



Universidad de Chile

Facultad de Artes

Escuela de Postgrado

**COMUNICACIÓN NO VERBAL Y DESARROLLO DE APEGO EN UNA
EXPERIENCIA MUSICOTERAPÉUTICA EN NEONATOLOGÍA**

Proyecto final para optar al curso de especialización de Postítulo en Terapias de
Arte, mención en Musicoterapia

Karen Aliaga Aravena

Profesora Guía: Patricia Lallana

Santiago - Chile

2010



Agradezco a las familias con las que interactué en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, por permitirme participar, en mi calidad de practicante de Musicoterapia, en el delicado proceso por el cual estaban atravesando.

Gracias a la Profesora Patricia Lallana por su profesionalismo y amistad, generosidad y entrega.

Gracias a mi familia por el apoyo incondicional puesto a prueba durante el período de gestación de esta monografía.

Un especial agradecimiento a los bebés prematuros por permitirme entrar en su frágil pero riquísimo mundo sonoro, en sus silencios y lenguaje expresivo. ¡Pura vida!

Índice

Resumen	4
1. Introducción	5
2. Contexto Institucional	7
3. Marco teórico	10
3.1.1 El Prematuro	10
3.1.2 Características del Prematuro	11
3.1.3 Características del vínculo en el prematuro	12
3.1.4 Ambiente en la Neo	16
3.1.5 Musicoterapia en la Neo	18
3.2 Antecedentes relevantes del trastorno clínico	24
4.- Proceso Musicoterapéutico	35
4.1 Objetivos	35
4.2 Setting	37
4.3 Etapas de trabajo y encuadre musicoterapéutico	43
4.4 Descripción de la intervención musicoterapéutica	47
4.4.1 Descripción de la intervención musicoterapéutica con KA	48
4.4.2 Descripción de la intervención musicoterapéutica con FC	52
4.4.3 Descripción de la intervención musicoterapéutica con EFE	54
4.4.4 Descripción de la intervención musicoterapéutica de LU	55
4.5 Evaluación	57
4.5.1 Logros obtenidos de Objetivos propuestos:	57
4.5.2 Análisis de transferencia y contratransferencia	59
4.5.3 Análisis del vínculo entre Musicoterapeuta-Coterapeuta	60
4.5.4 Autoevaluaciones de fortalezas y debilidades propias	61
5.- Conclusiones	63
6.- BIBLIOGRAFÍA	66
7.- ANEXOS	68

Resumen

Este trabajo relata la experiencia que tuvo lugar en la Unidad de Neonatología del Hospital J.J. Aguirre, con bebés prematuros con trastornos clínicos variados, cuyo objetivo fue la realización de una intervención musicoterapéutica, en alivio del dolor y el estrés, contención tanto a bebés como a sus padres, además de trabajo de vinculación con sus madres en un ambiente de hospitalización.

Para ello fue necesario hacer un análisis del mundo sonoro del bebé prematuro previo a la terapia, recopilando la información aportada por sus padres, a través de fichas que fueron creadas con ese fin. Asimismo, se orientó la terapia según los trastornos clínicos y necesidades emocionales específicos de cada bebé.

Tanto el tipo de tratamiento como el tipo de instrumentos utilizados para cada paciente varió, principalmente, de acuerdo a sus estados de salud y edad. Si bien la gran mayoría de los pacientes eran prematuros al nacer, al momento de realización de la terapia algunos ya tenían un par de meses de hospitalización. Esto fue determinante para la terapia, ya que los casos requerían tratamientos distintos.

Las respuestas obtenidas por los bebés frente a las sesiones, las reacciones de sus padres, las vinculaciones generadas durante el periodo de práctica, indican claramente que el trabajo musicoterapéutico efectuado en la Unidad de Neonatología, dio resultados que son beneficiosos para los pacientes, orientan a sus cuidadores, los reafirma y refuerza en sus roles, permitiéndoles reorganizarse frente a una experiencia nueva. Esto es muy relevante de considerar, pues la presente experiencia es la primera de este tipo que se realiza en la Unidad de Neonatología del Hospital J.J. Aguirre.

1. Introducción

Como profesora de Danza, siempre he tenido contacto con los niños ya que esa ha sido mi orientación laboral durante años, trabajando a nivel educativo con el movimiento y la expresión corporal como recursos para la creación y la transmisión de emociones.

Al finalizar el postítulo en Musicoterapia, al momento de escoger mi lugar de práctica, me atreví a pedir lo que sonaba casi imposible de realizar: una práctica con bebés que no pueden expresarse con lenguaje verbal.

Mi condición de profesora de Danza, y ahora de Musicoterapeuta, me llevaron a decidir un lugar donde el lenguaje no verbal sería, precisamente, la única forma de comunicación. Esta decisión abrió el deseo de realizar la práctica en una Unidad de Neonatología.

En consecuencia, el trabajo que sigue relata la experiencia de la práctica musicoterapéutica realizada en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile José Joaquín Aguirre, durante el segundo semestre del 2009, comenzando en agosto y finalizando en diciembre, con un total de 16 sesiones, a 6 pacientes.

El objetivo inicial fue conocer los trastornos clínicos de los pacientes y responder las siguientes preguntas: ¿Puede la música estimular, tranquilizar o afectar a un bebé emocionalmente en un espacio tan particular como una Unidad de Neonatología? ¿Cómo reaccionarían a la música? ¿Qué instrumentos son los apropiados para trabajar con bebés prematuros? ¿Cómo acercar a los padres a sus hijos a través de una intervención musicoterapéutica en un hospital?

Estas interrogantes fueron resueltas durante el periodo que duró la práctica a través de la observación de las reacciones de los bebés frente a las sesiones individuales y de padres frente a sus hijos, utilizando como principal recurso la comunicación verbal de su realidad hospitalaria, en forma de cantos, rimas y arrullos infantiles, juegos

musicales, y mediante los instrumentos musicales que sirvieron de intermediarios no verbales.

La monografía está dividida en cuatro partes principales más una conclusión:

- La primera parte contiene la descripción del lugar donde se efectuó la intervención y que me recibió como estudiante en práctica: el Hospital y la Unidad de Neonatología, sus características físicas y su funcionamiento.
- La segunda se refiere al bebé prematuro, su condición de salud, sus necesidades de vinculación y apego con sus madres o cercanos, el lugar que los recibe y sus primeros cuidados al llegar a Neonatología, sumado a una descripción de la búsqueda de los beneficios de la Musicoterapia para recién nacidos prematuros en un contexto hospitalario.
- La tercera parte describe los distintos antecedentes clínicos de los pacientes tratados. Se exponen cuatro casos y me detendré con mayor profundidad en KA y FC¹. Ello debido a que mi periodo de práctica lo realicé en su totalidad con KA, sin perjuicio de lo cual exponer con detalle el caso de FC resulta relevante, pues constituye una experiencia que considero significativa para la exposición de hechos importantes que marcaron el proceso de práctica y los beneficios que logró la terapia a corto plazo.
- La cuarta parte está enfocada a relatar el proceso terapéutico, la descripción de sesiones específicas, y cómo fue experimentado este trabajo por mí en la Unidad de Neonatología.
- Finalmente se presenta una conclusión de esta experiencia y se adjunta en anexo la ficha y el protocolo que utilicé como apoyo para llevar de mejor forma el proceso para conectarme con cada bebé y sus respuestas a la Musicoterapia.

