia sea un co-terapeuta y sobre todo en la última instancia de la generalización de los cambios C14(...)”.</p> |
| <p>¿Contempla Ud. el abordaje de aspectos emocionales en la terapia fonoaudiológica en niños con disfemia?</p> | <p>-Sí, lo contempla, tal como lo indicó en la primera pregunta.</p> | <p>-“Sí, claramente. Como lo señalé anteriormente.” C15</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Describe el perfil emocional de un niño con disfemia durante la terapia fonoaudiológica.</p> | <p>-El aspecto emocional es muy importante, por lo que es relevante el soporte emocional que los niños tengan en su entorno (casa y colegio). Señala que, en los niños, en general, se observa pena, miedo, vergüenza y frustración.</p> <p>-Es importante dar herramientas a los niños para enfrentar los sentimientos negativos. Además, recomienda en un principio, no exponer a los niños a situaciones de estrés, si no que ir de a poco hasta lograr actividades más complejas como una disertación.</p> | <p>-“(...) aspecto emocional es lo más significativo (...)”.C16</p> <p>-“(...) hay algunos que dependen mucho del soporte emocional, en el sentido que están contenidos en su casa, el que es su apoyo emocional, o el entorno emocional que tienen en el colegio (...)”.C17</p> <p>-“(...) en los niños ves pena, vergüenza, frustración y a veces miedo, pero muy poco (...)”.C18</p> <p>-“(...) y le vas dando herramientas para poder enfrentarse a esa burla, vas modificando el entorno para que él se sienta cómodo (...)”.C19</p> <p>-“(...) en un principio no les recomiendo, por la parte emocional, que hagan aspectos como disertaciones e interacciones, porque van a estar muy expuestos. Pero después que uno tiene el tratamiento, es importante que tengan disertaciones y que interactúen comunicativamente en la sala de clases (...)”.C20</p> |
| <p>Tiene conocimientos de los efectos de la música en el niño con disfemia? ¿Cómo podría contribuir la música en el trastorno comunicacional de un niño con disfemia entre los 6 a 10</p> | <p>-Explica que son pocos los conocimientos que tiene, ya que las investigaciones son escasas y controversiales. Además, agrega que fueron pocos los recursos para trabajar la música, pero</p> | <p>-“Tengo pocos conocimientos, porque las investigaciones son escasas y controversiales (...)”.C21</p> <p>-“(...) que no tenía los</p> |

| | | |
|---|--|---|
| años? | resultaron efectivos en los niños. | recursos para poder trabajar lo que era la música y el ritmo y que esto fuera realmente efectivo en el tratamiento de los niños (...). C22 |
| ¿Qué estrategias recomendaría utilizar frente a una posible crisis que sufre un niño entre los 6 a 9 años con disfemia en la terapia (sentimientos de vergüenza, inseguridad, rabia, entre otros)? | -Señala que, en las primeras sesiones, se ve mucho que los niños no quieren hablar. En esos casos, la profesional aconsejó respetarlos, dándoles el espacio para que hablen cuando quieran y al mismo tiempo contenerlos para que logren hablar cuando se sientan cómodos. -Indica que es importante informar y guiar a los padres. | -“(...) sobre todo, se da en las primeras sesiones de terapia donde ves niños que no quieren hablar (...). C23 -“(...) les daría como consejo es el respeto. C24 (...) Si ellos no quieren hablar, respetar el no querer hablar, porque eso los valida también como personas (...). C25 -“(...) hay que contenerlos mucho y darles el espacio para hablar. Es súper importante que ellos exterioricen lo que están sintiendo (...). C26 -“(...) tienes que explicarle a los papás, informarles desde el primer día. Vas evaluando y entregando información (...). C27 |
| ¿De qué manera Ud. visualiza la participación de los padres en la terapia? Considerando una terapia grupal en niños con disfemia. ¿Cuántas sesiones consideraría para complementar de manera efectiva la terapia fonoaudiológica clásica? | -Para la profesional, unas 20 sesiones serían suficientes para una terapia complementaria y, en el caso del pilotaje, señala que si se realizan dos veces por semana pueden tener efectividad. | -“Yo consideraría unas 20 sesiones como terapia complementaria” C28 -“En caso del pilotaje, si lo hacen dos veces por semana puede ser que se tenga efectividad (...). C29 |
| De los siguientes elementos de la comunicación no | -Considera que todos pueden ser recursos. Ella | -“(...) yo usaba mucho los dibujos y las caricaturas. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>verbal: -Lenguaje gestual: movimientos del rostro y de las manos. -Lenguaje proxémico: distancia física entre los interlocutores. -Lenguaje kinésico: movimientos del cuerpo y postura. -Lenguaje acústico: sonidos y características de la voz. -Lenguaje icónico: imágenes o símbolos. -Lenguaje cromático: colores, sombras o luces. -Lenguaje gráfico: dibujos, caricaturas o convenciones.</p> <p>¿Cuáles abordaría en la terapia fonoaudiológica?</p> | <p>usa mucho los dibujos y cuentos. Además, menciona que en el lenguaje icónico, utiliza imágenes y símbolos; y en el lenguaje kinésico, movimiento, y, sobre todo, en la relajación.</p> | <p>Los hacía dibujar y también usábamos cuentos.(...) C30 También usaba el lenguaje icónico con imágenes y símbolos, y el lenguaje acústico (...)" C31</p> <p>-“(...) en el lenguaje kinésico usaba el movimiento, sobre todo cuando hacíamos relajación segmentaria (...)” C32</p> <p>-“(...) todos pueden ser recursos (...)” C33</p> |
| <p>¿Qué bibliografía nos recomendaría?</p> | <p>-Recomienda el libro “Hablan los tartamudos” de Pedro Rodríguez y “___” de Rodríguez.</p> | <p>-“Les recomendaría el libro “Hablan los tartamudos” de Pedro Rodríguez y “Tartamudez: Naturaleza y tratamiento” de Rodríguez-Morejón”. C34</p> |

De la TABLA 8, se destacan las siguientes categorías:

- Enfoque Biopsicosocial.
- Terapia esquematizada.
- Terapia semi-estructurada.
- Terapia lúdica.
- Uso de cuentos como herramienta terapéutica.
- Herramientas para enfrentar las emociones negativas.
- Soporte emocional del entorno.
- Información a los padres.
- Respeto al paciente.
- Cantidad de sesiones.

- Fases de la terapia grupal.
- Lenguaje no- verbal como recurso terapéutico.

Estas categorías expresan las sugerencias más relevantes de la entrevista realizada al profesional fonoaudiólogo. Entre ellas destaca que la terapia debiese tener un enfoque biopsicosocial, es decir, que contemple al individuo desde los aspectos biológico, psicológico y social; además, que la terapia debiera ser esquematizada, semi-estructurada y lúdica. La experta recomienda, también, el uso de cuentos y lenguaje no verbal como recursos terapéuticos, y sugiere que se incorporen herramientas para enfrentar las emociones negativas, como la modificación del entorno ante situaciones de estrés, por ejemplo disertaciones. Además, destaca el soporte emocional de parte del entorno, la información a los padres y el respeto hacia los pacientes. Finalmente, habla sobre la importancia de la cantidad de sesiones, en la que recomienda alrededor de veinte para una terapia complementaria, y menciona las fases de la terapia grupal: conformación del grupo, instauración de los cambios y generalización.

TABLA 9.- Resultados de la entrevista del área de pedagogía musical.

| Profesor de música | | |
|---|---|---|
| Preguntas | Síntesis | Citas |
| ¿Qué elementos constitutivos de la música (ritmo, melodía y armonía) utilizaría en niños entre 6 a 9 años sin experiencia musical previa con el objetivo principal de que vivencien la experiencia musical más que aprender teoría musical? Justifique. | -Señala que se deben utilizar los tres elementos constitutivos de la música: ritmo, melodía y armonía, a la edad que sea. | -“Esos elementos que están mencionados ahí, que son los elementos constitutivos de la música, la verdad es que tienen que estar todos siempre a la edad que sea. El ritmo, la melodía y la armonía (...)”. C35 |
| En el caso de utilizar este | -Menciona que todos los | -“Todo, o sea todo, |

| | | |
|--|--|--|
| <p>elemento musical (ritmo, melodía, armonía). Detalle los elementos que utilizaría de (nombrar de acuerdo al o los elementos constitutivos de la música elegidos):</p> <p>-Ritmo: metro, pulso, figura rítmica y compás, etc.</p> <p>-Melodía: notas musicales, alteraciones e intervalos, etc.</p> <p>-Armonía: acordes mayores, menores, disminuidos y aumentados, etc.</p> | <p>elementos deben estar presentes.</p> <p>-Dentro de los recursos, se debe partir por trabajar el ritmo, principalmente, por medio de la percusión.</p> | <p>absolutamente todo lo que me sirva (...).C36</p> <p>-“(...) yo entraría siempre por el ritmo, porque tienes que usar todo, pero yo creo que habría una situación como jerárquica para entrar en el mundo, el movimiento es lo más natural que nosotros tenemos (...).C37</p> <p>-“(...) entonces yo entraría por el ritmo, entraría por la percusión (...).C38</p> |
| <p>De acuerdo a la diferencia en la adquisición de habilidades musicales en niños de 6 a 9 años ¿Cómo jerarquizaría los contenidos musicales en una terapia?</p> | <p>-Señala que es difícil jerarquizar, ya que desde la experiencia se han visto casos de niños que a temprana edad logran desarrollar ejercicios musicales complejos.</p> <p>-Lo importante es trabajar de a poco.</p> | <p>-“(...) en la experiencia yo me he encontrado con que he podido trabajar cosas súper complejas con los niños chicos, entonces me es súper difícil jerarquizar (...).C39</p> <p>-“(...) yo creo que aquí hay que apuntar a ser un poco minimalista por así decirlo, ir de a poco (...). C40</p> |
| <p>Para cada uno de los elementos musicales que usted contempló en la pregunta anterior. ¿Qué nivel de complejidad nos aconsejaría aplicar en niños de entre 6 a 9 años?</p> | <p>-Explica que el estímulo musical debe tener cierta estructura y debe repetirse en el tiempo.</p> | <p>-“(...) Es bueno para el cerebro presentar música con ciertas estructuras y que tengan repeticiones (...).C41</p> |
| <p>¿Qué instrumentos nos recomendaría utilizar para la realización de actividades musicales con niños de 6 a 9 años sin experiencia musical previa con el objetivo principal de que vivencie la experiencia musical más que</p> | <p>-Sugiere los instrumentos melódicos tales como el xilófono o el metalófono. Pero señala que el xilófono es más recomendable porque se puede tocar con ambas manos, lo que lo hace interesante para niños de 6 a</p> | <p>-“Bueno melódico, yo te recomendaría un xilófono, un metalófono (...).C42</p> <p>-“(...) pero el xilófono, porque la placa es de madera entonces es</p> |

| | | |
|---|--|--|
| aprenda teoría musical? | 7 años. | percusión, te permite ocupar ambas manos y además es melódico, tiene alturas entonces ese instrumento es potente a los 6-7 años”. C43 |
| Partiendo de la base de que estos niños no tienen conocimientos musicales previos, ¿Se podría utilizar el piano? | -Indica que el teclado es recomendable, porque no se necesita un objeto extra para tocarlo, es inmediato y está afinado. | -“(...) el teclado sí, porque tú tocas con un dedo, y la nota está afinada de partida (...)”. C44 -“(...) el teclado no tiene un elemento, una herramienta extra-mano para llegar a sonar, tiene tu dedo, tu mano al tiro (...)”. C45 |
| ¿Y un bombo?... | -Responde que sí, cualquier instrumento de percusión sirve. | -“(...) cualquier instrumento de percusión, cualquier tambor te sirve. Todos los instrumentos orff: pandero, wiro, clave, cascabeles, triángulo, todo eso es orff, todo”. C46 |
| En ese caso ¿La flauta? | -Señala que la flauta es compleja, porque requiere de una psicomotricidad mayor. | -“(...) en tercero básico empieza recién la flauta, o sea la psicomotricidad fina que tú necesitas para la flauta es compleja (...)”. C47 |
| ¿Qué recursos musicales utilizarías en la realización de actividades musicales en niños de 6 a 9 años sin experiencia previa musical? | -Explica que utilizaría como recurso la excusa de hacer música, idealmente, música en grupo. | -“(...) yo ocuparía de recursos musicales simplemente el pretexto de repertorio de hacer música y ojalá música colectiva (...)”. C48 |
| ¿Es recomendable incorporar la improvisación musical? | -Recomienda usar los instrumentos musicales y los métodos que se han creado, además de las creaciones propias. | -“(...) tengo que ir al método y los instrumentos musicales que mencionamos como recursos también, el cuerpo como recurso, la improvisación como recurso (...)”. C49 -“(...) lo otro es lo que se te puede ocurrir a ti también |

| | | |
|--|--|--|
| | | pero tengo que ir a lo que se ha utilizado (...)" C50 |
| ¿De qué manera Ud. Visualiza la participación de los padres en un proceso de intervención terapéutica? | -Propone que la participación de los padres sea inmersos en la terapia, siendo partícipes de ella. De lo contrario no tiene sentido. | -“(...) yo lo veo adentro de la terapia al papá (...)" C51 -“(...) lo veo participando al papá, entender lo que el terapeuta o el profesor quiere ahí, pero en la cancha, si no, no creo que tenga sentido (...)" C52 |
| ¿Qué le parece el que el programa considere a terapeutas con y sin habilidades musicales? | -Indica que todas las personas debieran tener una vinculación con la música, ya que ésta es inherente al ser humano. | -“(...) mi personal idea es que todas las personas tengamos vinculación con la música (...)" C53 -“(...) la música es inherente al ser humano, es parte de nosotros (...)" C54 |

De la TABLA 9, se rescatan las siguientes categorías:

- Elementos constitutivos de la música.
- Trabajo de complejidad progresiva.
- Estímulo musical estructurado y reiterativo.
- Instrumento melódico.
- Instrumentos de percusión.
- Música grupal.
- Participación de los padres.
- Música inherente al ser humano.

Las categorías expresan las sugerencias más relevantes de la entrevista realizada al profesor de música. Entre ellas, destacan el que la terapia debiese incluir todos los elementos constitutivos de la música, es decir, ritmo, melodía y armonía; y que los instrumentos más adecuados son los melódicos y de percusión. El profesional recomienda

que las actividades empleadas tengan una complejidad progresiva; y que el estímulo musical sea estructurado y reiterativo. Además, recomienda que los niños realicen música grupal, y destaca la importancia de la participación de los padres en la terapia. Asimismo, menciona la relación entre el ser humano y la música, concluyendo que la música es inherente a él.