¹ Cabe destacar que los nombres de los pacientes no están registrados en este trabajo y solo son combinaciones de letras para poder diferenciarlos. Esto por petición de los padres y por el cuidado de la identidad de los pequeños y su familia.

2. Contexto Institucional

La práctica musicoterapéutica tuvo lugar en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, José Joaquín Aguirre, que está ubicado en la comuna de Independencia, en la ciudad de Santiago. Ésta se realizó durante el segundo semestre del 2009.

Como antecedente del Hospital se puede señalar que originalmente se llamó San Vicente de Paul y comenzó a ser construido en el año 1872. Dos años después abrió sus puertas a la atención de público y en 1890 inició sus funciones como Hospital Docente y campo Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.²

A mediados del siglo XX se demolieron las dependencias originales del Hospital para dar cabida a nuevas, que constituyen el actual Hospital Clínico que fue bautizado con el nombre de un “abnegado médico (...), director del Hospital San Vicente, Rector de la Universidad de Chile e impulsor del concepto de un Hospital Universitario, José Joaquín Aguirre”.³

En las décadas del 50 y 60 del siglo pasado comenzó el funcionamiento de la sección de Cuidados Intensivos y Tratamientos Intensivos.

El Hospital Clínico fue el primer lugar en Chile donde se realizó un trasplante renal (1966) y el primero en contar con un endoscopio flexible (1970), que son los comienzos del estudio de cáncer gástrico en Chile. En el año 1994 finalizó el convenio que existía entre el Hospital y el Ministerio de Salud, comenzando así la autogestión Hospitalaria. El año 2000 se inauguró el Servicio de Pediatría.

Actualmente el Hospital ha crecido con Redes Clínicas en otros lugares prestando servicios médicos a la población.

² Informe de Gestión 2006-2010, página web Hospital Clínico de la Universidad de Chile, <http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6421/deploy/1-37.pdf> [consultado el 19/07/2010]

³ Extraído de la página web del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, <<http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/index.aspx?channel=6161>> [consultado el 19/07/2010]

Es en esta institución que se encuentra la Unidad de Neonatología, lugar donde fue realizada la práctica que comenzó en agosto y finalizó en diciembre de 2009, en el Sector A del Hospital - construido en 1931-, situado en el ala poniente del edificio, en un tercer piso, cercano a Av. Independencia y a la entrada de urgencia.⁴

Durante los meses de práctica la Unidad estuvo a cargo del Dr. Jaime Burgos F. y por la Matrona Sra. María Elena Laree.

La Unidad de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile depende del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital y, de acuerdo a su declaración de misión, tiene por objetivo dar atención a los recién nacidos provenientes de la Maternidad del Departamento o a aquellos neonatos que son derivados desde otros centros asistenciales.

La Unidad funciona las 24 horas del día, inclusive sábados, domingos y festivos, con un médico residente y durante la semana con médicos del staff que realizan distintas funciones asistenciales en las diferentes subunidades (UTI, Intermedio y Puerperio), para lo cual cuenta con el apoyo de las unidades de Nutrición, Kinesiología, Rayos y médicos especialistas interconsultores.

La atención de los neonatos se inicia desde antes que ellos nazcan mediante el Consultorio de Asistencia Perinatal y de la Consulta Pediátrica Pre Natal, que constituyen un modo eficiente para dar atención a los padres dentro del contexto del embarazo, sea éste normal o patológico.

Existe, además, el Consultorio de Neonatología, organizado para dar atención a los niños que requieren seguimiento (Clínica de Seguimiento) o simple control pediátrico, a cargo de los mismos neonatólogos que participan en la Unidad⁵.

El equipo de médicos, matronas, enfermeras y auxiliares a cargo de los neonatos realizan su labor en horarios por turnos.

⁴ Ver Anexo N°1 Plano de la institución hospitalaria.

⁵ Fuente de información: <<http://www.redclinica.cl/>> [consultado el 19/07/2010]

Al momento de la práctica, cada turno estuvo a cargo de uno a tres médicos. Una matrona jefe dirigía a matronas, auxiliares y a un equipo de aseo de dos personas, y una secretaria estuvo a cargo del nexo entre la Unidad y el entorno, para hacer, por ejemplo, los ingresos de pacientes.

La Unidad de Neonatología tiene una capacidad para 26 incubadoras, las que se distribuyen en cubículos de 4 incubadoras cada uno. Al ingreso de la Unidad, al fondo del pasillo, se encuentra Cuidados Intensivos con capacidad para 4 incubadoras instaladas en el mismo lugar en que se hallan los médicos de turno.

Los pacientes tienen a su disposición los dispositivos necesarios para la ayuda tras cualquier complicación, como monitores que vigilan la saturación, oxigenación, frecuencia cardíaca, tiempos de medicación, incubadora o cuna para el recién nacido si es que logra controlar su temperatura.

Durante el tiempo de la práctica musicoterapéutica, hecha la consulta a funcionarios de la Unidad de Neonatología (Neo), éstos reconocieron que las características del lugar podrían ser mejores para los bebés, pues el actual se encuentra retirado del pabellón. Por otra parte, a pocos metros se halla una de las principales avenidas de Santiago (Av. Independencia), lo que genera bastante contaminación acústica que puede poner en estado de estrés innecesario al prematuro, razón por la cual existe un plan de cambio de la Unidad al segundo piso del edificio, para mejorar las condiciones ambientales de los bebés y lograr mayor cercanía a pabellón, lo que facilitaría cubrir de modo más oportuno los cuidados necesarios, inmediatos, después de nacidos.

3. Marco teórico

3.1 El Prematuro

Todo recién nacido llega a la vida en condiciones de fragilidad con necesidades muy variadas de un prematuro y otro. La diferencia al nacer de un bebé de 26 semanas y un bebé de 37 semanas es grande en cuanto al desarrollo físico, cognitivo y emocional.

El factor patológico con los que nacen algunos bebés prematuros son agravantes para su condición de salud, como también las enfermedades que están en el entorno a las que son vulnerables, dado que es muy fácil que se contagien.

Pero, ¿cómo se define conceptualmente a un bebé prematuro? Las respuestas son variadas según el enfoque que se tome.