TABLA 10.- Resultados de la entrevista del área de Psicología.

| Psicóloga | | |
|---|--|---|
| Pregunta | Síntesis | Citas |
| ¿Cuáles son los hitos centrales del desarrollo de un niño de 6 a 9 años que debiéramos tener en cuenta para la creación del programa? | <p>-Según la profesional los hitos del desarrollo del niño no son rígidos, ya que dependen de condiciones ambientales como: antecedentes familiares, escolares, de salud, musicales, entre otros. De esta forma, importa la singularidad del niño.</p> <p>-Hay hitos establecidos en el niño de 6 a 9 años. Este se encuentra, según Piaget, en la etapa de las operaciones concretas, donde el niño logra simbolizar.</p> <p>-En el aspecto socioemocional, a esa edad, el niño experimenta sentimientos como la vergüenza o la culpa, ya que se encuentra inserto en el sistema escolar.</p> | <p>-“ (...) cuando uno trabaja con personas tiene que preocuparse de la singularidad también, por eso es importante, por lo menos, desde el plano desde la musicoterapia y de la psicología, cuándo uno hace aproximaciones diagnósticas a los niños, entender la experiencia global del niño”. C55</p> <p>-“(…) en el plano cognitivo, un niño de 6 a 9 años está en una etapa, que Piaget llamó la etapa de operaciones concretas”. C56</p> <p>-“(…) cuando uno hace actividades tiene que saber lo que el niño es capaz de comprender, cuál es su forma de pensamiento más accesible C57 (...) en el plano socio afectivo, el niño en esta etapa, en la etapa social, ya empieza a sentir ciertas emociones más</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | nuevas como la vergüenza y la culpa, porque ya está en un sistema escolar”. C58 |
| ¿Principalmente en relación a esos dos niveles, que deberíamos tener en cuenta en el programa? | <p>-Propone generar un programa terapéutico que favorezca el aspecto socio-emocional, otorgando un espacio de contención al niño.</p> <p>-En el plano cognitivo, debe considerarse el nivel de comprensión del niño y sus capacidades.</p> <p>-Debe valorarse el nivel de desarrollo musical, el cual está muy influenciado por la familia y el colegio.</p> | <p>-“(…) uno tendría que tener una actitud terapéutica favorable a esto, porque si hay aspectos emocionales que tiene que ver con la autoestima, la autoimagen que podrían verse a la larga afectados, entonces uno tiene que ser muy cuidadoso y no estigmatizar al niño, generar un espacio de contención”. C59</p> <p>-“(…) y el otro plano, que es lo cognitivo, en el fondo saber qué es lo que el niño es capaz de comprender”. C60</p> <p>-“(…) hay ciertas etapas como del desarrollo musical, pero también depende mucho de la familia y del colegio. Sobre todo, ahora en el contexto de música que ya no es una asignatura obligatoria”. C61</p> |
| ¿Cómo vivencia un niño entre 6 a 9 años estos hitos del desarrollo? | -En esta edad, según la profesional la opinión de los adultos es relevante para el niño. En especial, la de los padres y profesores. | -“(…) a partir de lo que los adultos le dicen C62 (…) el adulto terapeuta pasa a ser un adulto importante. Pasa a ser un referente para el niño”. C63 |
| ¿Los niños de 6 a 9 años buscan la aprobación de sus padres más que un adolescente? | -En esta etapa señala, el niño internaliza las normas sociales a partir de la influencia de los padres y del colegio. | -“(…) va a través de los padres internalizando las normas sociales, pero en este momento en que entra a la etapa escolar, el colegio también asume un rol importante en esto, en la transmisión de las normas, después, ya los pares son el |

| | | |
|---|--|---|
| | | referente más directo”. C64 |
| ¿El niño es capaz de darse cuenta por sí solo de cómo se siente emocionalmente, o también se ve influenciado por lo que sus padres piensen? | <p>-La profesional explica que a los 6 años, el niño manifiesta abiertamente su estado emocional. En cambio, entre los 9 a 10 años, no tiene la capacidad de reconocer con profundidad sus emociones.</p> <p>-Es fundamental conocer el contexto familiar del niño, ya que la presencia o ausencia de estimulación influirá en las emociones del niño.</p> | <p>-“(...) un niño de 6 años está en todo ese proceso, o sea, un niño desde chico puede decirte si se siente o no se siente mal, pero es la riqueza con la que pueda describir su experiencia interna. Ahora un niño de 9-10 años todavía no tiene una capacidad profunda para describir todo lo que le pasa”. C65</p> <p>-“(...) va a depender de la estimulación que le da en ese sentido, si la familia es una familia que tiene como costumbre sentarse a conversar C66 (...) Por eso es muy importante conocer el contexto y la dinámica familiar”. C67</p> |
| ¿Qué aportes le podría entregar una terapia grupal a un niño entre 6 a 9 años con trastorno del habla? | <p>-Señala que la terapia grupal es un espacio que favorece el ámbito social, la expresividad y la flexibilidad. Por otro lado, es positivo, pues crea un grupo y no se basa en un grupo preformado.</p> <p>-Le permite al niño conectarse con su afectividad y expresividad.</p> <p>-La riqueza en formas de expresividad, permite que el terapeuta capte las diversas formas de manifestación.</p> | <p>-“(...) tiene que ver con fortalecer elementos del ámbito social, o sea, en la terapia grupal las personas van asumiendo roles que pueden ser desconocidos para ellos, porque la terapia grupal tiene la virtud de que va creando un grupo”. C68</p> <p>-“(...) es un espacio muy rico, que le muestra nuevas formas sociales y que por lo mismo, también es una nueva exploración de la parte afectiva del niño”. C69</p> <p>-“(...) la terapia grupal, donde en el fondo hay una flexibilidad y una amplitud, C70 (...) el terapeuta, entonces, es capaz de</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | | acoger diferentes formas”. C71 |
| ¿Existe alguna desventaja de la terapia grupal? | -La única desventaja de la terapia grupal, según la profesional, es cuando los niños tienen problemas de profundo arraigo emocional, ya que serán difíciles de abordar con una terapia grupal. | -“(…) cuando hay aspectos muy profundos a nivel afectivo en un niño C72 , (…) ahí la profundidad no siempre va alcanzar a llegar para abordar esos aspectos y ahí se necesita complementar con una terapia individual”. C73 |
| Se sabe que los niños que presentan diferencias psicológicas, físicas e intelectuales tienden a ser discriminados por el grupo de pares ¿Es habitual que los niños con disfemia sean segregados?, ¿Cómo le afecta al niño con disfemia ésta segregación? | -La profesional señala que de acuerdo al contexto escolar chileno, caracterizado por la competitividad académica, es muy probable que el niño con disfemia sea discriminado. -La segregación, explica, dependerá del círculo de contención que presente el niño, expresado en la figura del profesor y de la familia. Todo depende del manejo que tenga el profesor de la situación; y de la contención emocional que otorgue la familia. En general, esto será relevante tanto en la disfemia como en otros trastornos con necesidades educativas especiales. | -“(…) yo creo que al menos en el ámbito escolar chileno, que es un ámbito altamente rígido, que es un ámbito basado en la competitividad, con énfasis en la excelencia académica, yo creo que es muy probable que un niño con disfemia sea estigmatizado, sea objeto de burla”. C74 -“(…) si hay un profesor que no tiene un buen manejo de eso, al niño lo puede, digamos, llevar a serios problemas de autoestima. Ahora, si su núcleo familiar es sólido y consistente en el desarrollo emocional del niño, probablemente va tener recursos para sobrellevarlo C75 , (…) y que en el fondo no solo pasa con la disfemia, sino que pasa con el general de la necesidades educativas espaciales”. C76 |
| ¿Tiene conocimientos sobre los efectos de la música en el ser humano? Si su respuesta es afirmativa, ¿Cómo podría contribuir la música en los conflictos | -En un niño con trastornos del habla, según la psicóloga, la música será un canal de expresividad emocional y de su mundo interno. Son variadas las | -“(…) en un niño, bueno. no solo un niño, hasta un adulto, muchas veces tiene dificultad para expresar sus emociones, para decir lo que le pasa, para representar |

| | | |
|---|---|--|
| <p>emocionales de un niño con disfemia entre los 6 a los 9 años?</p> | <p>estrategias para facilitar la exteriorización emocional en el niño, por ejemplo, pedirle al niño que toque un instrumento expresando su estado emocional, o que elija un instrumento que se parezca a él, entre otros. Por otro lado, la música no solo fortalece el ámbito emocional sino que también estimula el desarrollo cognitivo.</p> <p>-Respecto a la influencia del canto en la terapia de la tartamudez, señala que favorecerá el habla a través de los aspectos suprasegmentales incorporados en el canto.</p> | <p>su mundo interno, más aún un niño que no tiene plenamente desarrollado el lenguaje, y más aún un niño que tiene dificultad en su habla, entonces la música te da otro espacio de canalización y de expresión de tu plano afectivo (...)"</p> <p>C77</p> <p>-“(...) hay mucha actividad que uno puede hacer para que el niño vaya asignando a la música, de manera inconsciente, un rol expresivo”. C78</p> <p>-“(...) hay mucha investigación que tienen que ver con cómo la música estimula todo el plano cognitivo”. C79</p> <p>-“(...) el uso del canto se ha visto que es muy útil, para trastornos específicos del lenguaje, por lo menos. C80 (...) el canto tiene en sí incorporado todos los elementos que están en el habla, un poco más exagerada, mas variaciones melódicas, de intensidad, los aspectos suprasegmentales del habla (...)"</p> <p>C81</p> |
| <p>¿Qué estrategias recomendaría utilizar frente a una posible crisis que sufre un niño entre los 6 a 9 años con disfemia en la terapia (sentimientos de vergüenza, inseguridad, rabia, entre otros)?</p> | <p>-Dentro de las estrategias de contención emocional, recomienda improvisar una música que refleje lo que le sucede al niño, lo cual puede acompañarse idealmente de un piano o una guitarra.</p> | <p>-“(...) una forma muy contenedora de abordar una crisis es improvisar una música que, de alguna forma, refleje lo que le que le puede estar pasando a ese niño. Cambiar la atmósfera emocional que hay en ese</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>-Otra actividad que propone es el baño sonoro, la cual consiste en que un niño se acuesta en el suelo mientras los demás tocan los instrumentos musicales a su alrededor promoviendo la relajación del compañero.</p> | <p>minuto y enfrentarla hacia ese niño, de manera de contenerlo”. C82</p> <p>-“(…) la canción sirve para eso, o incluso sin cantar, con una melodía contenedora C83 (...) otra cosa, por ejemplo, es posibilitar la contención con los niños, con una actividad que se llama baño sonoro”. C84</p> |
| <p>¿Si el niño no quiere colaborar, que se recomienda hacer?</p> | <p>-Recomienda el trabajo en co-terapia, donde un terapeuta se encarga de guiar la sesión, y el otro se ocupa de observar los posibles desajustes. En caso de que un niño modifique disruptivamente la sesión, o no demuestre ánimo de participar, el co-terapeuta lo llevará a otro espacio con el fin de motivarlo y ayudarlo en su expresividad. Una estrategia que señala consiste en llevarle un instrumento que sea de su agrado para que juegue con él.</p> | <p>-“(…) ahí es útil el trabajo en co-terapia, dos terapeutas que están trabajando a cargo de un grupo: un terapeuta continúa con el grupo, trabajando en algo quizás contenedor que permita que el niño pueda visualizar qué está cambiando la atmósfera del grupo, y el co-terapeuta va donde ese niño y trata de darse otro espacio, de a poco motivarlo a que se calme, a que se vuelva a integrar al grupo”. C85</p> |
| <p>¿De qué manera Ud. Visualiza la participación de los padres en la terapia?</p> | <p>-La participación de los padres, para la profesional, consiste en que estos manifiesten interés en relación al desempeño y evolución del niño en la terapia.</p> <p>-Por su parte, el terapeuta debe estar en permanente comunicación con los padres, informándose de la evolución del niño en el hogar, en el colegio, en el</p> | <p>-“(…) la actitud de los padres, si el niño ve que los padres están interesados en el tratamiento que lo encuentran útil, le pregunta: ¿cómo te fue?, etc. Para el niño va a tener más valor C86 (...) el niño lo percibe”. C87</p> <p>-“(…) en el proceso del tratamiento es importante estar en constante comunicación con los padres, es lo que te permite saber cómo evoluciona el</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>aspecto conductual y afectivo. Además, se pueden entregar técnicas de trabajo en el hogar a los padres, por ejemplo, incentivar un ambiente musical en la casa, recomendarle bailar junto a su hijo, que el niño se conecte con los elementos de la música, ayudarlo a tomar consciencia del entorno sonoro, o enseñar actividades de relajación.</p> | <p>niño en la casa, como está en lo afectivo y también en el aula, como él evoluciona y vivencia las modificaciones en su conducta C88 (...) además de que hay técnicas que los padres pueden hacer en la casa”. C89</p> |
| <p>¿Qué bibliografía nos recomendaría?</p> | <p>-Señala que una propuesta actualizada a nivel nacional, es la de la musicoterapeuta Pamela Mayer. Su libro, se enfoca en la musicoterapia en rehabilitación física infantil.</p> | <p>-“(...) hay un libro que es de Chile, de una musicoterapeuta que se llama Pamela Mayer C90 (...) hizo un libro sobre la musicoterapia en rehabilitación física infantil, y hay un capítulo que tiene que ver sobre trastornos del lenguaje (...)”. C91</p> |

De la TABLA 10, se rescatan las siguientes categorías:

- Hitos del desarrollo flexible.
- Emociones negativas en la escolarización.
- Aspectos socio-emocionales en la terapia.
- Desarrollo cognitivo en el niño.
- Desarrollo musical.
- Referentes importantes para el niño.
- Autoconciencia de las emociones.
- Influencia del entorno.
- Terapia grupal favorecedora.
- Discriminación en el contexto escolar chileno.
- Soporte emocional de parte del entorno.

- Expresión de las emociones a través de la música.
- Música como elemento favorecedor del desarrollo cognitivo.
- Canto como recurso terapéutico en el habla.
- Estrategias de expresión emocional.
- Trabajo en co-terapia.
- Compromiso de los padres con la terapia.

Las categorías señaladas expresan las sugerencias más relevantes de la entrevista realizada a la psicóloga. Entre ellas, se destaca que los hitos del desarrollo son de carácter flexible, y que existe un importante desarrollo cognitivo y musical a la edad que se plantea el programa, así como también, una influencia positiva de la música sobre el desarrollo cognitivo. A su vez, la profesional menciona acerca de las emociones negativas que se vivencian en la etapa de escolarización, tales como, la vergüenza y la culpa. Además, hace referencia a la discriminación en el contexto escolar chileno y la importancia de incluir los aspectos socio-emocionales en la terapia. Asimismo, determina la influencia del entorno y la relevancia de los referentes para los niños, ya que la presencia o ausencia de estimulación influirá en las emociones del niño; así como también, la autoconciencia de las emociones. La experta recomienda utilizar estrategias de expresión emocional, por ejemplo, usar música específica que exprese lo que el niño siente y/o la actividad denominada “baño sonoro”; al igual que trabajar la expresión de las mismas a través de la música. Además, menciona el soporte emocional de parte del entorno, el compromiso de los padres con la terapia y el trabajo en co-terapia. Finalmente, reconoce los beneficios de la terapia grupal, donde el canto es un buen recurso para trabajar el habla.

3.2 Muestra 2

A continuación, se presentan los resultados de la segunda muestra, los cuales están consignados en las tablas 11, 12 y 13. En ellas, se extraen los aspectos más relevantes

entregados por cada profesional, pertenecientes a las áreas de fonoaudiología, musicoterapia y psicología. La cuarta tabla entrega información referente al área de fonoaudiología, la quinta a la de musicoterapia y la sexta a la de psicología. Cada tabla presenta las sugerencias referentes al contenido y a la forma las áreas de apertura, ritmo, eutonía, emisión y cierre con su respectiva cita que la respalda.