Así, por ejemplo, de acuerdo al *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*, el término “prematuro” significa:

1. adj. Que no está en sazón.
2. adj. Que se da antes de tiempo.
3. adj. Dicho de un niño: Que nace antes del término de la gestación.⁶

De modo más preciso, una investigación reciente de la Universidad de Valencia, denomina Recién Nacido Pre Término (RNPT) “a todo recién nacido vivo con menos de 37 semanas de gestación a partir del primer día del último período menstrual”⁷. Históricamente, se llamaba prematuro al niño que nacía con menos de 2500 gramos de peso, pero actualmente se prefiere llamar a éstos recién nacidos de bajo peso, tendiéndose a reservar el término de prematuro para aquellos cuyo período gestacional

⁶ *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (en línea)* <<http://www.rae.es/>> [Consulta: 10 de mayo 2010]

⁷ Galbis Juan, M^a José. *Función Pulmonar en Prematuros de muy bajo peso al nacimiento durante los dos primeros años de vida: Seguimiento Longitudinal*. (Tesis Doctoral). Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Universidad de Valencia, 2008. Pág.126 <http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-0611109-104246//GALBIS.pdf>

ha sido inferior al normal (37 semanas). Los recién nacidos con peso al nacer inferior a 1500 gramos, se denominan Recién Nacidos de Muy Bajo Peso (RNMBP); y los de peso al nacimiento inferior a 1000 gramos, Recién Nacidos de Bajo Peso Extremo (RNBPE).

En esta monografía me referiré a los prematuros en forma general, tomando en cuenta a todos aquellos recién nacidos pre término (RNPT) antes de las 37 semanas con peso inferior a los 2500 gramos.

Los RNPT nacen en situación de alto estrés, debiendo superar obstáculos complejos ya que su cuerpo no está preparado para el ambiente externo en la forma que sí lo están los bebés a partir de las 38 semanas aproximadamente.

3.2 Características del Prematuro

Los recién nacidos de pre término manifiestan signos de crecimiento y desarrollo intrauterino incompleto: piel fina, delicada, frágil, brillante rubicunda y delgada; uñas friables; actitud y tono muscular característico que los hace parecer débiles; no tienen la actitud de flexión del recién nacido de término; presentan gran disminución en el tejido subcutáneo; prácticamente no existe panículo adiposo; los músculos tienen poco desarrollo y el tono es escaso; por lo general, están quietos, su llanto es débil, succionan sin energía; presentan dificultad respiratoria en mayor o menor grado y problemas para el control de la temperatura; diátesis hemorrágica; disturbios metabólicos como hipoglucemia, hipocalcemia, acidosis respiratoria y/o mixta.⁸

Por otra parte, cuando un niño nace a las 24 semanas de gestación, sus neuronas todavía están migrando desde la matriz germinal hasta la corteza cerebral. “Este cerebro tan inmaduro, tan poco organizado y con escasos recursos para protegerse de

⁸ Dr. Luis Manuel Avalos Huizar. Recién nacido de pretermino. [en línea] <http://www.pediatriaenlinea.com/pdf/reciennacidopretermino.pdf> [consulta: abril 2010]

las agresiones debe madurar fuera del ambiente intrauterino; y hoy sabemos que aun en las mejores condiciones posibles esto no ocurre de la misma forma.⁹

Debido a que el tejido adiposo del RNPT no cumple con su función de regular la temperatura corporal, es necesario ayudarlo con su termostato a través de las incubadoras, dando mayor regulación al funcionamiento de sus órganos.

La incubadora, desde su invención, es un elemento que ha sido de gran ayuda a los RNPT, sin embargo no siempre se encuentran en número suficiente para cubrir la demanda, dado que tienen un alto costo tecnológico.

3.3 Características del vínculo en el prematuro

El RNPT hace su llegada a un clima de mucha incertidumbre por parte de los padres. El clima de intervención constante e intensa de los médicos frente a las necesidades del bebé, va generando un aumento en la sensación de ansiedad en los padres, que pasan de ser los principales actores de su proceso a transformarse en observadores.

Esta nueva experiencia da comienzo a una vivencia de estrés por parte del neonato, que de no ser apoyado, puede llegar a constituirse, desde un inicio, en una persona con mucha inseguridad. Por ello es tan relevante el apego, cuya primera función es servir como refuerzo de seguridad en momentos de estrés que generan inseguridad o miedo. Se instaura una “espiral tóxica, que deja en el niño una marca de vulnerabilidad que podría expresarse años después (...) Así se confirma clínicamente la noción etológica de separación precoz, de rompimiento del apego en un período sensible del desarrollo del niño”¹⁰. Esta ruptura puede crear un factor de vulnerabilidad que se expresará tal vez 20 o 30 años más tarde. Desde esta perspectiva, la eventual

⁹ IV Jornada de actualización en Pediatría. Mesa 3 (Plasencia 2006) *Programa de actividades preventivas en niños prematuros con peso de nacimiento menor de 1.500gs.* Extremadura, España. Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex) Pallás Alonso, Carmen Rosa. Foro Pediátrico, p. 37-55.

¹⁰ Cyrulnik, Boris. *Bajo el signo del vínculo, una historia natural de apego.* 2ª ed. Barcelona. Ed. Gedisa, 2008. Cap. IV. Biología de nuestra historia. Pag. 80- 83

depresión futura no es una tristeza patológica, sino una respuesta patológica del organismo que se fractura según el rasgo de vulnerabilidad instaurado muy precozmente.

El feto cuando se encuentra en el útero está en un ambiente absolutamente protegido, cómodo y placentero al interior de un líquido que lo mantiene alejado del ruido exterior. La voz de la madre, sonido que el feto oye en forma muy clara dado que los fluidos internos, como la sangre, son los que pulsan tanto en ella como en él, se vuelve el principal estímulo auditivo. Si bien su oído no está desarrollado completamente, oye comportándose o reaccionando de manera diversa a los distintos estímulos sonoros.

Lo anterior depende, según Cyrulnik, de la posición fetal, que “es el modo en que se escucha el corazón materno”. Si se encuentra cerca de la placenta, con la cabeza del feto hacia arriba, “se lo percibe como un viento de fuerza 8 en los obenques (tormenta); lejos de la placenta, con la cabeza hacia abajo se lo percibe con un viento de fuerza 4 (buen viento)...el ruido del mundo externo alrededor del útero, alrededor de la madre, son percibidos como un ronroneo sordo, suave y grave”.¹¹

El roce físico más cercano del bebé con su madre es con las paredes del saco amniótico, que estimula su movimiento kinético y de tacto, con el que se conecta desde la propia percepción de su cuerpo, además de estar protegido de la luz y el frío.

El útero “ejerce una presión constante contra su espalda, sus nalgas y su nuca. Sobre ese fondo de tensión permanente, el útero se contrae por momentos y envía a la espalda del bebé un masaje postural. Ese tacto cutáneo posterior constituye la primera vía de comunicación sensorial en todos los mamíferos.”¹²

De acuerdo a estas observaciones, es posible afirmar que el bebé genera, durante los meses que ha compartido el útero con su madre, un conocimiento de su entorno. El

¹¹ Idem. Pag. 40

¹²Cyrulnik. Boris. *Bajo el signo del vínculo, una historia natural de apego*. 2ª ed. Barcelona, Gedisa, 2008. Cap. II La vida antes del Nacimiento Pag. 38

bebé reacciona frente a estímulos físicos y auditivos, los que promueven las primeras nociones del sentir, que implican a su vez la aparición de la emoción.

La aparición del sentimiento de persona se construye lentamente. Cerca de la vigesimoquinta semana, “uno puede comunicarse con seres que se comportan, actúan y reaccionan a los olores, palabras, las canciones, las emociones...Los bebés son competentes mucho antes de nacer, están dotados de una organización neuropsicológica que los vuelve aptos, antes de cualquier experiencia, de cualquier aprendizaje, para percibir, procesar y estructurar las informaciones que llegan de su entorno.”¹³

A este respecto, Rolando O. Benenzon plantea desde su enfoque musicoterapéutico, la importancia del ISO del paciente, que está presente en él desde antes de su concepción:

“ISO...conjunto infinito de energías sonoras, acústicas y de movimiento que pertenecen a un individuo y que lo caracterizan. Este movimiento energético interno está formado por la herencia sonora, por las vivencias sonoras gestacionales intrauterinas y por las experiencias sonoras desde el nacimiento hasta la edad adulta.”¹⁴

¿Pero de qué forma se perciben estas energías?

El ser humano aprendió, desde sus inicios como especie, a vivir y convivir con la naturaleza, la que está intrínsecamente compuesta de energías, ritmos, sonidos y movimiento. Tal aprendizaje se conserva incluso en la vida moderna, pues en el hombre occidental, con variaciones climáticas, entre otras, encontramos las siguientes energías sonoras: “el ritmo binario que imita el latido cardíaco, las sonoridades y el movimiento del agua (líquido amniótico), los sonidos de inspiración y espiración... el

¹³ Idem. Pag. 31 y 33

¹⁴ Benenzon, Rolando. La nueva musicoterapia. 2ª ed, Buenos Aires, Lumen, 2008. El principio de ISO_Arquetipos (Jung)-Impringting (Lorenz) pag. 71

silencio...El ISO gestáltico contiene en el inconsciente las energías sonoras que se producen desde el momento de la concepción de cada individuo.”¹⁵

Es decir, los pequeños cuerpos de los fetos han recogido la información con energías heredadas de sus antepasados, de la naturaleza y de su propia madre, quien ha entregado a través de su cuerpo dicha información, necesaria para una comunicación sin palabras.

La relación que existe entre madre y bebé en el útero al momento de alimentarse es tan intensa que a través de estudios se ha podido comprobar que los pequeños bebés sienten incluso el gusto de los alimentos que sus madres ingieren. Los fetos tendrían una suerte de experiencia culinaria intrauterina: “en las horas siguientes al nacimiento, los recién nacidos marseleses reaccionaron en forma diferente de los recién nacidos parisinos. La cultura culinaria de la madre formó su gusto, mientras todavía estaba dentro del útero. Esto a raíz que se preguntó a las madres si habían comido alioli los últimos meses de embarazo y las que respondían positivamente tenían en sus hijos una reacción agradable que las que respondían negativamente.”¹⁶

Tomando en consideración estas teorías se vuelve cada vez más importante la idea de mantener el contacto del bebé con su madre, cercana a sus latidos, su olor y gusto, su voz como fuente de seguridad y afecto. Estos pueden ser los recursos de los cuales, junto al musicoterapeuta, el RNPT dispondrá para mejorar su estado emocional, desde las experiencias vividas aún estando en el útero, sus núcleos de salud, el ambiente más seguro y confortable que conocía y que le permitirán salir adelante de situaciones estresantes como las vividas durante el periodo en una Unidad de Neonatología, ambiente desconocido, que intenta entregar una estabilidad física y emocional, pero que, a pesar de sus grandes avances, se encuentra lejos de igualar al vientre materno.

La labor de una institución como un Hospital se vuelve compleja cuando se intenta no sólo procurar el bienestar físico del paciente, sino también bienestar emocional. Así

¹⁵ Benenzon, Rolando. *La nueva Musicoterapia*. 2ª ed, Buenos Aires, Lumen, 2008. El principio de ISO_Arquetipos (Jung)-Impringting (Lorenz) Pag. 72 .

¹⁶ Cyrulnik, Boris. *Bajo el signo del vínculo*. 2ª ed. Barcelona, Gedisa, 2008. Cap. I La actitud Etológica. Pag. 39

ocurre, por ejemplo, en experiencias como la del Método Madre Canguro, que surge en Colombia por la falta de incubadoras en los hospitales públicos, pero se expande rápidamente al resto del mundo por los beneficios que aporta al RNPT el hacer contacto piel con piel con la madre, mejorar la temperatura corporal, la alimentación y el vínculo entre bebé y madre¹⁷.

3.4 Ambiente en la Neo

La realidad del RNPT cambia drásticamente al momento de nacer. Se ven rodeados de nuevos sonidos ambientales. Algunos de ellos, como el de los monitores que tienen cerca, anuncian con zumbidos electrónicos cualquier tipo de anomalía por las que puede estar pasando el bebé prematuro.

Los instrumentos y monitores ayudan al personal de la NEO a comprender y manejar las condiciones físicas del RNPT. Deben estar alerta a todo cuanto sucede en la Unidad y la manera de informarse de cualquier anomalía es a través del continuo piteo de las máquinas que están dispuestas en el entorno del bebé.

Los monitores son sistemas, aparatos eléctricos, que permiten controlar las constantes vitales de modo ininterrumpido. Los monitores más extendidos son los que controlan ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, presión arterial y saturación de oxígeno:

- Ritmo cardíaco: Controla la frecuencia cardíaca y el tipo de onda cardíaca por medio de electrodos, habitualmente tres.