TABLA 11.- Resultados de la entrevista del área de fonoaudiología.

| Fonoaudiología | | |
|----------------|--|---|
| I. Contenido | | |
| I.1 Áreas | Síntesis | Citas |
| I.1.1 Apertura | -Las actividades propuestas favorecen la integración social, la expresión del niño y logran introducir al niño a la terapia. Los recursos musicales cumplen el rol de ser un instrumento favorecedor de la comunicación. Las actividades ayudan a que el niño se vincule con la música y permiten que tome conciencia de sus emociones relacionadas con la tartamudez. | -“Sí”. (Responde afirmativamente a todos los aspectos mencionados). A1 |
| I.1.2 Ritmo | -Se debe ayudar a los niños a realizar una correcta transferencia de la disminución de la velocidad hacia el habla. -Las actividades son acordes para la edad propuesta, pero hay que tener en cuenta que las competencias son distintas en cada niño. | -“(…) tener cuidado con la parte de la transferencia hacia el habla, porque el niño no va hacer espontáneamente esa transferencia, por eso es importante que ustedes se la den (…)”. A2 -“(…) porque las competencias son distintas en cada niño (…) A3 Por la edad encuentro que están bien”. A4 |

| | | |
|---------------|---|--|
| | <p>-Las actividades de ritmo cumplen con el objetivo planteado, favorecen la integración social y la expresión del niño. Además, permiten que este se vincule con la música. Por último, los instrumentos musicales son facilitadores de la comunicación.</p> | <p>-Sí, (Responde afirmativamente al resto de las preguntas de éste contenido). A5</p> |
| I.1.3 Eutonía | <p>-Se debe mejorar la transición desde la eutonía, pasando por el ritmo, hasta llegar al habla como tal.</p> <p>-Se propone trabajar la eutonía de las estructuras que participan en el habla.</p> | <p>-“Me causó cuidado, es la parte de la transición desde la parte de donde partían el tema de la eutonía, el ritmo hasta el habla propiamente tal, creo que falta lograrla mejor (...)”. A6</p> <p>-“(...) hay que trabajar específicamente la tensión de las estructuras que participan en el habla, porque esa tensión impide la fluidez por ejemplo, primero el niño tiene que saber cómo habla, muevo los labios muevo la lengua (...)”. A7</p> <p>-“(...)Hay una adaptación para niño de esta relajación segmentaria, que para la parte de cara propiamente tal imaginar que tienen una mosca en la cara y la tienen que sacar, imaginar que tiene un chicle grande y el niño tenga que mascar (...)”. A8</p> |

| | | |
|---------------|---|--|
| | <p>-Especificar el objetivo en esta área, que el objetivo sea realista.</p> <p>-Las actividades favorecen la conciencia de la respiración y ayudan a tomar conciencia del esquema corporal, son de carácter lúdico y la música favorece la relajación del niño.</p> | <p>-“Sesión 2 que el grupo logre eutonía corporal, ese objetivo ¿Se puede lograr? ¿Puede lograr realmente eutonía corporal? O más bien va a hacer mejorar estimular, promover, porque creo que ese objetivo es muy ambicioso.” A9</p> <p>-“Sí”. (Responde afirmativamente al resto de las preguntas de éste contenido). A10</p> |
| I.1.4 Emisión | <p>-Se debe cambiar el objetivo enfocado a los patrones suprasegmentales del habla por objetivos dirigidos a mejorar la fluidez, ya que en la terapia de la tartamudez ese es el objetivo principal.</p> <p>-Especificar los objetivos enfocados a los bloqueos.</p> <p>-No se logran transferir los conceptos de las actividades de ritmo a emisión.</p> | <p>-“(…) plantearon los patrones suprasegmentales del habla como objetivos en la parte del habla y no la fluidez, cuando en una terapia de tartamudez mi principal objetivo es mejorar la fluidez (…)”. A11</p> <p>-“Me pareció que los objetivos de disminuir los bloqueos es muy general, encuentro que tiene que ser más específico, como lograr una entonación, porque de qué manera quiero lograr ese objetivo es muy general.” A12</p> <p>-“(…) no se logran transferir los conceptos con las actividades planteadas. Por ejemplo, ¿El ritmo como lo transfirieron a la emisión?</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>-Cambiar las actividades de habla sobrearticulada, ya que muchas veces la tensión aumenta. Cambiarla por actividades de habla fácil, sin tensión, y difícil, con diferentes niveles de tensión.</p> <p>-Cuidar la naturalidad y la funcionalidad del habla en cada ejercicio. Esto se logra</p> | <p>(...)”. A13</p> <p>-“(...) con habla sobrearticulada la tensión aumenta, entonces mejor, cambiar esa actividad, se usa enseñarle un habla con tensión para que él note la diferencia y otra (...) A14 con mucha tensión y después, se traspasa al habla blanda, sin tensión (...) A15 podrían incorporar una actividad que tenga que ver con emisiones con distintos niveles de tensión.” A16</p> <p>-“En el niño note que es mucha más fluida su habla si la dice con menor tensión es experimentándolo y con esta manera tan lúdica y con música estaría súper bien lograda.” A17</p> <p>-“(...) vayan asociando estos conceptos de habla fácil y habla difícil, que es algo que resulta hartito con los niños y que se retroalimenten ellos.” A18</p> <p>-“Eso sí, eso deben cuidarlo mucho siempre ir paralelo al habla natural y funcional.” A19</p> <p>-“(...) la reducción de la velocidad, por ejemplo yo ahora hablo más lento y se</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--------------|--|---|
| | <p>en actividades donde se disminuye la velocidad del habla.</p> <p>-Las actividades de emisión favorecen la integración social, la expresión del niño y la comunicación no verbal. Además, permiten que el niño se vincule con la música. Los instrumentos musicales son facilitadores de la comunicación y el orden de complejidad de las actividades es acorde a las competencias del menor.</p> | <p>escucha natural de todas maneras.” A20</p> <p>-“Sí”. (Responde afirmativamente al resto de las preguntas de éste contenido). A21</p> |
| I.1.5 Cierre | <p>-Se debe incorporar mayor reflexión sobre el habla del menor, de su fluidez.</p> <p>-En las actividades de cierre el objetivo planteado es coherente con la actividad planteada, las actividades propuestas favorecen la integración social, y favorecen la expresión del niño. Además los recursos musicales cumplen el rol de ser un instrumento favorecedor de la comunicación y ayuda a que el niño se vincule con la música. Las actividades favorecen que el niño pueda expresar sus emociones y permiten que tome conciencia de estas.</p> | <p>-“(...) quizás también podrían incorporar cómo ve el niño su habla propiamente tal, su fluidez. (...) A22 entonces en esa parte se puede incorporar, notaste que hablaste más fácil ¿cuándo hablaste más fácil? ¿Cuándo más difícil? (...)” A23</p> <p>-“Sí”. (Responde afirmativamente al resto de las preguntas de éste contenido). A24</p> |

| II. Forma | | |
|-------------------|--|---|
| II.1 Presentación | <p>-El programa presenta una redacción clara y pertinente, las instrucciones están redactadas de forma clara, el léxico utilizado es pertinente y la estructura logra explicar de manera resumida el programa.</p> <p>-El trabajo cumple con las correctas normas gramaticales del español.</p> | <p>-“Sí”. (Responde afirmativamente a todos los aspectos mencionados). A25</p> <p>-“Sí”. (Responde afirmativamente a todos los aspectos mencionados). A26</p> |
| II.2 Descripción | <p>-La acción y redacción de la descripción de cada sesión se explica de forma clara y pertinente, excepto en la sesión siete, en la actividad de emisión. Los materiales propuestos son suficientes para realizar las actividades de manera óptima y las instrucciones para el terapeuta son claras y presentan un lenguaje sencillo.</p> | <p>-“Sí”. (Responde afirmativamente a todos los aspectos mencionados, Excepto un pequeño alcance de la sesión 7). A27</p> |

De la TABLA 11, se rescatan las siguientes categorías:

- Mejorar la transferencia de contenidos.
- Mejorar transición desde la eutonía al habla.
- Eutonía de órganos fono-articuladores.
- Objetivo más realista en actividad de eutonía.
- Objetivo dirigido a la fluidez del habla, en actividad de emisión.
- Especificar objetivos enfocados a los bloqueos del habla.
- Mejorar la transferencia de conceptos.
- Actividades de habla fácil y difícil.
- Naturalidad y funcionalidad del habla.

-Mejorar la descripción de la actividad de emisión.

Las categorías señaladas expresan las sugerencias más relevantes de la entrevista realizada a la fonoaudióloga. Entre ellas destaca mejorar la transferencia de los contenidos de las actividades al habla natural, y enfocar los ejercicios de eutonía a los órganos fonarticulatorios que intervienen en el habla. Además, se recomienda modificar el objetivo específico de eutonía, con el fin de que sea logrado a mediano plazo, así como también el de emisión, el cual recomienda dirigirlo a la fluidez del habla. La profesional, menciona que también se debe cuidar la naturalidad y funcionalidad del habla. Asimismo, propone especificar los objetivos enfocados a los bloqueos del habla y mejorar la transferencia de conceptos entre las actividades de ritmo y emisión. En cuanto a la forma, señala que es necesario mejorar la descripción de la actividad de la sesión número siete. Finalmente, la fonoaudióloga propone realizar actividades de habla fácil y difícil para que el niño tome consciencia y mejore la fluidez de su habla.

TABLA 12.- Resultados de la entrevista del área de musicoterapia.

| Musicoterapia | | |
|----------------|---|--|
| I. Contenido | | |
| I.1 Áreas | Síntesis | Citas |
| I.1.1 Apertura | -Se podrían incorporar elementos del psicoanálisis, en donde se le permita a los niños expresar su emocionalidad cuando llegan a la sesión. | -“(...) es como un tema psicoanalítico, hay ciertos elementos que son referenciales. El cuento de partir con saludos me parece súper bien, pero yo habría hecho más explícita una actividad como de saber cómo vieron esto, pensando que son niños que están expuestos al bullying, en el fondo están mucho más sensibilizados que cualquier cambio en su actividad (...)”. A28 |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>-En general, las actividades favorecen la integración social, no obstante, se podría crear un espacio controlado donde el grupo comparta emociones.</p> <p>-Las actividades favorecen la expresividad de los niños, pero se contextualiza demasiado.</p> <p>-Los recursos musicales cumplen el rol de ser un instrumento favorecedor de la comunicación.</p> <p>-Las actividades de apertura introducen al niño a la actividad, pero no necesariamente a la terapia.</p> <p>-Hace falta que los niños verbalicen e identifiquen lo que están sintiendo, para luego poder manejar sus emociones.</p> | <p>-“(...) quizás haber abierto un espacio súper controlado, súper contenido donde pudieran haber expresado emociones durante la terapia, podría haber afianzado al grupo de haber compartido las penas, las alegrías que ellos tenían (...)”. A29</p> <p>-“(...) yo creo que sí, pero lo tienden a contextualizar mucho...creo que es bueno (...)”. A30</p> <p>-“claro que sí. No hay lugar a discusión”. A31</p> <p>-“(...) es que introducirlo la actividad per se si, ahora introducirlo a la terapia con lo que tiene que hacer no sé si tanto. Pensando que a lo mejor estos niños ya están expuestos a otras instancias donde también hay una apertura (...)”. A32</p> <p>-“(...) una cosa es que se conecten con las emociones, y otra cosa es que le pongan palabras a lo que está pasando y traten de identificar qué: yo puedo estar angustiado pero sin decir que estoy</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---------------|---|--|
| | | angustiado; estoy triste, no sé qué hacer. Sí, yo creo que los vincula, pero creo que falta un paso más que es que los ayude a manejarlas (...). A33 |
| I.1.2 Ritmo | <p>-Las actividades de eutonía deberían incluirse en las de ritmo.</p> <p>-La actividad del conejo y la tortuga ayuda a tomar conciencia de la velocidad del habla, pero se debe especificar la edad.</p> | <p>-“(...) yo siento cuando uno separa mucho las cosas, yo entiendo que es por un tema de orden, a mí no me quedo claro, no me acuerdo bien, lo que me acuerdo es que cuando ustedes separaban las actividades de ritmo con las actividades de eutonía, daban momento de yoga, en general, cuando hoy en día tú ves todas esas actividades de ritmo, parten con actividades de eutonía (...). A34</p> <p>-“(...) había una de un conejo y una tortuga, que creo que era súper sí como clarita... Eh, sí. Yo diría que en general sí. Ahora, yo eso sí creo que dependiendo si quieren plantearlo como programa formal. Yo creo que hay que especificar bien la edad, un niño más bien escolar en primeras etapas les va a funcionar súper bien pero, en niños más grandes yo siento que puedes hacer el trabajo más directo (...). A35</p> |
| I.1.3 Eutonía | -Las actividades de eutonía favorecen la relajación global del niño, pero se recomienda incluir relajación segmentaria. | -“(...) cuando te hablan de los trastornos de la voz te hablan de relajación completa, pero cuando tu vez tartamudez ves una |

| | | |
|---------------|---|---|
| | <p>-Las actividades de eutonía deberían ser previas a las de ritmo y de emisión.</p> <p>-Las actividades son lúdicas según quién las aplique.</p> <p>-La utilización de la música favorece el estado de relajación.</p> | <p>relajación segmentaria, pero resulta que en musicoterapia se habla, en general, de relajación global, no se habla de segmentaria, pero ahí está el tema, que en tartamudez se te abre la relajación segmentaria, y esta es más global (...). A36</p> <p>“(...) habría partido con eutonía, habría seguido con ritmo y después con emisión. Pero yo creo que el ritmo parte de ahí, incluso tú partes en musicoterapia con las vivencias de los ritmos biológicos (...). A37</p> <p>“(...) yo siento que en general, que algo sea lúdico o no lúdico, depende más de quien esté haciendo la actividad, que en la actividad en sí. Depende mucho del que la aplica (...). A38</p> <p>“(...) en general, una de las cosas que uno más observa, es que los niños después de una sesión de musicoterapia salen relajados (...). A39</p> |
| I.1.4 Emisión | -El repertorio musical depende de cada niño por lo que se recomienda mayor flexibilidad. | -“(...) uno puede tener muchas preconcepciones respecto a la música que le gusta a un niño, otra cosa es lo que el niño trae de la casa. Me parece súper bien el repertorio, yo creo que podría hacerlo un |

| | | |
|---------------------|---|---|
| | <p>-El orden de complejidad de las actividades depende de cada niño.</p> | <p>poquitito más flexible, de permitir al niño construir las canciones, la manera más fácil es que agarras la línea melódica de una canción y le dices al niño primero que invente la letra (...)" A40</p> <p>-“(...) esa es una pregunta súper compleja de responder, porque depende del niño (...)” A41</p> |
| <p>I.1.5 Cierre</p> | <p>-En el cierre de la sesión se podría realizar un rapport. Se recomienda cuantificar cómo se sintió el niño durante la sesión.</p> <p>-Sería favorecedor reforzar las actividades donde los niños expresan sus emociones, a través de preguntas directas.</p> | <p>-“(...) podrían hacer un rapport, recuerdo que ustedes plantean el tema de que el niño cuente como había estado y como se sintió. Incluso, los niños podrían ponerle nota, como lo pasaste, le pones caritas súper bien, más o menos, o mal, incluso en cada actividad tú podrías hacer un seguimiento individual en qué situaciones le cuesta más al niño (...)” A42</p> <p>“(...) se podría reforzar ese tema, por lo mismo, por ejemplo, siempre es bueno, a mí me llamó la atención, yo no lo he hecho los últimos meses, error mío, empecé haciendo actos de taichi hace un tiempo atrás, y una cosa que me llamaba la atención era que mi instructor partía igual que en musicoterapia, decía: ¿Con qué llego usted? y ¿Cómo se va?, ¿Qué se lleva? (...)” A43</p> |

| II. Forma | | |
|-------------------|--|---|
| II.1 Presentación | <p>-En general las instrucciones están planteadas de manera clara; no obstante, se sugiere incorporar a las actividades ejemplos o alternativas.</p> <p>-El léxico utilizado es pertinente y la estructura logra explicar de manera resumida el programa.</p> | <p>-“(...) En general sí, pero yo especificaría o daría ejemplos. O poner alternativas, porque siempre ocurre que al sujeto... que hubo taimado, que hubo uno que llego triste, que hay dos que pelean (...)”. A44</p> <p>-“Sí”. (Responde afirmativamente a todos los aspectos mencionados). A45</p> |
| II.2 Descripción | <p>-La acción y redacción de la descripción de cada sesión se explica de forma clara y pertinente, los materiales propuestos son suficientes para realizar las actividades de manera óptima y las instrucciones para el terapeuta son claras y presentan un lenguaje sencillo.</p> | <p>-“Sí”. (Responde afirmativamente a todos los aspectos mencionados). A46</p> |

De la TABLA 12, se rescatan las siguientes categorías:

- Espacio controlado para expresar emociones.
- Especificar edad de actividades.
- Mayor flexibilidad en el repertorio musical.
- Cuantificar cómo se sintió el niño durante la sesión.