¹⁷ El término “kangaroo mother care (KMC)” o “método madre canguro (MMC)”, se adoptó en el First Internacional Workshop on Kangaroo Care en Trieste en 1996. En esta reunión se definió como el contacto piel con piel precoz, prolongado y continuo, mientras las circunstancias lo permitan, entre el recién nacido de bajo peso (RNBP) y su madre, tanto intrahospitalario como tras el alta precoz hasta al menos las 40 semanas de edad gestacional corregida, junto con la lactancia materna como alimento exclusivo y un adecuado seguimiento extra hospitalario. Al respecto ver: Delgado Guerrero, M., *Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. Enero-Abril 2005* http://www.comtf.es/pediatria/Bol-2005-1/Metodo_canguro.pdf [consultado el 18 de julio 2010]

- Ritmo respiratorio: Controla la frecuencia respiratoria y el tipo de onda respiratoria por medio de electrodos, habitualmente tres.
- Presión arterial: Controla la presión arterial no cruenta por medio de manguitos neumáticos y en casos especiales la cruenta por medio de traductores de presión.
- Saturación de Oxígeno: Controla el nivel de captación de oxígeno por medio de la piel por medio de un terminal de luz de captación de oxígeno.¹⁸

Por otra parte, la luz del lugar donde se ubica a los bebés, es bastante pareja para los pequeños que no necesiten un tratamiento distinto, como es el de mantenerlos a oscuras procurando un ambiente lo más parecido al vientre. La temperatura ambiente se debe mantener alrededor 30°C, lo que facilita a los bebés que no necesitan de incubadora o cunas térmicas para regular su termostato.

La voz de la madre pasa a ser un sonido más entre otros muchos, ya que no existe una política hospitalaria orientada para que ella se acerque, cante, hable, cuente historias o cuentos, si no es por iniciativa propia.

Esta es una transición que podemos considerar traumática que los bebés deben pasar y soportar, ya que la estadía en la Unidad de Neonatología interviene como una forma de alejamiento de la madre, en otros aspectos, del sonido de su voz.

Los sonidos comunes a los que los bebés, en su experiencia intrauterina, estaban acostumbrados, fundamentalmente de la madre que lo acompañaron y cobijaron, dejan de estar presentes en intensidad y permanencia, lo que tiene por consecuencia que la calidad de esa cercanía se ha visto interferida y afectada. Los sonidos que ahora los envuelven son desconocidos y los afectan produciendo estrés.

¹⁸ *Manual de enfermería en neonatología.* [en línea] <
<http://www.aibarra.org/neonatalogia/capitulo1/default.htm>> [consulta: mayo 2009]

3.5 Musicoterapia en la Neo

Debido a los múltiples factores involucrados en el nacimiento y cuidado del prematuro, la Musicoterapia es un tipo de intervención que puede cumplir el rol fundamental para los bebés en:

- Contener al paciente en su nuevo ambiente
- Estimular cognitiva y físicamente al paciente
- Apoyar a los padres en su nuevo rol
- Apoyar en un camino de contención de los padres sobre el bebé, ofreciendo los momentos para generar el vínculo, fortaleciendo sus instintos de protección y conocimiento sobre su hijo
- Realzar una forma de comunicación, de expresión e interacción a través de los instrumentos y voz, que estando presentes no son conscientes de su utilidad hasta que se vivencia en la terapia
- Complementar el quehacer del equipo médico.

Los bebés tienen resueltas sus necesidades básicas y de medicación, pero aún así lloran, el personal no siente que tiene el tiempo para tranquilizar a los pequeños y mimarlos, su función médica no puede cumplir con estos requerimientos, aunque intentan hacerlo. Ellos ven en la musicoterapia un apoyo en un área a la cual no pueden dedicarle mayor tiempo.

Estas instancias dentro de la Unidad de Neonatología son posibles, cuando la necesidad de parte de los padres y el personal se hace latente y es comprendido el rol terapéutico de la música llevado a cabo por el especialista.

Así lo considera también Dunst: “lo prioritario es entregar música a esa asociación entre infante y familia. El servicio del musicoterapeuta es entregar conocimiento de

experticia sobre el impacto de la música, y de proveer estímulos a través de la comprensión de las fortalezas y necesidades de la familia”.¹⁹

Para ello es fundamental dar a conocer la actividad musicoterapéutica al equipo médico y a la familia, generar espacios de información y conocimiento en la Unidad de Neonatología, contar con el apoyo de los médicos tratantes y de la institución.

Existen casos, como uno ocurrido en Argentina, donde la relación generada de conocimiento entre musicoterapeuta y de la Unidad de Neonatología, permitieron para los terapeutas organizarse en torno a la actividad diaria de la Neo, sin entorpecer el trabajo que allí se realizaba. Esto permitió un acercamiento en mayor profundidad por parte del personal hacia el que hacer musicoterapéutico y la comprensión de dicha actividad. Por otra parte se pudo conocer de mejor manera la realidad de las familias que pasaban por la Unidad y acercarse a ellas desde el conocimiento más profundo de las diversas necesidades de las familias.²⁰

La comunicación que se entabla entre musicoterapeuta y paciente comienza con el primer contacto sonoro, la observación activa del musicoterapeuta, la observación de las reacciones del RNPT con el mundo que ofrece el terapeuta, que no intenta más que entrar al mundo del pequeño desde un lugar que genera un vínculo entre ambos, en un camino a construir juntos, redescubriendo un entorno sonoro y construyendo desde esa experiencia una nueva sensibilidad que permita al paciente entablar una comunicación, mediante la expresión sonoro-corporal.

De acuerdo al modelo Benenzon, “el contexto no-verbal es la interacción dinámica de infinitos elementos que configuran códigos, lenguajes, mensajes, que impactan y estimulan el sistema perceptivo global del ser humano, y permiten que éste reconozca el mundo que lo rodea, su entorno, su ambiente y al otro ser humano con el cual tiende a comunicarse. El concepto de interacción muestra que el contexto no-verbal no se

¹⁹ Shoemark, Helen. *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit, The use of Music Therapy in Treating Infants With Complex Bowel Conditions*. BIMC, United States of America, 2000. Pag. 101. [Traducción propia, Karen Aliaga]

²⁰ Emmer, Eugenia. Tesina. *Musicoterapia en U.T.I.N. (Unidad de Terapia Intensiva Neonatal)* Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Carrera de Musicoterapia. 2003.

configura por uno solo de los elementos... Un solo sistema sensorial no permite el 'reconocimiento' de la interacción antes dicha. Solamente una globalización sensorial formada por los sistemas sensoriales auditivos, visuales, táctiles, olfativos, gustativos, gravitacionales, cenestésicos, kinestésicos y otros, permitirá ese reconocimiento."²¹

El musicoterapeuta a través de la música logra facilitar la comunicación entre padres e hijo, transformándose en un mediador de las comunicaciones. El terapeuta cumple así el valioso rol de ponerse al servicio de las inquietudes de los familiares. Ejemplo de ello es lograr la contención de sus deseos y emociones, para lograr un mayor vínculo entre ambos, acercar a la familia y al nuevo ser que lo integra, aún en condiciones de hospitalización.