Las categorías señaladas expresan las sugerencias más relevantes de la entrevista realizada al musicoterapeuta. Entre ellas destaca generar un espacio controlado para que el niño exprese sus emociones, las cuales recomienda que se logren a través de la verbalización. El profesional sugiere especificar la edad a la cual están dirigidas las actividades. Además, recomienda aumentar la flexibilidad en relación al repertorio musical, y cuantificar cómo se sintió en la terapia.

TABLA 13.- Resultados de la entrevista del área de psicología.

| Psicología | | |
|----------------|--|---|
| I. Contenido | | |
| I.1 Áreas | Síntesis | Citas |
| I.1.1 Apertura | <p>-Las actividades favorecen la interacción social porque implican un bajo nivel de estrés, lo que hace que los niños se sientan relajados y dispuestos a relacionarse con otros.</p> <p>-Los instrumentos musicales pueden favorecer la comunicación porque el niño podrá expresarse de otra forma que no sea únicamente a través del habla.</p> <p>-Pareciera que no se aborda la conciencia del problema de la tartamudez directamente.</p> <p>-Para la edad que está dirigido el taller es fundamental abordar la emocionalidad de forma directa puesto que ya hay conciencia del problema.</p> | <p>-“(...) una de las fortalezas que tiene el taller es que las actividades propuestas implican un bajo nivel de estrés, entonces eso a mí me hace pensar que posibilitaría mucho más un estado de mayor distención, de relajación para los niños que le ayudara a poder relacionarse mejor con unos otros (...)”. A47</p> <p>-“(...) siempre que usamos como algún elemento que sea de interés para el niño, que no sea solamente centrado en el hablar, sobre todo para los niños con tartamudez, va a ser favorecedor de la comunicación (...)”. A48</p> <p>-“(...) me da la impresión que principalmente no logran focalizarse sobre la conciencia (...)”. A49</p> <p>-“(...) después de los 6 años que es la edad que ustedes más o menos plantean, la conciencia del problema es cada vez mayor (...)”. A50</p> |

| | | |
|-------------|---|--|
| | <p>-Se debiera abordar la conciencia del problema, puesto que a la edad de entre 7 u 8 años ya existe una historia emocional de fondo ligada a la tartamudez.</p> <p>-Habría que dirigir la actividad, pues es necesario que el niño entienda por qué y para qué está en el taller.</p> | <p>-“(...) un niño de 10 años que venga con tartamudez va a venir con un historial de frustración y esa es la sensación con la que yo me quedo, qué pasa con toda esa emocionalidad que es real (...)”. A51</p> <p>-“(...) creo que también ustedes debieran hacerse cargo de eso que pasa afuera y no actuar tan como isla. Poner el tema en la mesa (...)”. A52</p> <p>-“(...) con niños más grandes sería importante abordar la conciencia del problema, porque es algo que lo más probable, sobre todo después de los 7, 8 años, ya lo trae”. A53</p> <p>-“(...) él tiene derecho a saber que esta intervención apunta para algún lado”. A54</p> |
| I.1.2 Ritmo | <p>-Las actividades de ritmo cumplen con el objetivo planteado, favorecen la integración social y la expresión del niño, ayudan a tomar conciencia de la velocidad de habla, así como también, a disminuirla. Además, permiten que el niño se vincule con la música. Los instrumentos musicales son facilitadores de la comunicación y el orden de complejidad de las</p> | <p>-“A mi parecer sí, pero ustedes tienen mucho más conocimiento que yo con eso”. (Responde afirmativamente a todas las preguntas de éste contenido). A55</p> |

| | | |
|---------------|---|---|
| | actividades es acorde a las competencias del menor. | |
| I.1.3 Eutonía | -Las actividades de eutonía concuerdan con objetivo planteado, favorecen la eutonía general del niño, cumplen con ser una transición entre las actividades de ritmo y emisión, favorecen la conciencia de la respiración y ayudan a tomar conciencia del esquema corporal, son de carácter lúdico y la música favorece la relajación del niño. | -“Sí”. (Responde afirmativamente a todas las preguntas de éste contenido). A56 |
| I.1.4 Emisión | -Las actividades de emisión cumplen con el objetivo planteado, favorecen la integración social, la expresión del niño, la comunicación no verbal y el trabajo de patrones suprasegmentales. Además, permiten que el niño se vincule con la música. Los instrumentos musicales son facilitadores de la comunicación y el orden de complejidad de las actividades es acorde a las competencias del menor. | -“Sí”. (Responde afirmativamente a todas las preguntas de éste contenido). A57 |
| I.1.5 Cierre | -El objetivo es coherente con la actividad planteada pero también sería bueno que al finalizar, el niño mencionara qué aprendió de la sesión. -El uso de las caritas es muy bueno, ya que facilita la expresión de emociones. | -“(…) También pedir al final que cada uno diga que aprendió en la sesión para que el mismo logre resumir y agarrarse de eso”. A58 -“(…) es bueno el recurso de la carita que esté externo porque de repente los niños no tienen tantas palabras como para definir sus propias emociones |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>-Sería favorecedor el hecho de que el niño pudiera crear sus propias caritas para tenerlas en su repertorio. Para ello, al menos en las primeras sesiones, las terapeutas debieran modelar, expresando sus propias emociones.</p> <p>-Las actividades de cierre favorecen la integración social, la expresión general del niño y de sus emociones. Los instrumentos musicales favorecen la comunicación, las actividades logran dar un cierre a la sesión y permiten que el niño se vincule con la música, además de que logre tomar conciencia de su desempeño en la sesión.</p> <p>-El lenguaje es un recurso fundamental para que el niño logre expresar sus emociones.</p> | <p>(...)”. A59</p> <p>-“(...) también sería súper rico que él pudiera crear su propia carita en algún minuto y tenerla en su repertorio (...)”. A60</p> <p>-“(...) en algunas ocasiones, sobre todo al principio, partir ustedes modelando, cómo se sienten ustedes o ustedes creando una carita para que el resto entienda más menos cómo funciona la dinámica”. A61</p> <p>-“Sí”. (Responde afirmativamente a todos los aspectos mencionados). A62</p> <p>-“(...) para poder manejar las emociones es súper importante que haya un adulto que les enseñe al menos a nombrar una diversidad de ellos y que les enseñe a identificarlas con palabras porque es principalmente a través del lenguaje como uno puede expresar y comunicarse de una forma más fácil con el</p> |
|--|---|---|

| | | |
|-------------------|--|---|
| | | otro (...)" A63 |
| II. Forma | | |
| II.1 Presentación | <p>-El programa presenta una redacción clara y pertinente, las instrucciones están redactadas de forma clara, el léxico utilizado es pertinente y la estructura logra explicar de manera resumida el programa.</p> <p>-El trabajo cumple con las correctas normas gramaticales del español, pero hubo un pequeño error en la actividad 2 de la sesión 7.</p> | <p>-“Sí”. (Responde afirmativamente a todos los aspectos mencionados). A64</p> <p>-“Sí, solamente que parece que tuvieron un error de tipeo por ahí, sesión 7 actividad 2”. A65</p> |
| II.2 Descripción | -La acción y redacción de la descripción de cada sesión se explica de forma clara y pertinente, los materiales propuestos son suficientes para realizar las actividades de manera óptima y las instrucciones para el terapeuta son claras y presentan un lenguaje sencillo. | -“Sí”. (Responde afirmativamente a todos los aspectos mencionados). A66 |
| Observaciones | <p>-A pesar de que existen sesiones con los padres, hace falta una actividad en la que se trabaje la psico-educación, no solo con los niños sino con los padres, para que éstos entiendan las dificultades de su hijo.</p> <p>-La familia es el entorno más cercano donde se desenvuelve el niño, por lo que es necesario abordarlo.</p> | <p>-“(...) los contenidos principales no iban en la línea a la psico-educación con los papás para que los papás también pudieran tener cierta noción de lo que le está pasando al niño de entender (...).” A67</p> <p>-“(...) los papás son el entorno principal para los niños, el más cercano, con los que pasan más tiempo, entonces lo que pasa en la casa es fundamental (...).” A68</p> |

De la TABLA 13, se rescatan las siguientes categorías:

- Actividades con bajo nivel de estrés.
- Instrumentos musicales como herramienta alternativa de expresión.
- Conciencia del problema ausente.
- Actividades directas.
- Historia emocional.
- Sintetizar aprendizajes de la sesión.
- Uso de caritas como favorecedores de la expresión emocional.
- Crear propias caritas.
- Modelar actividad de las caritas.
- Lenguaje como recurso principal para expresión emocional.
- Psico-educación para padres.
- Familia como entorno más cercano.

Las categorías señaladas expresan las sugerencias más relevantes de la entrevista realizada a la psicóloga. Entre ellas destaca el bajo nivel de estrés de las actividades, el uso de instrumentos como herramienta alternativa de expresión y la utilización de caritas como favorecedor de la expresión emocional. La profesional menciona que la conciencia del problema se encuentra ausente, por lo que sugiere abordar la emocionalidad de forma directa, mediante actividades dirigidas, puesto que ya existe una historia emocional de base. Además, recomienda que los niños sinteticen lo que aprendieron en la sesión, que creen sus propias caritas y que el terapeuta a cargo modele dicha actividad. Finalmente, la psicóloga propone la utilización del lenguaje como recurso fundamental para la expresión de emociones y la psico-educación a los padres, puesto que la familia es el entorno más cercano del niño.

3.3 Muestra 3

A continuación, se presentan los resultados de la tercera muestra, los cuales están sintetizados en la tabla 14, 15 y 16. En la primera, se extraen los aspectos más relevantes observados por la terapeuta y co-terapeuta en relación a cada área del programa con su cita y síntesis correspondiente. En la segunda, se especifica la autovaloración de las terapeutas respecto a las áreas del programa con la síntesis y cita que la respalda. En la tercera, se encuentran las sugerencias a considerar en el rediseño del programa con sus respectivas síntesis y citas.

TABLA 14.- Resultados de las observaciones de las terapeutas.

| Áreas | Síntesis | Cita |
|----------|--|---|
| Apertura | <p>-El amplio rango de edad establecido desde un inicio no favorece los intereses específicos de cada uno de los niños.</p> <p>-Las actividades requieren de mayor tiempo para su correcta ejecución.</p> <p>-El niño no se identifica con el personaje ni con la temática del cuento, ya que, no se siente distinto ni discriminado por sus pares.</p> <p>-El niño relata una historia por su propia voluntad, sin que se le pregunte.</p> <p>-La terapeuta debe ayudar constantemente en la reflexión de los cuentos, para que se cumplan los objetivos.</p> | <p>-“(...) al extenso rango de edad que plantea el programa, donde no se logró coordinar los intereses entre cada uno de los niños.” B1</p> <p>-“Se logra el objetivo planteado y la actividad se extiende más allá del tiempo estipulado.” B2</p> <p>-“El cuento no tiene mayor relevancia en él, ya que confiesa no sentirse distinto ni tener problemas con sus pares y con su entorno.” B3</p> <p>-“(...) el niño narra por iniciativa propia un acontecimiento previo a la llegada a la sesión.” B4</p> <p>-“Necesita de la constante ayuda de la terapeuta para reflexionar respecto a la temática del cuento.” B5</p> |

| | | |
|---------|--|---|
| Ritmo | <p>-Se requiere de la intervención del co-terapeuta para enseñar bailes.</p> <p>-Las actividades se demoran menos de lo previsto.</p> | <p>-“Requiere de la participación de la co-terapeuta en la enseñanza de la canción y el baile.” B6</p> <p>-“Por último, la duración de la actividad es menor a lo presupuestado en un inicio (...)” B7</p> |
| Eutonía | <p>-Hay diferencias entre el niño de personalidad pasiva y el de personalidad activa. El primero, logra de mejor manera la ejecución de los ejercicios, a diferencia del segundo.</p> <p>-El niño se siente relajado y satisfecho durante y después de la ejecución de las actividades.</p> <p>-Durante las actividades de yoga, logra concentrarse y, además, demuestra compromiso y esfuerzo.</p> <p>-Se permite que el niño se exprese libremente y de forma espontánea.</p> <p>-Los ejercicios de yoga en pareja, favorecen la comunicación no-verbal.</p> | <p>-“El niño con temperamento pasivo ejecuta todos los ejercicios propuestos, en cambio, el niño con temperamento activo se niega a participar de la actividad.” B8</p> <p>-“(...) satisfacción durante la actividad y luego declara sentirse relajado.” B9</p> <p>-“Destaca la concentración y atención por parte del integrante en cada ejercicio de yoga. Se muestra comprometido y se esfuerza durante la actividad (...)”. B10</p> <p>-“Se da espacio a la libre expresión y espontaneidad en la ejecución de los movimientos.” B11</p> <p>-“(...) los ejercicios de yoga en parejas favorecen indirectamente la comunicación no verbal.” B12</p> |
| Emisión | <p>-En la actividad de pulso se da espacio para la improvisación.</p> <p>-El habla fácil es considerada como la forma</p> | <p>-“(...) se da una instancia de improvisación donde cada niño acompaña la actividad de pulso (...)”. B13</p> <p>-“En la instancia de reflexión, consideran el habla fácil como la</p> |

| | | |
|--------|--|--|
| | <p>de comunicación más óptima e inteligible.</p> <p>-Se recuerda utilizar la estrategia de habla fácil, cada vez que se observa dificultad y muchos bloqueos al hablar.</p> <p>Se siente a gusto al terminar las actividades.</p> | <p>forma de comunicación más óptima e inteligible.” B14</p> <p>-“Se observan muchos bloqueos en el habla al niño, por lo que se le recuerda utilizar la estrategia de habla enlentecida.” B15</p> <p>“Al término de la actividad, declara haberse sentido a gusto con la actividad.” B16</p> |
| Cierre | <p>-Mantiene el contacto ocular con la co-terapeuta, manifestando confianza y seguridad.</p> <p>-El niño y su madre logran expresarse a través del dibujo, al igual que de forma oral.</p> <p>-La cuidadora y el niño muestran satisfacción con lo realizado en el programa.</p> | <p>-“(…) mantiene constantemente el contacto ocular con la co-terapeuta, demostrando seguridad y confianza en la ejecución de cada uno de los movimientos (…).” B17</p> <p>-“(…) madre e hijo se expresan libremente través del dibujo y la oralidad.” B18</p> <p>-“(…) la madre y su hijo muestran plena satisfacción con el desempeño a lo largo del programa”. B19</p> |

TABLA 15.- Valoración de las áreas del programa por parte de las terapeutas.

| Área | Síntesis | Cita |
|----------|--|--|
| Apertura | <p>-Las terapeutas se sintieron a gusto realizando las actividades de apertura.</p> <p>-Las actividades de mayor agrado, según las terapeutas, fueron: la “Fiesta de</p> | <p>-“Nos sentimos muy a gusto realizando las actividades de apertura (…).” B20</p> <p>-“(…) Las actividades que más nos gustaron fue la fiesta de colores y los</p> |

| | | |
|---------|---|---|
| | <p>Colores” y los cuentos, junto con sus respectivas reflexiones.</p> <p>-Para las terapeutas, la actividad de menor agrado fue: la actividad de toma de consciencia y reproducción del entorno sonoro.</p> <p>-Ellas declaran no haberse sentido incómodas durante la aplicación de las actividades de apertura.</p> | <p>cuentos, además de las reflexiones (...). B21</p> <p>-“(...) La actividad que menos nos gustó fue la de la toma de consciencia y reproducción del entorno sonoro (...). B22</p> <p>-“(...) En general, nos sentimos súper cómodas aplicando las actividades de apertura” B23</p> |
| Ritmo | <p>-Las actividades de mayor agrado para las terapeutas fueron: identificación del sonido con un instrumento, el Reloj tic-tac y la danza circular con velocidades.</p> <p>-Las actividades de mayor incomodidad para las terapeutas fueron: el juego de pulsos y seguir el ritmo con el cuerpo. Esta última se tornó dificultosa, debido a la complejidad en el aprendizaje de los ritmos.</p> | <p>-“Las actividades de ritmo que más nos gustaron fueron la identificación de un sonido con un instrumento, el Reloj tic-tac, y la danza circular con velocidades (...). B24</p> <p>-“(...) Las actividades que nos incomodaron al momento de aplicarlas fue el juego de pulsos y seguir el ritmo con el cuerpo, porque en el caso de esta última fue difícil porque costó un poco aprenderse los ritmos”. B25</p> |
| Eutonía | <p>-Las terapeutas se sintieron a gusto realizando las actividades de eutonía. En efecto, todas fueron gratificantes, tanto para el terapeuta como para el niño.</p> | <p>-“Nos encantó hacer las actividades de eutonía, de hecho todas eran relajantes y buenas, y no solo para nosotras sino que también para el niño (...). B26</p> <p>-“(...) Las actividades que</p> |

| | | |
|---------|--|---|
| | <p>-Las actividades de mayor agrado para ellas fueron: yoga, baño sonoro y el masaje grupal.</p> <p>-Las terapeutas destacan la importancia de esta área en el programa terapéutico y la adecuada distribución dentro de la planificación de las sesiones. Así como la coherente distribución de las demás áreas durante todo el programa.</p> | <p>más nos gustaron fueron el yoga, el baño sonoro y el masaje grupal”. B27</p> <p>-“(...) sentimos que esta área fue un aporte súper importante del programa, además que estuvo súper acorde la distribución de las actividades en las sesiones, igual como pasó con el resto de las áreas (...)”. B28</p> |
| Emisión | <p>- Según las terapeutas, las actividades de mayor agrado fueron: Role-playing de situaciones de la vida cotidiana, cuento melódico y festival de la canción Huepil.</p> <p>-En general, las terapeutas declaran no haberse sentido incómodas durante la aplicación de las actividades de emisión.</p> <p>-Ellas, destacan las actividades de role-playing y festival de la canción Huepil, como instancias de creación y generalización de los contenidos abordados.</p> | <p>-“Las actividades que más nos gustaron en el área de emisión fue el role-playing de situaciones de la vida cotidiana, el cuento melódico y el festival de la canción Huepil (...)”. B29</p> <p>-“(...) La verdad es que en esta área no hubo ninguna incomodidad al aplicar las actividades (...)”. B30</p> <p>-“(...) creemos que las actividades de emisión, en especial la de role-playing y el festival de la canción Huepil fueron buenos momentos de generalización, y lo bueno es que también se abrió un espacio para la creación”. B31</p> |
| Cierre | <p>-Para las terapeutas, las actividades de mayor agrado fueron: juego del espejo, dibujo familiar y cuadro</p> | <p>-“Las actividades que más nos gustaron en esta área fueron el juego del espejo, el dibujo familiar y el cuadro</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>Huepil.</p> <p>-En general, ellas declaran no haberse sentido incómodas durante la aplicación de las actividades de cierre.</p> <p>- Las terapeutas destacan el espacio de expresión emocional en esta área.</p> | <p>Huepil (...)" B32</p> <p>-“(...) No tuvimos incomodidad al aplicar las actividades de cierre, de hecho nos gustaron mucho porque se dio un espacio para que el niño se expresara.” B33</p> |
|--|---|---|

De las TABLAS 14 y 15, se destacan las siguientes categorías:

- Rango de edad.
- Duración de actividades.
- Identificación con el cuento.
- Reflexión de sentimientos.
- Sentimiento de satisfacción.
- Toma de iniciativa en el discurso.
- Intervención de la co-terapeuta.
- Expresión libre y espontánea.
- Espacio de improvisación.
- Habla fácil.
- Contacto ocular.
- Expresión gráfica.
- Participación del cuidador.
- Distribución de las áreas.

Las categorías señaladas expresan las sugerencias más relevantes de las observaciones realizadas por las investigadoras durante la aplicación de las doce sesiones del programa.

Entre ellas, destaca disminuir el rango de edad, debido a las diferencias conductuales, cognitivas y emocionales entre niños de 6 a 10 años. Asimismo, se sugiere distribuir mejor los tiempos de duración de las actividades de apertura y ritmo, aumentando y disminuyendo el tiempo, respectivamente. En cuanto a los cuentos, el niño no se pudo identificar con estos, debido a que no presentaba dificultades en el ámbito social. A la vez, en la reflexión de estos mismos requirió de ayuda constante de parte de la investigadora, con el fin de interiorizar las temáticas tratadas.

Las investigadoras observan en el niño sentimientos de satisfacción, toma de iniciativa en su discurso e incremento en el tiempo de mantención del contacto ocular, reflejado en la actividad del juego del espejo. También, el cuidador comparte el sentimiento de satisfacción en las sesiones en que es participe. Por otro lado, se destaca la intervención de la co-terapeuta en gran parte de las actividades, trabajando de manera complementaria con la terapeuta. A lo largo de todas las sesiones, se dio espacio a la improvisación y se permitió que el paciente se expresara libre y espontáneamente. En cuanto a la estrategia de habla fácil, está fue acogida como la forma de comunicación óptima y cómoda para el niño. Además, se enfatiza la importancia de los recursos gráficos como medios de expresión de emociones. Por último, las investigadoras destacan la coherente distribución de la totalidad de las áreas en el programa.

TABLA 16.- Sugerencias para el rediseño del programa.

| Áreas | Síntesis | Citas |
|----------|---|---|
| Apertura | -Aumentar la cantidad de tiempo a la actividad de toma de conciencia y reproducción del entorno sonoro de la sesión 3. | -“(...) aumentar la cantidad de tiempo, con el fin de abarcar adecuadamente la totalidad de las actividades en esta área”. B34 |
| | -Utilizar instrumentos musicales de apoyo en la actividad de toma de conciencia y reproducción del entorno sonoro de la sesión 5. | -“(...) realizar con el apoyo de instrumentos musicales, con el fin de agregar una complejización (...)”. B35 |

| | | |
|-------|--|--|
| | <p>-En las instrucciones de la descripción de la actividad Sigue y para de la sesión 7, debe hacerse hincapié en la exploración de los recursos musicales y la utilización del espacio.</p> <p>-Disminuir la duración de la presentación del instrumento musical de la sesión 11.</p> <p>-Agregar la acción en la descripción de la actividad canción cuidador-hijo, de la sesión 12, de intercambiar las parejas luego de cada canción.</p> | <p>-“(...) enfatizar en la exploración de todos los recursos musicales posibles, ya sea emisiones vocales, movimientos corporales e instrumentos musical (...) utilizar al máximo el espacio dispuesto (...)”. B36</p> <p>-“(...) disminuir la duración de esta actividad”. B37</p> <p>-“Se sugiere intercambiar las parejas luego de cada canción”. B38</p> |
| Ritmo | <p>-En la actividad de seguir el ritmo con los instrumentos musicales de la sesión 5, se debe rotar el uso de cada instrumento musical y respetar el turno de cada integrante.</p> <p>-En la danza circular con velocidades de la sesión 6, se debe agregar el seguir el ritmo con los pies, palmas y con un instrumento musical, avanzando a la derecha e izquierda en el círculo.</p> <p>-En el reloj tic-tac de la sesión 7, agregar al final la improvisación de una frase siguiendo la misma dinámica de la actividad.</p> <p>-Variar las velocidades en el canto y el baile, y otorgar al niño el rol de moderador de la actividad en la daza circular de la sesión 8.</p> <p>-En la descripción de la actividad del conejo y la tortuga</p> | <p>-“(...) ejecutar la actividad en círculo, variando el uso de instrumentos musicales en cada ocasión, y respetando el turno (...)”. B39</p> <p>-“(...) incorporar el seguir el ritmo con los pies, además de las palmas, avanzando a la derecha e izquierda en el círculo. Posteriormente, agregar el uso de un instrumento musical (...)”. B40</p> <p>-“Cada integrante tendrá que improvisar otra frase la cual todos deberán repetir siguiendo la misma dinámica (...)”. B41</p> <p>-“(...) incorporar la acción de variar las velocidades en el canto y el baile, y otorgar el rol de moderador a cada niño”. B42</p> <p>-“Enfatizar en la participación de ambas terapeutas en la enseñanza de la canción y</p> |

| | | |
|---------|--|--|
| | de la sesión 9, se debe hacer hincapié en la participación de ambas terapeutas. | el baile”. B43 |
| Eutonía | <p>-Al finalizar la actividad del mago Antú de la sesión 7, se debe agregar la acción de tomar conciencia del tipo respiratorio en posición supina.</p> <p>-Al finalizar la actividad de masaje grupal de la sesión 9, dar la opción, a cada niño, de elegir y repetir el tipo de masaje que más le gustó.</p> <p>-En la sesión 10, invertir el orden de las actividades Florecer y Orquesta sonora.</p> | <p>-“(…) añadir la acción de tomar conciencia del tipo respiratorio en posición supina en el suelo (…) se hará al finalizar (…”. B44</p> <p>-“(…) dar la opción al niño para elegir y repetir el tipo de masaje de mayor agrado”. B45</p> <p>-“Invertir esta actividad por la de la orquesta sonora en el área de cierre”. B46</p> |
| Emisión | <p>-Agregar las acciones de utilizar un instrumento musical y distintas partes del cuerpo en la actividad de pulso y baile de la sesión 2.</p> <p>-En la actividad de la canción con habla fácil y difícil de la sesión 4, se debe hacer uso del canto como una forma de transición entre el habla fácil y el habla difícil de la letra de la canción.</p> <p>-Modificar la actividad de canto a distintas velocidad en la sesión 5, por una actividad de role-playing.</p> <p>-En el role-playing con habla fácil de la sesión 7, se debe recrear un máximo de dos situaciones de la vida cotidiana, alternando los roles en cada representación.</p> | <p>-“(…) agregar la acción de utilizar un instrumento musical y distintas partes del cuerpo (…”. B47</p> <p>-“(…) utilizar el canto como transición entre el habla fácil y el habla difícil de la letra de dicha canción”. B48</p> <p>-“(…) incorporar desde esta sesión la actividad de role-playing, con el fin de dar inicio inmediato al traspaso de las estrategias abordadas al habla natural”. B49</p> <p>-“(…) recrear un máximo de dos situaciones de la vida cotidiana y alternar los roles en cada una de ellas”. B50</p> |

| | | |
|--------|---|--|
| | <p>-En las instrucciones de la actividad de role-playing con habla fácil de la sesión 8, debe recordarse la generalización de las estrategias de habla abordadas.</p> <p>-Al finalizar la imitación de personajes en el cuento melódico de la sesión 9, se debe dar espacio a la reflexión en relación a lo realizado.</p> <p>-Luego de cada role-playing de las situaciones de la vida cotidiana de la sesión 10, se debe dar espacio para un círculo de conversación.</p> <p>-Aumentar la cantidad de tiempo en la ejecución del juego de asociaciones de la sesión 11.</p> | <p>-“(...) enfatizar en las instrucciones del terapeuta con el fin de recordar al grupo la generalización de las estrategias tratadas”. B51</p> <p>-“(...) dar espacio a la reflexión respecto a la imitación de cada personaje”. B52</p> <p>-“Agregar el círculo de conversación al finalizar cada acto”. B53</p> <p>-“Se requiere mayor tiempo (...)”. B54</p> |
| Cierre | <p>-Cambiar la dinámica de la ruleta musical de la sesión 3, donde cada niño toque un instrumento musical distinto y uno de ellos se encargue de decir stop y dar el turno de habla a otro.</p> <p>-En la presentación de la actividad del juego del espejo de la sesión 4, se debe agregar el objetivo específico de que cada integrante del grupo establezca contacto ocular con su compañero.</p> <p>-En las instrucciones de la actividad de emoción sonora de la sesión 7, debe hacerse</p> | <p>-“(...) adquiere mejor dinámica cuando cada niño toca un instrumento musical distinto, mientras uno de ellos se encarga de decir stop y otorga a otro compañero el turno de habla”. B55</p> <p>-“(...) añadir la redacción del objetivo específico del juego del espejo, donde se pretende que los integrantes del grupo establezcan contacto ocular con cada compañero”. B56</p> <p>-“(...) enfatizar en la asociación entre la forma en que se toca un instrumento musical y el estado emocional (...)”. B57</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>hincapié en la relación entre la emoción y la ejecución del instrumento musical.</p> <p>-Aumentar el tiempo de la actividad de dibujo familiar de la sesión 8.</p> <p>-Invertir la actividad de Orquesta sonora por la del Florecer de la sesión 10.</p> | <p>-“Extender el tiempo de esta actividad, ya que la instancia de conversación se puede ver prolongada (...)”. B58</p> <p>-“Invertir esta actividad por la de florecer en el área de eutonía”. B59</p> |
|--|---|--|

De la TABLA 16, destacan las siguientes categorías:

- Duración de las actividades.
- Instrumentos musicales.
- Instrucciones del terapeuta.
- Acciones de las actividades.
- Modificación de objetivos específicos.
- Orden de las actividades.