En otras situaciones, por ejemplo en tratamientos pos-operatorios intestinales, la música también cumple un rol importante, puesto que en esas condiciones el paciente se encuentra con dolor. Es en ese periodo donde el terapeuta realiza la intervención, intenta decodificar las expresiones, observando sus respuestas, asegurando, por la importancia del momento, respetar los tiempos, de lo contrario se puede incrementar el estrés e incomodidad del paciente por dolor. Este es un ejemplo que se expondrá más adelante.

Según Shoemark, "el niño siente muy a menudo, un dolor en la región intestinal y pueden tener episodios frecuentes de vómitos. El bebé puede estar absorbido por el dolor y estar cada vez más agitado, lo que contribuye aún más a sus molestias. La manipulación es considerada como un importante contribuyente al dolor, y, por tanto, limitada a un mínimo. A menudo hay una pequeña ventana de unos 30 minutos después de un alimento y antes del próximo, cuando se considera óptimo para estimular al bebé. Si el bebé está dormido durante este tiempo, la ventana se cierra definitivamente... El musicoterapeuta puede realizar su aporte para ayudar en la

²¹ Benenson, Rolando. *La Nueva Musicoterapia*, 2ª ed, Buenos Aires, Lumen, 2008. El contexto no-verbal.pag. 56

relajación física del bebé mientras está proporcionando contención para los padres. El terapeuta puede modelar formas para nutrir, que son tolerables para el bebé.^{»22}

La nutrición de la que habla la autora permite entregar herramientas que potencien iniciativas y den seguridad a los padres, un constante alimentar desde y para las emociones del bebé y su familia, estímulos que ayudan a relajar al paciente en situaciones de dolor, donde la principal fuente de contención es lo ya conocido por el pequeño: la voz de la madre.

De este modo emerge una relación entre terapeuta y padres, y entre terapeuta y recién nacido, que acentúa aquello que no debe ser olvidado; sus historias sonoras, el motor que mueve y transforma emociones y estados de salud del paciente y entre el pequeño y sus padres, la historia que los identifica y que los vuelve actores y parte de sus propias experiencias, lo cual permite que se redescubran a partir de esa historia sonora.

Ellos, padres y bebé (en la etapa intrauterina), han estado juntos día y noche por meses, acompañándose en buenos y en quizás no tan buenos momentos, conociendo los sonidos que envolvían el ambiente familiar y reaccionando a ellos. El musicoterapeuta apoya a la familia desde el interior de esta organización familiar, ayudando a fortalecer los vínculos familiares, que siguen existiendo.

El musicoterapeuta, de acuerdo a Shoemark, “ayuda a la familia a entender el potencial del sonido que producen sus voces, la utilidad de la regulación externa de la música grabada y los beneficios de la participación y realización de música en vivo para el desarrollo del bebé.”^{»23}

²² Shoemark, Helen. *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit, Music Therapy for Infants With Complex Bowel Conditions*. BIMC, United States of America, 2000. Pag. 105. [Traducción propia]

²³ Shoemark, Helen. *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit, Conclusion*. BIMC, United States of America, 2000. *Music Therapy for Infants With Complex Bowel Conditions*. Pag. 107. [Traducción propia].

El bebé al nacer produce los primeros sonidos que la madre comienza a conocer y reconocer a través, por ejemplo, del llanto o quejido. Este es un proceso de reconocimiento mutuo para encontrarse nuevamente en otro ambiente, esta vez fuera del útero, un reconocimiento desde lo más primitivo, olores, gustos, sonidos.

La exploración vocal del bebé “comienza con un largo proceso de vida de adaptación, o una adaptación en conjunto con el medio ambiente. A través de estos primeros éxitos el niño desarrolla la confianza, lo que le permite seguir aprendiendo. Así, la voz conduce la creación del *self*, que comienza con el nacimiento.”²⁴

¿Por qué se vuelve necesaria y útil la música en vivo en Neonatología y no adquiere la misma importancia la música envasada?

He mencionado en reiteradas ocasiones la necesidad que el bebé prematuro se distancie lo menos posible de su madre. Al ser ésta una realidad difícil de aplicar, una de las formas de lograrlo, es a través de la música, específicamente, con la voz de la madre (o cuidador) y los cantos.

Las canciones de cuna han existido a lo largo de tiempos inmemoriales. Estas entregan mensajes a los niños, los estimulan, crean un clima ya sea de juego o de tranquilidad para lograr tranquilizar o hacer dormir al pequeño. Las canciones pueden expresar el amor y esperanzas que se depositan en el bebé a la vez que se hace contacto visual y corporal los que refuerzan aún más el mensaje en la interacción.

El bebé interioriza, responde y se conecta con la madre quien le arrulla, canta y transmite emociones y pensamientos. Procura un estado de bienestar tranquilizador para el pequeño que llora, comunicando o tranquilizando con su timbre vocal y su tono corporal, como diciendo “ya viene tu comida”, a través de canciones y melodías.

La música en vivo se caracteriza por ser un elemento sanador, con sonidos característicos según el instrumento, que emite alturas, melodías, vibraciones que

²⁴ Nolan, Paul. *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit. BIMC*, United States of America, 2000. Music and neonates: Food for life- Composing the Future. Pag. 121. [Traducción propia].

llegan no solo al oído si no también al cuerpo, las cuales no son emitidas por la música envasada de la misma forma, al no tener un intermediario humano quien se expresa y vincula con el paciente. El musicoterapeuta interactúa con el paciente mediante estos sonidos y la voz expresa, comunica, acaricia, arrulla, tranquiliza o simplemente acompaña al bebé en su camino inicial que no ha sido fácil de transitar.

El “puro impacto de la vibración del aire experimentado durante la música en vivo no puede ser, precisamente, igualada por las grabaciones. Algo se pierde en la traducción. La calidez y la vibración física del cuerpo de la madre, cuando ella canta con un niño en sus brazos, la respiración constante entre frases, el contenido emocional de una canción de cuna bellamente expresada, no puede ser reproducidos por medios electrónicos.”²⁵

Son estas apreciaciones y marco conceptual los que sirvieron de base y desde el cual se interpretará la experiencia desarrollada en mi práctica musicoterapéutica en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, J.J. Aguirre.

²⁵ Bolton, Beth. *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit*. BIMC, United States of America, 2000. Music Alive: Pathway to Communication, Pag.81 [Traducción propia].

4.- Proceso Musicoterapéutico

4.1.- Antecedentes relevantes del trastorno clínico

A continuación detallaré 4 de los 6 casos que me tocó atender en la Neo, su condición al momento de nacer y sus trastornos, para así poder ejemplificar más adelante algunas sesiones musicoterapéuticas relevantes del proceso. Sin embargo, me detendré en mayor profundidad con los pacientes FC y KA, para poder relatar sesiones que sirvan de ejemplo e ilustración de los importantes avances logrados, y con quienes trabajé la mayor parte del tiempo durante la práctica en el Hospital.