Las categorías señaladas expresan las sugerencias más relevantes para el rediseño del programa, las cuales se obtuvieron de las observaciones realizadas por las investigadoras durante el pilotaje. Entre ellas, destaca la duración de las actividades donde se recomienda aumentar la cantidad de tiempo en la reproducción del entorno sonoro, y disminuirlo en la presentación del instrumento musical. Asimismo, se sugiere incorporar el uso de instrumentos musicales en actividades como Pulso y baile y reproducción del entorno sonoro. En cuanto a la categoría de instrucciones del terapeuta, se debe modificar en actividades como el role-playing, Emoción sonora y Sigue y para. A su vez, las terapeutas señalaron variar y modificar las acciones en gran parte de las actividades, donde destaca el incorporar la acción de tomar conciencia del tipo respiratorio en la actividad del Mago Antú, agregar la variación de velocidades en la ejecución de la danza circular, añadir la improvisación en el Reloj tic-tac, entre otras; las modificaciones se recomiendan en la

actividad de Habla fácil y difícil donde el canto debe utilizarse como una forma de transición entre ambas hablas, y la Ruleta musical donde se debe cambiar la dinámica de la actividad. Finalmente, la categoría de modificar los objetivos específicos, hace alusión al Juego del espejo, y la de orden de actividades hace referencia a la sesión diez donde debe invertirse la actividad de eutonía con la de cierre.

3.4 Muestra 4

A continuación, se presentan los resultados de la cuarta muestra, los cuales están consignados en la tabla 17. En ella, se extraen los aspectos más relevantes entregados por el niño durante el desarrollo de las doce sesiones del programa. Los resultados resumen la información referente al estado anímico al inicio y término de cada sesión, así como el gusto por cada actividad. La tabla contiene el resumen y cita del estado anímico del niño a la llegada y partida de cada sesión, así como las actividades de mayor y menor gusto.

TABLA 17.- Valoración del usuario frente a las actividades del programa y a su estado anímico.

| | Resumen | Cita |
|---------|--|---|
| Llegada | <p>-Predomina el estado de felicidad ya que el niño gusta de asistir a las sesiones.</p> <p>-Las caras de tristeza se dan al término del programa debido a que el niño no quería que las sesiones finalizaran.</p> | <p>-“Dos caras de feliz porque estoy acá con ustedes”. D1</p> <p>-“Triste, ya se va a acabar”. D2</p> |
| Partida | <p>-Predomina el estado de felicidad ya que el niño refiere disfrutar de las actividades.</p> <p>-Las caras de tristeza, se dan en instancias finales del</p> | <p>-“Feliz porque me reí mucho”. D3</p> <p>-“Triste igual, ya no nos</p> |

| | | |
|----------------------------|--|---|
| | programa, ya que el niño declara no querer que este finalice. | veremos”. D4 |
| Actividades de mayor gusto | <p>-Las de actividades de mayor gusto se dan en el área de eutonía donde el niño dice relajarse mucho.</p> <p>-También, muestra agrado por el role-playing de situaciones de la vida cotidiana, donde disfruta recreando la situación de una sala de clases en el colegio.</p> <p>-En general, el niño manifiesta agrado y satisfacción por la mayoría de las actividades.</p> | <p>-“Me gusta la del masaje, me relajé harto cuando la hicimos (...)”. D5</p> <p>-“La del colegio me gusta, me rio harto (...)”. D6</p> <p>-“Todas, todas me gustaron. Lo pasé bien”. D7</p> |
| Actividades de menor gusto | -En su mayoría, manifestó agrado y satisfacción con las actividades. | -“(...) todas, todas me gustan y lo paso bien”. D8 |

De la TABLA 17, se rescatan las siguientes categorías:

- Caras de felicidad.
- Caras de tristeza.
- Actividades de eutonía.
- Actividad de role-playing de situaciones de la vida cotidiana.
- Valoración positiva de las actividades.

De los resultados de la muestra 4, se extraen las categorías correspondientes a la valoración del niño frente a las actividades del programa y a su estado anímico. Entre ellas, destaca la categoría de caras de felicidad, donde en su mayoría el niño afirmó sentirse feliz a la llegada y partida de cada sesión. No obstante, la categoría de caras de tristeza se debe a

que en instancias finales del programa, el niño declaró sentirse triste, tanto en la llegada como en la partida, ya que no quería que terminaran las sesiones. En cuanto a la categoría de actividades de eutonía, estas fueron las de mayor agrado para él, destacando el yoga y el masaje grupal. Otra actividad de agrado fue el role-playing de situaciones de la vida cotidiana, donde señaló pasarlo muy bien. Por último, destacó la valoración positiva hacia gran parte de las actividades del programa, siendo escasas las oportunidades de desagrado por alguna de ellas.

3.5 Muestra 5

A continuación, se presentan los resultados de la quinta muestra, los cuales están consignados en la tabla 18. En ella, se extraen los aspectos más relevantes entregados por la cuidadora durante las cinco entrevistas realizadas. Los resultados resumen la información obtenida durante las cinco entrevistas realizadas a la cuidadora. La tabla, contiene la pregunta formulada, la síntesis de la respuesta y las citas directas que la avalan; también, se consignan otras observaciones.

TABLA 18.- Resultados de la entrevista al cuidador.

| Preguntas | Síntesis | Citas |
|---|---|---|
| ¿Cómo ha estado el niño durante la semana, emocional, socialmente y en cuanto a sus bloqueos? | <p>-La cuidadora señala que cuando sale de la sesión, se encuentra más tranquilo, contento y relajado, disminuyen sus bloqueos y habla más fluido.</p> <p>-El mayor problema es el colegio, porque ahí es donde aumentan sus bloqueos. En lo emocional y en lo social no observa cambios, puesto que él es muy tranquilo y no</p> | <p>-“Sí, más tranquilo, igual existen bloqueos durante la conversación, pero cuando sale de la sesión, habla más fluido (...)”. E1</p> <p>-“(...) El problema yo creo que es el colegio porque cuando va al colegio llega súper bloqueado, pero como siempre les digo de acá sale súper bien (...)”. E2</p> |

| | | |
|---------------|--|---|
| | comparte con muchos niños. | -“(...) En la parte emocional, siempre igual, porque (...) E3 es súper tranquilo es cariñoso, no en eso no cambia (...)”. E4 -“(...) En lo social, la verdad es que es bien tranquilo, pasa en la casa, no comparte con otros, solo en el colegio (...)”. E5 |
| Observaciones | -La madre menciona que el niño sale muy contento, feliz y motivado después de la terapia, y que no quiere que termine el programa. Además, refiere que tanto a ella como a su marido les gustó la terapia. | -“Sale muy contento, muy feliz, a él le gusta venir, está motivado (...)”. E6 -“(...) súper bien, a mí me encantó participar en la terapia, y mi marido que nunca pregunta las cosas que yo hago con, ahora me pregunta cuándo tengo terapia, a qué hora, cuándo va a terminar, a él también le gustó harto (...)”. E7 |

De la TABLA 18, se rescatan las siguientes categorías:

- Emociones positivas.
- Adherencia a la terapia.
- Disminución de bloqueos.
- Valoración positiva de los padres hacia la terapia.

Las categorías expresan las sugerencias más relevantes de la entrevista realizada a la cuidadora. Entre ellas, destaca las emociones positivas que surgieron luego de la sesión, como tranquilidad y felicidad. Además, se evidencia una gran adherencia a la terapia, puesto que la madre refiere que el niño estaba muy motivado con la terapia y no quería que ésta terminara. En cuanto a los bloqueos, se menciona que existe una disminución de éstos al salir de la terapia, que se mantiene hasta que él se reintegra a su rutina diaria,

especialmente en el colegio. Finalmente, el programa presenta una valoración positiva por parte de los padres, puesto que manifiestan estar a gusto con la terapia.

IV.DISCUSION

El objetivo de este estudio fue crear un programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, para niños y niñas de 8 a 10 años con tartamudez de la región de Valparaíso. Este proceso se llevó a cabo a través de cinco muestras. Las dos primeras corresponden al proceso de creación del programa; la primera estuvo compuesta por los profesionales de las áreas de fonoaudiología, música y psicología que participaron en las entrevistas para orientar, desde su experiencia la elaboración del programa; la segunda, correspondiente al juicio de expertos, integrado por especialistas de los campos de la fonoaudiología, musicoterapia y psicología. Las otras tres tienen relación con la aplicación del programa a un pilotaje; la tercera estuvo conformada por las terapeutas a cargo de la aplicación; la cuarta, por el participante; y la quinta, por la cuidadora.

De acuerdo a las entrevistas realizadas a los profesionales de las áreas de fonoaudiología, música y psicología, se contemplaron diferentes criterios para la creación del programa. Dentro la información obtenida por la fonoaudióloga, se destacó la incorporación del enfoque biopsicosocial para realizar un abordaje integral en la tartamudez, tal como lo propone Rodríguez Morejón (2003). Además, se sugirió la inclusión de herramientas para enfrentar las emociones negativas, como la modificación del entorno ante situaciones de estrés, lo que se correlaciona con lo planteado por Fernández-Zúñiga (2008), quien establece que, además del control del habla, la ansiedad y el pensamiento, en el niño con tartamudez, se debe trabajar el control de las emociones. Asimismo, recomendó informar y aconsejar a los padres acerca del trastorno y la utilización del lenguaje no-verbal como recurso terapéutico, tal como señalan Díaz y sus colaboradores (2009), quienes afirman la importancia de entregar información de la disfemia a los padres, así como la instauración de un modelo de interacción verbal y no verbal que favorezca la fluidez. Cabe destacar que uno de los criterios señalados por la profesional, que no se consideró, fue realizar un número de veinte sesiones, puesto que la movilización estudiantil ocurrida en el primer semestre, obligó a una disminución de estas.

El profesor de música, en la entrevista, destacó la participación de los padres en la terapia para enriquecer la relación con el niño, lo que concuerda con lo planteado por Díaz y sus colaboradores (2009) quienes recomiendan incluir a la familia en el tratamiento de la tartamudez, ya sea de manera preferencial o como complemento a la intervención directa. Además, recomendó la utilización de instrumentos melódicos y de percusión, como el metalófono y el tambor, respectivamente, lo que se correlaciona con las preferencias musicales de un niño de 8 a 10 años identificadas por Shapira y cols. (2007). Es importante mencionar que respecto a la sugerencia del especialista de realizar música grupal con niños del mismo rango etario, esta fue propuesta en el programa, pero no pudo ser observada puesto que dos de los integrantes desertaron del programa. No obstante, sí se pudo realizar una interacción musical en grupo con la terapeuta y co-terapeuta.

Entre los criterios expuestos por la psicóloga, en tanto, se destacó la importancia de trabajar en co-terapia para complementar el trabajo de la terapeuta, lo que se condice con lo señalado por Benenzon (2000), quien indica que es importante la participación de un supervisor dentro del proceso terapéutico. Asimismo, destacó las emociones negativas que podría vivenciar un niño en el proceso de escolarización, especialmente, si este presenta un trastorno que lo haga sentirse diferente a sus pares, tal como lo plantea Biain de Touzet (2002), quien afirma que durante la etapa escolar, la toma de consciencia de la disfluencia por parte del niño hace que sufra al compararse con sus pares. Finalmente, mencionó la utilización de la música para la expresión de las emociones, al actuar como un canal de expresividad emocional y de conexión con el mundo interno del sujeto, lo que concuerda por lo indicado por Poch (2002), quien señala que la emoción es el fundamento que determina la acción terapéutica de la música. Esta especialista también se refirió a la importancia de la terapia grupal, pero por el tamaño de la muestra de la aplicación piloto, no pudo concretarse. Sin embargo, la intervención tanto de la terapeuta como de la co-terapeuta permitió enriquecer la interacción social.

El juicio de expertos, conformado por los profesionales de las áreas de fonoaudiología, musicoterapia y psicología, permitió recoger información para mejorar el programa en estudio. La fonoaudióloga sugirió trabajar la eutonía de los órganos fonoarticulatorios a través de ejercicios de imaginación, de manera que la tensión no impidiera la fluidez del habla, pues como plantea Biain de Touzet (2002) las personas con tartamudez se caracterizan por presentar un aumento de tensión en labios, mandíbula, entrecejo, ojos, manos y/o voz. Así pues, recomendó utilizar los conceptos de habla fácil, que hace referencia a un habla sin tensión y un habla difícil, con diferentes niveles de tensión, tal como lo considera Fernández-Zúñiga (2008) quien propone el control del habla como uno de los objetivos a trabajar en la intervención en disfemia.

El musicoterapeuta, por su parte, resaltó la idea de flexibilizar el repertorio musical de acuerdo a las características del entorno del niño y a sus preferencias musicales, lo que guarda relación con el concepto de ISO cultural mencionado por Benenson (2000), el cual se entiende como la afinidad hacia la música proveniente de la propia cultura. Cabe destacar que muchas de las acotaciones que refirió el profesional eran concordantes con la propuesta del programa, por lo que no implicaron mayores modificaciones de este.

Según las categorías referidas por la psicóloga, destaca la sugerencia de realizar psicoeducación a los padres, de manera que estos comprendan las dificultades que experimenta el niño con tartamudez. Esto se condice con lo que menciona Salgado (2005; cit. en Díaz & cols., 2009), quien propone que los contenidos a abordar con los padres son: informar sobre el desarrollo del habla y las disfluencias, ayudar a identificar las posibles presiones que se estén dando sobre el habla y las situaciones que mejoran la fluidez, orientar sobre cómo manejar los bloqueos, cómo reaccionar ante las disfluencias y cómo favorecer las condiciones que ayudan a la fluidez, entre otros.

En los siguientes párrafos se mencionan los comentarios y discusiones referentes a la aplicación del programa en estudio, en la que se incluyen las observaciones registradas por las investigadoras que actuaron como terapeutas y la cuidadora, así como también las valoraciones realizadas por el niño. Cabe destacar que para efectos de la discusión, la información recabada a partir de las tres muestras mencionadas anteriormente, se analizarán conjuntamente debido a su interrelación.

De acuerdo a lo observado por las investigadoras que aplicaron el programa, respecto a las dimensiones biológica, psicológica y social abordadas en el mismo, se pudo evidenciar que en las dos primeras existió una intervención significativa. El bajo número de participantes se debió a la acotada población de niños con tartamudez, ya que se estima que alrededor del 1%, en Chile, presenta dicho trastorno, a lo cual se suman los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio. También fue un factor limitante el tiempo determinado para la ejecución del programa, lo cual condujo a la reducción del número de sesiones, limitando la integración de actividades de carácter social.

En el programa, no se abordó la tartamudez desde la identidad social que se construye cuando se es tartamudo, es decir, no se le dio una etiqueta al trastorno de la fluidez, sino que se habló de un habla fácil o difícil, como características del discurso. Aquello resultó sumamente beneficioso, ya que al no otorgarle al niño una etiqueta de tartamudo, redujo su frustración ante las situaciones comunicativas, lo que se vio reflejado en la disminución del miedo al hablar y el aumento de confianza ante situaciones de estrés comunicativo, tales como, actuar, cantar y expresarse verbalmente. Estos avances fueron registrados a través de las observaciones realizadas por las investigadoras que aplicaron el programa y corroborados por los comentarios expresados en la entrevista por el cuidador. En efecto, Sheehan (1970) plantea que la tartamudez no es un desorden del habla, sino un problema de identidad, caracterizado por una visión de sí mismo como tartamudo que se traduce en un desorden en la forma en que se presenta ante la sociedad. En este sentido, Friedman (2004) propone que uno de los objetivos primarios en el abordaje terapéutico es desmitificar la

ideología del mal hablante por medio de la reconstrucción de la historia de desarrollo y la comprensión de la lógica subyacente de la persona.

Respecto a la distribución de las áreas del programa las investigadoras establecieron un orden jerarquizado y coherente, que permitiera la interrelación de estas. Se decidió comenzar por las actividades de apertura, para introducir al niño en la terapia y vincularlo con la música. Luego, se procedió con las de ritmo, puesto que favorecían los contenidos que se abordarían posteriormente e incluían la corporalidad, generando un nexo con la siguiente área. El área de eutonía logró una transición entre las actividades de ritmo y emisión, con el objeto de provocar una relajación tanto del cuerpo como de los órganos fonarticulatorios, de manera de preparar al niño para las actividades de habla y canto. El área de emisión, se dejó casi para el final de la sesión, y su objetivo fue la fluidez del habla, de mayor complejidad, puesto que requería la inclusión de los contenidos tratados en las áreas mencionadas anteriormente. Por último, el cierre cumplió con la finalidad de reflexionar acerca de los contenidos abordados y favorecer la expresión del niño.

El orden en que fueron planteadas las áreas del programa, según las observaciones de las terapeutas, favoreció el aprendizaje de los contenidos, así como también, la ejecución del mismo. Esto se pudo llevar a cabo gracias a que el orden de complejidad de las actividades fue progresivo, y a que existió una sincronía y concordancia entre las actividades de cada área. Esto se condice con el abordaje plurimodal que proponen Schapira y sus colaboradores (2007), el cual no está inscrito en ningún modelo musicoterapéutico, sino más bien, toma conceptos de distintas corrientes teóricas. Es por esto que el programa contempló la tartamudez desde las dimensiones biológica, psicológica y social, además de variadas disciplinas, como el yoga y la danza, las cuales aportaron una visión integral al modo de hacer terapia.

En cuanto a las áreas del programa, la de eutonía, al implicar una conexión con el esquema corporal, favoreció la comunicación verbal y no-verbal. Esto se fundamenta en la definición de musicoterapia planteada por Lago, Melguizo & Ríos (2008: 179) como “(...) una disciplina que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación...”. Por lo tanto, las actividades que incorporaron la corporalidad, como los ejercicios de yoga y danza, consideradas en distintas áreas del programa, permitieron desarrollar la expresión y liberación de tensiones y la comunicación a través de actividades no-verbales, tal como lo menciona Poch (2000). En lo que respecta a las actividades del área de eutonía, estas tuvieron como objetivo específico el desarrollo de la eutonía global, así como la orofacial, además de la toma de conciencia de la respiración costodiafragmática y del esquema corporal. A partir de las observaciones realizadas por las investigadoras que aplicaron el programa, así como de los comentarios expresados en la entrevista al cuidador, se corroboró que todos los objetivos fueron cumplidos con éxito y tuvieron buena recepción tanto en el niño como en el cuidador. Entre las actividades trabajadas destacaron el yoga, la actividad del mago Antú, el masaje grupal, entre otras.

En el área de emisión, se incluyó como recurso el canto, lo que favoreció la transición desde el habla difícil al habla fácil, debido a la similitud que existe entre el canto y el habla fácil, ambas caracterizadas por una emisión rítmica, melódica, enlentecida y ligada. Tal como Poch lo menciona (2002), el canto facilita el aprendizaje de las estrategias utilizadas en el habla, ya que el usuario se centra en el acto de cantar y no en la patología misma. De la misma forma, según lo registrado por las investigadoras que aplicaron el programa y de acuerdo a la valoración del niño participante, fueron de suma importancia las actividades de role-playing que se realizaron en el área de emisión, ya que ayudaron a la generalización de los contenidos, lo que guarda relación con lo descrito por Fernández Zúñiga (2008), quien propone modificar la conducta mediante la entrega de modelos de control de la fluidez y la aplicación de estos a los diversos contextos. No obstante, se deben incluir instancias de contacto con el entorno para lograr una generalización más efectiva y natural, tal como lo plantea Salgado (2005; cit. en Díaz & cols., 2009), quien menciona que uno de

los aspectos más importantes es que las personas con tartamudez logren la capacidad de hablar en todas las situaciones comunicativas cotidianas.

En el programa, se utilizaron canciones de autoría de las investigadoras, las cuales fueron creadas tomando en consideración el contexto y las características de los niños con tartamudez, y se caracterizaron por tener una velocidad lenta y contener temáticas que reforzaron aspectos positivos como la seguridad, la confianza y el sentido de compartir con el otro. Así pues, según lo mencionado por la cuidadora, la valoración del usuario y lo registrado por las investigadoras que aplicaron el programa, los instrumentos que se utilizaron en las sesiones no fueron ajenos a la realidad del niño, lo que facilitó la ejecución y la vinculación con ellos. Esto se condice con lo planteado por Benenzon (2000) quien se refiere al concepto del ISO cultural que hace alusión a la existencia de una mayor afinidad con la música proveniente de la propia cultura antes que cualquier otra. Es importante mencionar que, a pesar de que se tomaron en consideración las competencias musicales de un niño entre 8 a 10 años, tales como el gusto por los instrumentos de percusión, el sentido rítmico y la habilidad para tocar instrumentos, entre otras (Shapira & cols., 2007), se optó por disminuir la complejidad de las actividades, con el fin de no generar una frustración en él.

A través del registro de las investigadoras que aplicaron el programa, se demostró la existencia del fenómeno de contratransferencia, que ocurre cuando las necesidades del paciente y el terapeuta se entremezclan. Este fenómeno puede tener efectos tanto positivos como negativos (Bruscia, 1997), pero, en este caso, la presencia de una co-terapeuta potenció los positivos. La co-terapeuta cumplió un rol de supervisor, tal como lo plantea Benenzon, no obstante, también asumió un rol simétrico y complementario, interviniendo de manera homóloga en la sesión (Ferrari, 2013). A partir de las observaciones registradas por las investigadoras que actuaron como terapeutas, y desde la visión simétrica y complementaria que propone Ferrari, la labor de la co-terapeuta fue primordial en el desarrollo de gran parte de las actividades, trabajando de manera conjunta con la terapeuta.

De esta forma, destacó la colaboración en la enseñanza de actividades como la danza circular, el conejo y la tortuga, el cuento melódico, el role-playing, entre otras. Además, su intervención fue necesaria en momentos de interrupciones de la conducta de algunos integrantes del grupo en las sesiones iniciales del programa. En cuanto al rol de supervisor, este enriqueció la terapia, puesto que aportó información nueva desde una mirada externa a la relación terapeuta-paciente. Asimismo, se encargó de transcribir las observaciones y sugerencias durante el transcurso de las sesiones, las que posteriormente fueron complementadas con las de la terapeuta.

A pesar de que el objetivo de esta investigación no fue comprobar la efectividad del programa, es pertinente consignar los efectos que produjo la utilización de recursos musicales en el niño. Esta información se obtuvo a través de las observaciones registradas por las terapeutas, la entrevista al cuidador, las acotaciones y las valoraciones de agrado y desagrado del niño frente a las actividades. A continuación, se detalla lo observado en los aspectos sintomatológico, emocional y social.

Con relación al aspecto sintomatológico, la cuidadora mencionó que el niño presentó una disminución de los bloqueos y un habla más fluida, luego de cada sesión; sin embargo, los síntomas reaparecían al retomar la rutina escolar. Esto se vincula con el aspecto emocional, puesto que durante las sesiones, se observó un aumento de la confianza y la seguridad, que se vio reflejado en la pérdida del miedo a hablar, la participación en las actividades de role-playing, canto y baile. Lo anterior se correlaciona con lo propuesto por Friedman (2004), quien señala que el trastorno es consecuencia de la falta de confianza o de la anticipación, producida por una emoción negativa asociada al habla, pero no por un problema de habla como tal. También, es coherente a lo mencionado por Poch (2002), quien postula que el canto favorece la revalorización del individuo, acrecienta su autoestima y las relaciones con sus pares.

En lo referente al aspecto social, Bian de Touzet (2002) sostiene que la conciencia social y los sentimientos de vulnerabilidad del niño con tartamudez, en comparación con sus pares, derivan en las burlas de sus compañeros. Este proceso merma la autoestima y aumenta las sensaciones de miedo, angustia y resentimiento en el niño con disfluencia. En cuanto a lo observado en el usuario, no hubo cambios en este ámbito, ya que no refirió sufrir bullying en su escuela. Como consecuencia de lo anterior, las actividades con cuentos cuyas temáticas abordaron las emociones y sentimientos asociados a la tartamudez, no tuvieron mayor relevancia en él durante el programa.

Es importante señalar que en esta investigación no hubo una intervención en el contexto escolar que contemplara al profesor y a los compañeros. En la teoría, Díaz y sus colaboradores (2009) plantean que el trabajo fonoaudiológico debe complementarse con la intervención en la escuela, por lo que recomiendan analizar el habla y las situaciones comunicativas del maestro, para así descubrir, alumno y profesor, en conjunto, las disrupciones de la fluidez del niño y/o niña en el aula y en el centro escolar. Los factores identificados se deben modificar para crear un clima adecuado, además se deben destacar las variables facilitadoras de la fluidez y potenciarlas para crear experiencias comunicativas apropiadas; asimismo, se pueden entregar pautas de apoyo a los docentes (Bian de Touzet, 2002).

Durante el proceso de aplicación, se consignó la valoración positiva del niño frente a las actividades de relajación. En cuanto a esto, el niño manifestó mayor agrado por las actividades como el yoga y el masaje grupal, mostrando compromiso y concentración en cada una de ellas. Esto se explica, ya que, dentro de las características de las disfluencias atípicas, predominantes en el discurso de personas con tartamudez, se encuentra el aumento de tensión perceptible en labios, mandíbula, entrecejo, ojos, manos y/o voz (Bian de Touzet, 2002). En concordancia con ello, McClellan (1988) afirma que “(...) la música se puede utilizar para traer armonía a la mente-cuerpo-espíritu del ser humano (...)” (cit. en Bruscia, 1997: 109). En este sentido, Poch (2002) señala que los efectos fisiológicos de la

música afectan al sistema nervioso central, generando reacciones del tipo sedante, excitantes o enervantes; es por esto que el niño participante del programa pudo expresarse libremente y de forma espontánea, además de sentirse relajado y satisfecho durante y después de la ejecución de las actividades. Asimismo, Louise E. Weir (1959) comenta que “el sonido afecta el sistema nervioso autónomo, que es la base de nuestra reacción emocional” (cit. en Alvin, 1997: 102).

Tanto en la intervención directa como en la indirecta, se debe incluir a la familia, algunas veces de manera preferencial y otras como complemento a la intervención. Se hace necesario entregar información de la disfemia a los padres, así como entrenar la capacidad de identificar los tipos de disfluencia y las situaciones que la favorecen, y promover la instauración de un modelo de interacción verbal y no verbal que favorezca la fluidez. (Díaz & cols., 2009). Desde esta perspectiva, la participación de la cuidadora en el programa fue positiva, tanto para ella como para el niño, puesto que se pudo establecer un mayor vínculo entre ambos y desarrollar empatía. Es así como, Gregory, 1979; Starkweather, 1990; Adams, 1991; Bloodstein, 1995; Guitar, 2006 (cit. en Fernández-Zúñiga, 2008) justifican la participación de los padres en el control de las demandas ambientales de presión comunicativa.

El uso de recursos musicales en el programa, asimismo, favoreció la adherencia a la terapia, hecho observado tanto en el niño como en la cuidadora. Esto se vio reflejado en la entrevista realizada a la madre, en el compromiso hacia la terapia y en la motivación e interés manifestados por el niño durante el transcurso del programa. Desde la idea de que la música es inherente al ser humano, Palacios (2004) afirma que esta ha estado presente durante toda la historia de la humanidad en diversas expresiones, desde dimensiones mágicas, religiosas, filosóficas hasta científicas.

Es importante mencionar que los niños y niñas con tartamudez son, primero, personas y, después, personas que tartamudean. Por consiguiente, la intervención debe considerar al sujeto en su globalidad, lo que implica que no solo se debe tener en cuenta las disfluencias, sino también los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales (Salgado 2005; cit. en Díaz & cols., 2009). Es por esta razón que al incorporar la música como recurso terapéutico se logró realizar una intervención integral que abordó los aspectos antes mencionados. Tal como lo señala Hanslick (s.f.; cit. en Poch, 2002: 80), la música presenta beneficios terapéuticos, porque “opera en nuestra facultad emocional con mayor intensidad y rapidez que cualquiera de las otras artes (...). La acción del sonido es algo no sólo más inmediato, sino más poderoso y directo (...)”.

CONCLUSIONES

A partir de la conceptualización teórica de las temáticas referidas a tartamudez y musicoterapia, y la experiencia de expertos en el área de fonoaudiología, psicología, música y musicoterapia, se logró crear un programa de recursos musicales, complementario a la intervención en disfemia, el cual fue aplicado, a modo de pilotaje, a una muestra de un niño de 10 años con tartamudez.

En lo que respecta a la temática de tartamudez, la información recabada en relación a la intervención fonoaudiológica fue pertinente para la creación del programa. En lo que concierne a la musicoterapia, la literatura disponible contribuyó a la estructuración del mismo. A su vez, el conocimiento y experiencia de los profesionales permitió orientar el proceso creativo y reformular los contenidos y la forma del programa. Cabe destacar que, actualmente en Chile, no existe un programa que incorpore la musicoterapia en el abordaje en tartamudez, hecho que implicó una mayor exigencia para las investigadoras debido a la ausencia de un modelo a seguir, por lo que la construcción del programa exigió una mayor creatividad por parte de las investigadoras.

A partir de la aplicación piloto del programa, se concluye que es de fácil ejecución y aprendizaje para quién lo aplica, debido a la asertiva distribución de sus áreas, así como también, gracias al manual de aplicación y material de apoyo, que permiten explicar de manera clara los procedimientos y facilitan la ejecución. Además, las actividades y material de apoyo del programa, el que contó con un CD de audio que incluyó todas las canciones que se utilizaron durante la terapia, al igual que los instrumentos musicales de fácil manipulación, fueron creados desde la idea de que la música, dentro de la terapia, actúa como un medio y no como un fin, por lo que no se requirieron competencias musicales por parte de las terapeutas. No obstante, se sugiere en una próxima investigación realizar una entrevista previa al niño y/o niña para conocer sus gustos musicales y así incluirlos en la terapia.