KA, Gastrosquisis.

FICHA MUSICOTERAPÉUTICA
<u>Datos Bebé:</u> Nombre: KA Diagnóstico de hospitalización:
<u>Datos personales de la madre</u> Nombre: X Edad: 19 Comuna: QUINTA NORMAL Casada_____ Soltera_____ Conviviente__X____ Día del parto programado: 26 ABRIL 2009 Día del parto (de cuantos meses nació): 17 MARZO 2009 (34 SEMANAS) Parto Normal_____ Cesárea__X____ Complicaciones__GASTROSQUISIS_____
<u>Datos personales del padre</u> Nombre: X

Edad: 31

Estado Civil: SOLTERO

Comuna: QUINTA NORMAL

Disponibilidad

¿Participarías de sesiones de MT Grupal?	Sí_X__	No___
¿Participarías de sesiones de MT Individual?	Sí_X__	No___
Disponibilidad miércoles entre 11:00 y 13:30 hrs.	Sí_X__	No___
Disponibilidad jueves entre 11:00 y 13:30 hrs.	Sí___	No_X__
Disponibilidad sábado entre 11:00 y 13:30 hrs.	Sí_X__	No___

ISO familiar

¿Qué música te gusta?
CELTA, MEDIEVAL

¿Hay una canción en especial que te guste?
O SON DO AR

¿Qué música te rodea en tu entorno habitual?
JAZZ, BOSSA NOVA, CLÁSICA, IMPRESIONISTA, CELTA, BARROCA, MEDIEVAL.

¿Cuántas veces al día escuchas música?
SIEMPRE QUE ESTOY EN CASA O VOY CAMINO AL HOSPITAL.

¿Durante el embarazo tuviste relación con la música de algún tipo?
SI

¿Alguna vez notaste diferencias de movimientos del bebe en el vientre al escuchar música?
NO

¿Acariciaste tu guatita alguna vez?
SI

¿Bailabas en fiestas, eventos o casa?
SI

¿Te gusta cantar?
SI

¿Cantas cuando estás sola?

<p>SI</p> <p>¿Qué es lo que te gusta cantar? MÚSICA CELTA</p> <p>¿Qué canción/es le gustaría cantar a tu bebe? CANCIONES DE ORIGEN CELTA</p> <p>¿Alguien más de tu alrededor le cantaba a tu bebe estando en el vientre o ahora? SI</p>
<p><u>Describe en una palabra la sensación que le producen las siguientes afirmaciones</u></p> <p>Sonido grave: DESAGRADABLE Sonido agudo: ALEGRÍA Cantar: VERGUENZA Rock: ENERGÍA Cantante: ALEGRÍA Música clásica: RELAJO Música que más me gusta: CELTA Música que no me gusta: REGGAETON Música que me tranquiliza: REELS Música que me entristece: TROVA Música que me alegra: JIGS Mi bebe: AMOR, ALEGRÍA, FELICIDAD. Música de día: CELTA (ALEGRE) Música de noche: CLÁSICA Canción de cuna: SUEÑO</p>

KA nació de 34 semanas de gestación, por cesárea. Su diagnóstico antes de nacer era Gastrosquisis, que es una mal formación que se da durante la gestación del feto. Los intestinos del bebé salen por fuera del cuerpo a través de un agujero que se encuentra cercano al ombligo, el que debe ser operado para volver a su lugar. Operación que se realiza al momento de nacer, por medio de una atresia intestinal que es cuidada a diario y provoca mal estar en la paciente.

KA presentó, además, después de nacida intolerancia a la leche y descubrieron a su vez, que no asimilaba los nutrientes debido a que sus intestinos eran demasiado inmaduros, lo que produjo un lento aumento de peso. Debido a esto, sumado a resfríos

e infecciones respiratorias y una operación de urgencia en el intestino, KA era una paciente que en muchas ocasiones durante las sesiones tenía dolor.

KA estuvo hasta los 8 meses en la Unidad de Neonatología, periodo en que alcancé a terminar mi práctica, luego de lo cual fue derivada a la Unidad de Pediatría en el mismo Hospital.

EFE, Preeclamsia de la madre.

FICHA MUSICOTERAPÉUTICA
<u>Datos Bebé</u> Nombre: EFE Diagnóstico de hospitalización: PREMATURO (27 SEM. DE EMBARAZO)
<u>Datos personales de la madre</u> Nombre: X Edad: 37 Comuna: ANTOFAGASTA Casada <input checked="" type="checkbox"/> Soltera _____ Conviviente _____ Día del parto programado: 15 NOV. 2009 Día del parto (de cuantos meses nació) 27+1 Parto Normal _____ Cesárea <input checked="" type="checkbox"/>
Complicaciones _____ PREECLAMSIAS _____
<u>Datos personales del padre</u> Nombre: X Edad: 37 Estado Civil: CASADO

Comuna: ANTOFAGASTA

Disponibilidad

¿Participarías de sesiones de MT Grupal?	Sí_X__	No__
¿Participarías de sesiones de MT Individual?	Sí_X__	No__
Disponibilidad miércoles entre 11:00 y 13:30 hrs.	Sí__	No_X__
Disponibilidad jueves entre 11:00 y 13:30 hrs.	Sí__	No_X__
Disponibilidad sábado entre 11:00 y 13:30 hrs.	Sí__	No_X__

(DISPONIBILIDAD HORARIA A PARTIR DE LAS 12:15HRS.)

ISO familiar

¿Qué música te gusta?
BALADAS ROMÁNTICAS, POP, SWING, ROCK LATINO, PUNK.

¿Hay una canción en especial que te guste?
"SHE" (Charls Aznavour)

¿Qué música te rodea en tu entorno habitual?
MISCELANEO (BALADA, ROCK, PUNK, POP)

¿Cuántas veces al día escuchas música?
6 VECES AL DÍA APROX.