Asimismo, a partir de las valoraciones positivas por parte del niño, la cuidadora y las observaciones de las terapeutas, se concluye que el programa resulta atractivo para quienes lo reciben, producto de que incorpora diversas disciplinas, tales como yoga, danza y canto. A su vez, se caracteriza por ser semi-flexible, puesto que el terapeuta puede elegir libremente algunas actividades de acuerdo a las características de los usuarios. Además, la música no sólo utiliza al lenguaje verbal, como principal canal de expresión, sino que también incorpora el lenguaje no verbal a través de la corporalidad y el uso de instrumentos musicales, lo que amplía y facilita la expresión en el niño y/o niña.

A través de lo registrado por las terapeutas, se confirma la importancia de incluir el aspecto emocional en la terapia de la tartamudez, ya que el aumento de confianza y seguridad en el niño influyeron directamente en su actitud como hablante. A pesar de que no se cuantificaron los bloqueos, la madre sí refirió cambios en relación a sus disfluencias y en el interés por comunicarse, lo que se correlaciona con los efectos positivos que tuvo el programa en el aspecto emocional. Sin embargo, es esencial el trabajo interdisciplinario con el psicólogo en el abordaje terapéutico de la tartamudez, pues es dicho profesional el que se encargará de tratar directamente dicha dimensión.

Mediante la presente investigación, se concluye, también, que es necesario incluir un co-terapeuta en este programa, quien cumpla el rol de apoyar y complementar la ejecución, ya sea en la intervención como en la observación, generando un abordaje integral que cubra todas las dimensiones del programa. Este debiera estar presente tanto en terapias grupales como individuales. En relación a estas últimas, cuando la terapia aborda una serie de dimensiones, como en este programa, también, se propone contar con la mediación y observación de un tercero, quien cumple el rol de supervisor.

Debido a que la incorporación de los cuidadores al programa fue funcional, se sugiere aumentar el número de sesiones donde estos puedan participar. Además, se concluye que sería pertinente incluir actividades y estrategias dirigidas a ellos con el objeto de aplicarlas en el hogar y, de esta forma, generalizar los contenidos. Pese a que se trató la dimensión

social, al incorporar a los cuidadores, aquello no fue suficiente para profundizar en este aspecto. Por consiguiente, se concluye que es pertinente agregar actividades referentes al entorno del individuo y a situaciones de la vida cotidiana.; así como incluir la musicoterapia en el entorno escolar del niño y/o niña con tartamudez. Por lo que como proyección, sería recomendable aplicar el programa en forma grupal para enriquecer la interacción social. Al mismo tiempo, podría aplicarse el programa en un rango etario de 6 a 7 años, y modificarlo, en su forma y contenido, para niños y/o niñas con tartamudez en edades superiores.

El programa se caracteriza por ser de tipo complementario a la intervención en tartamudez, sin embargo no se consideró la interrelación con la labor del fonoaudiólogo tratante, es decir, no se estableció un nexo para conocer los progresos del niño en la terapia fonoaudiológica a la que asistía regularmente. Por lo mismo, se concluye que es importante la existencia de una comunicación constante entre los terapeutas que abordan dicho trastorno, por lo que se sugiere como proyección que en una próxima investigación se establezca una comunicación con el fonoaudiólogo tratante con la finalidad de generalizar y complementar los contenidos abordados en el programa, así como registrar los avances y retrocesos del usuario. Por último, se concluye la relevancia del equipo interdisciplinario que actúa en el tratamiento de la tartamudez, el cual tiene como fin común optimizar la calidad de vida del usuario, por lo que se recomienda como proyección la participación de este en futuras investigaciones.

A través de la presente investigación, se pudo comprobar los efectos de la música en el ser humano y como esta repercute positivamente en la terapia fonoaudiológica en tartamudez. Esto beneficia no solo al usuario que recibe el tratamiento, sino que al terapeuta, puesto que le entrega herramientas adicionales para enfrentar un determinado trastorno. No se debe olvidar que la música es inherente al ser humano, por lo que influye directamente en su estado físico, mental y emocional, y que el abordaje terapéutico no solo debe centrarse en la patología del individuo sino que debe entenderlo desde una visión biopsicosocial, es por esto que el utilizar la música como recurso terapéutico enriquece el proceso, ya que provoca sensaciones de bienestar tanto para el usuario como para el

terapeuta. Por lo tanto, se propone generar instancias de investigación y acción donde la musicoterapia actúe como complemento a la terapia fonoaudiológica en otras áreas, tales como voz, lenguaje adulto e infantil y audición, y de esta manera ampliar las formas de hacer terapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvin, J. (1997). *Musicoterapia* (4a edición). Editorial Paidós. Barcelona.
- Arias, M. (2007). Música y Neurología, 22 (1): 39-45. Extraído el 22 de Abril de 2013 desde <http://www.jbyg.com/descarga/neurologia.pdf>.
- Benenzon, R. (2000). *Aplicaciones clínicas de la musicoterapia*. Editorial Lumen. Buenos Aires.
- Bernal, M., (2009). El Alumno con Disfemia. Innovación y experiencias educativas. N°18, CEIP. Extraído el 15 de Abril de 2013 desde http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_18/MARIA_TERESA_BERNAL_1.pdf.
- Biain de Touzet, B. (2002). *Tartamudez: una disfluencia con cuerpo y alma*. Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- Bowling, (2010). Terapias complementarias y alternativas para EM. MS in focus, Issue 15. Extraído el 7 de abril de 2013 desde http://www.msif.org/includes/documents/cm_docs/MSinFocusIssue15ES.pdf?f=.
- Bruscia, K. (1997). *Definiendo musicoterapia*. Editorial AMARÚ. España.
- Bruscia, K. (2008). *Musicoterapia. Métodos y prácticas*. Editorial PAX MÉXICO. México.
- Canhetti, C; Aparecida, H; Dos Santos, A; Cunha, D; Giacheti, C. (2011). Factores de risco na gagueira desenvolvimental familiar e insolada. Revista CESFAC, 13 (2), 205-213. Extraído el 4 de noviembre de 2013 desde <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n2/40-10.pdf>.
- Castejón, L.; Núñez, J.; González-Pienda, J. (2005). Contenido del estereotipo de los maestros sobre los alumnos tartamudos. Universidad de Oviedo. Vol. 13, n° 3, 496-501. España. Extraído el 15 de abril de 2013 desde <http://www.ttmib.org/documentos/castejon.pdf>.
- Castejón, L.; González-Pumariega, S.; Núñez, J.; González-Pienda, J. (2007). La escuela inclusiva ante los alumnos tartamudos: actitudes y emociones en la relación educativa. Departamento de psicología de la Universidad de Oviedo. Revista de

educación, 281-299. España. Extraído el 15 de abril de 2013 desde http://www.revistaeducacion.mec.es/re345/re345_12.pdf

- Cervera, J.; Ygual, A. (2002). Intervención Educativa en los Niños Tartamudos: Retos Técnicos y Compromiso Ético para los Especialistas en Audición y lenguaje. Edetania. Estudios y Propuestas de Educación. Pág. 9-35, Escuela Universitaria de magisterio EDETANIA. Extraído el 16 de Abril de 2013 desde http://www.ttm-espana.com/archivo/tartamudez_infantil.pdf.
- Cores, M. (2010). Guía Clínica de Terapia para Pacientes con Disfemia. Manual de Guías Clínicas. Sub-dirección de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje. 2-18. Extraído el 15 de Abril de 2013 desde <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SAF-17.pdf>.
- Culatta, R.; Leeper, L. (1990). The diferencial diagnosis of disfluency. National Student Speech Language Hearing Association journal. Volumen 17, 59-64.
- Díaz, M.; Espiago, M.; Fernández, A.; Matas, M.; Matilla, O.; Menéndez, C.; Ugarte, I. (2009). Intervención educativa con el alumno tartamudo. Centro del profesorado y de recursos de Oviedo. España. Extraído el 5 de abril de 2013 desde <http://www.doredin.mec.es/documentos/01720092004566.pdf>
- Díaz, J. (2010). Música, lenguaje y emoción: Una aproximación cerebral, 33: 543-551. Extraído el 22 de Abril del 2013 desde <http://scielo.unam.mx/pdf/sm/v33n6/v33n6a9.pdf>.
- EducarChile (2012). Bases curriculares 2012. Educación básica Música. Extraído el 27 de Marzo de 2013 desde http://www.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/curriculum_al_dia/bases_musica_2012_nuevo.pdf.
- Eslava, J. (1998) La musicoterapia en las patologías del desarrollo. Extraído el 27 de Marzo de 2013 desde http://www.neurociencias.org.co/downloads/musicoterapia_en_las_patologias_del_desarrollo.pdf.
- Fernández-Zuñiga, A. (2008). *Tratamiento de la tartamudez en niños: Programa de intervención para profesionales y padres*. Editorial Elsevier Masson. Barcelona.

- Ferrari, K. (2013). *Musicoterapia. Aspectos de la sistematización y de la evaluación de la práctica clínica*. MTD Ediciones. Buenos Aires.
- Friedman, S. (2000). La tartamudez en la Infancia. Pontificia Universidad de Sao Paulo. Extraído el 24 de Marzo de 2013 desde <http://www.ttmb.org/documentos/Friedman1.pdf>.
- Fridman, K. (2004). *Gagueira: origen e tratamento*. Editorial Plexus. Sao Paulo.
- Fundación Americana de la Tartamudez (2013). Etiología. Extraído el 06 de Abril de 2013 desde <http://www.tartamudez.org/content/etologia>.
- Fundación Americana de la Tartamudez (2013). Prevalencia e incidencia. Extraído el 11 de abril de 2013 desde <http://www.tartamudez.org/content/prevalencia-e-incidencia>.
- Grebe, M. (1977), La musicoterapia en Chile. *Revista Musical Chilena*, XXXI, 139-140, 14-15. Extraído el 25 de julio de 2013 desde <http://www.revistamusicalchilena.uchile.cl/index.php/RMCH/article/viewFile/13181/13458>.
- Harrison, E.; Onslow, M.; Packman, A. (2003). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A Clinician's Guide*. Editorial Pro-ed. Texas.
- Hernández R.; Fernández C.; Baptista P. (2006). *Metodología de la investigación*. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Hernández, I. (2011). Trastornos de fluidez: la tartamudez, evaluación y tratamiento. *Innovación y experiencias educativas*. N°42. Granada. Extraído el 16 de abril de 2013 desde http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_42/INMA_HERNANDEZ_2.pdf
- Instituto Nacional de la Sordera y otros trastornos de la Comunicación (2008). El Tartamudeo. Departamento de Salud y Servicios Humanos: Estados Unidos. Extraído el 8 de abril de 2013 desde <http://www.nidcd.nih.gov/staticresources/health/voice/FactSheetStutteringSpanish.pdf>
- Kojacovic, M. (2006). *Yoga para niños*. Editorial Grijalbo. Chile.

- Lacárcel, J. (1995). *Musicoterapia en educación especial*. Editorial Universidad de Murcia. España.
- Lafarga, M.; Sanz, P. (1999). Cerebro, música y lenguaje. Algunas consideraciones sobre la función y la estructura. Extraído el 29 de Abril de 2013 desde <http://www.uninet.edu/union99/congress/librs/lang/103.html>.
- Lago, P.; Melguizo, F.; Ríos, J. (2008). *Música y salud. Introducción a la musicoterapia* (3a edición). Editorial UNED. Madrid.
- López, B. (2009). Espasmofemía: Diagnóstico y Tratamiento. Revista Médica Clínica las Condes. 20(4), 486-490. Extraído el 11 de Abril de 2012 desde bd.unsl.edu.ar/download.php?id=1676.
- Palacios, J. (2004). El concepto de musicoterapia a través de la historia. Extraído el 10 de abril de 2013 desde <http://musica.rediris.es/leeme/revista/palacios04.pdf>.
- Poch, S. (2001). *Importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano*. Revista universitaria de formación del profesorado, 42, 91 – 113 Extraído el 19 de Marzo de 2013 desde <http://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf>.
- Poch, S. (2002). *Compendio de musicoterapia* (2da edición). Editorial Herder. Barcelona.
- Rodríguez Morejón, A. (2003). *La tartamudez: naturaleza y tratamiento*. Editorial Herder. Barcelona.
- Rodríguez, P. (1981). El Enfoque Psicosocial de la Tartamudez. Psicología. Vol. IX, N° 1. Extraído el 3 de Abril de 2013 desde http://issuu.com/peraroca/docs/vol9-1-29?mode=a_p.
- Rodríguez, P. (1988). Intenciones conductuales de un grupo de maestros hacia el alumno tartamudo. Instituto de psicología UCV: Caracas. Extraído el 15 de abril de 2013 desde http://issuu.com/peraroca/docs/vol13-1y2-57?mode=a_p
- Rodríguez, P., (2005). *Hablan los tartamudos*. Editorial de la Facultad de Humanidades y educación-UCV. Caracas.
- Riu, N. (2000). *El lenguaje musical. Propuestas didácticas para los tres ciclos de primaria*. Editorial Ceac. España.

- Salgado, A. (2005). La Tartamudez. Fundación Española de la Tartamudez. Extraído el 02 de Abril de 2013 desde http://www.ttm-espana.com/archivo/guia_pediatras.pdf.
- Schapira, D.; Ferrari, K.; Sánchez, V.; Hugo, M. (2007). *Musicoterapia. Abordaje plurimodal*. Edición ADIM. Argentina.
- Sheehan, JG. (1970). *Stuttering: Research and Therapy*. New York, Harper & Row.
- Speech Foundation of America (1977). *Stuttering Words*. Memphis. Tennessee.
- The Leukemia & Lymphoma Society. (2009). *Medicina integrativa y terapias complementarias y alternativas: terapias que forman parte de la atención médica para el cáncer de la sangre*. FS-8S. Extraído el 7 de Abril de 2013 desde http://www.lls.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeducationmaterials/spanish/pdf/sp_integrativecamtherapies.pdf
- Wingate, M.E. (1964). A standard definition of Stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 29, 484-489. Extraído el 5 de Abril de 2013 desde <http://jshd.asha.org/cgi/reprint/29/4/484>.

ANEXOS

Los anexos de la presente tesis, se encuentran respaldados en el CD de anexos. En él, se presentan seis carpetas, cinco correspondientes a cada una de las muestras en estudio y una de documentos extra. La carpeta de la muestra 1 incluye la presentación a la muestra 1 junto con la bitácora 1. A su vez, esta carpeta se subdivide en las áreas de fonoaudiología, música y psicología, cada una contiene los siguientes documentos:

- Dossier informativo.
- Carta de invitación.
- Marco conceptual.
- Ruta de trabajo.
- Entrevista.
- Transcripción de la entrevista.

La carpeta de la muestra 2 contiene la bitácora 2. A su vez, esta carpeta se subdivide en las áreas de fonoaudiología, musicoterapia y psicología, cada una contiene los siguientes documentos:

- Dossier informativo.
- Carta de invitación.
- Marco conceptual.
- Ruta de trabajo.
- Entrevista.
- Transcripción de la entrevista.

La carpeta de la muestra 3 y 4 contiene la bitácora 3 y 4 respectivamente. La carpeta de la muestra 5 presenta la bitácora 5, el consentimiento informado y la carta de compromiso. Finalmente, la carpeta de extras contiene el afiche del taller, el tríptico informativo del programa, la carta de petición de laboratorios para grabación y la carta de prórroga.