¿Durante el embarazo tuviste relación con la música de algún tipo?
SI

¿Alguna vez notaste diferencias de movimientos del bebe en el vientre al escuchar música?
NO. PRESENTÓ POCO MOVIMIENTO

¿Acariciaste tu guatita alguna vez?
SI

¿Bailabas en fiestas, eventos o casa?
NO

¿Te gusta cantar?
SI

¿Cantas cuando estás sola?
SI

<p>¿Qué es lo que te gusta cantar? MÚSICA INFANTIL Y ALGUNAS BALADAS LATINAS</p> <p>¿Qué canción/es le gustaría cantar a tu bebe? INFANTILES (MAZAPÁN, RONDAS)</p> <p>¿Alguien más de tu alrededor le cantaba a tu bebe estando en el vientre o ahora? SI, SU PAPÁ Y SU PRIMITA.</p>
<p><u>Describe en una palabra la sensación que le producen las siguientes afirmaciones</u></p> <p>Sonido grave: MIEDO Sonido agudo: MOLESTIA Cantar: PLACER Rock: ENTRETENCIÓN Cantante: JULIETA VENEGAS Música clásica: EMOCIÓN Música que más me gusta: TODA Música que no me gusta: ROCK DURO, CANTOS GREGORIANOS, CUMBIAS (como La Noche, Marco Antonio Solis) LAS RANCHERAS Música que me tranquiliza: BALADA Música que me entristece: NINGUNA Música que me alegra: ROCK- POP Mi bebe: REGOCIJO, ALEGRÍA Música de día: ROCK, PUNK, POP Música de noche: ROMÁNTICA Canción de cuna: ARRURRÚ</p>

EFE nació de 27 semanas de gestación por cesárea. El diagnóstico hecho a la madre antes de nacer fue de Preeclamsia, complicación del embarazo producto de la hipertensión que tiene elevados niveles de proteínas en la orina. Esta es una de las patologías y causas más comunes de que nazcan prematuros. EFE nació con inmadurez pulmonar.

La madre de EFE sabía de su complicación por lo cual el parto prematuro era un hecho que trataron junto a los médicos de postergar lo más posible. El paciente probablemente haya sido operado del intestino (colostomía) durante el verano del 2010.

FC de término

FICHA MUSICOTERAPÉUTICA		
<u>Datos Bebé</u>		
Nombre: FC		
Diagnóstico de hospitalización: COMPLICACIÓN INTESTINAL, POSIBLE ATRESIA.		
<u>Datos personales de la madre</u>		
Nombre: X		
Edad: 25		
Comuna:		
Casada_____	Soltera__X__	Conviviente_____
Día del parto programado		
Día del parto (de cuantos meses nació)		
Parto Normal__X__	Cesárea_____	
Complicaciones____NINGUNA AL NACER_____		
<u>Datos personales del padre</u>		
Nombre: X		
Edad: X		
Estado Civil: X		
Comuna: X		
<u>Disponibilidad</u>		
¿Participarías de sesiones de MT Grupal?	Sí___ NO SABE	No___
¿Participarías de sesiones de MT Individual?	Sí___ POSIBLEMENTE	No___
Disponibilidad miércoles entre 11:00 y 13:30 hrs.	Sí___ NO SABE	No___

Disponibilidad jueves entre 11:00 y 13:30 hrs.	Sí___ NO SABE	No___
Disponibilidad sábado entre 11:00 y 13:30 hrs.	Sí___ NO SABE	No___

ISO familiar

¿Qué música te gusta?

ROMÁNTICA (Arjona, Luis Miguel, más nombres en español)

¿Hay una canción en especial que te guste?

DE DOUGLAS ("MI NIÑO, MI NIÑITA" SE TRATA DE ESO)

¿Qué música te rodea en tu entorno habitual?

REGGAETON, 80'S ROMÁNTICAS, CUMBIA

¿Cuántas veces al día escuchas música?

AHORA NADA, ANTES ENTRE LAS 10:00 HASTA LAS 14:00

¿Durante el embarazo tuviste relación con la música de algún tipo?

DE TODO

¿Alguna vez notaste diferencias de movimientos del bebe en el vientre al escuchar música?

SI, CON EL REGGAETON Y CON LA CUMBIA

¿Acariciaste tu guatita alguna vez?

SI Y LE HABLABA TAMBIÉN

¿Bailabas en fiestas, eventos o casa?

SI, PARA AÑO NUEVO Y EN JUNIO, HASTA EN BICI ANDUVE PERO ME DIERON CONTRACCIONES

¿Te gusta cantar?

SI, DERREPENTE EN MICRO

¿Cantas cuando estás sola?

ANTES SI, MÚSICA ROMÁNTICA, EN EL EMBARAZO LLORABA

¿Qué es lo que te gusta cantar?

ANTES EN LA UCI, LE ORABA, REZABA

¿Qué canción/es le gustaría cantar a tu bebe?

¿Alguien más de tu alrededor le cantaba a tu bebe estando en el vientre o ahora?

Describe en una palabra la sensación que le producen las siguientes afirmaciones

Sonido grave: FUERTE
Sonido agudo: DESPACIO
Cantar: ALEGRE
Rock: NO ME GUSTA
Cantante: PERSONA
Música clásica:
Música que más me gusta:
Música que no me gusta: ROCK
Música que me tranquiliza: ROMÁNTICA
Música que me entristece:
Música que me alegra: REGGATON, CUMBIA
Mi bebe: TODO PARA MI
Música de día: NO ESCUCHO
Música de noche: LOS 80'S
Canción de cuna: ARRURRÚ MI GUAGUA

FC nació casi a las 39 semanas de gestación por parto natural. Tuvo a los días de nacido una complicación intestinal y fue operado de urgencia al tener enrollado el intestino en una zona, atresia intestinal, lo que podía derivar en septicemia debido a que se demoró unos días en diagnosticarse por falta de síntomas. Esta complicación lo mantuvo hospitalizado cerca de 2 meses, periodo en que fue operado en 4 ocasiones al intestino sin claro motivo de por qué se produjo esta anomalía.

FC era un paciente que padecía de dolor abdominal y de su pie, por la grave infección que se le produjo tras un examen en donde la herida se infectó. Además de tener una constante sensación de hambre producto de su problema intestinal.

Al momento del alta, FC era un bebé sin atresia intestinal y un pie absolutamente sano.

Lu Prematuro

Ficha Musicoterapéutica.		
<u>Datos Bebé</u>		
Nombre: LU		
Diagnóstico de hospitalización:		
<u>Datos personales de la madre</u>		
Nombre: X		
Edad: 29		
Comuna: SANTIAGO		
Casada <input checked="" type="checkbox"/>	Soltera <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/>
Día del parto programado		
Día del parto (de cuantos meses nació) 7 DE OCT. 2009 26 SEMANAS		
Parto Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>	
Complicaciones <u>PREMATURO</u>		
<u>Datos personales del padre</u>		
Nombre: X		
Edad: 31		
Estado Civil: CASADO		
Comuna: SANTIAGO		
<u>Disponibilidad</u>		
¿Participarías de sesiones de MT Grupal?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Participarías de sesiones de MT Individual?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Disponibilidad miércoles entre 11:00 y 13:30 hrs.	Sí <input type="checkbox"/> a veces	No <input type="checkbox"/>
Disponibilidad jueves entre 11:00 y 13:30 hrs.	Sí <input type="checkbox"/> a veces	No <input type="checkbox"/>

Disponibilidad sábado entre 11:00 y 13:30 hrs. Sí ___ a veces No ___

ISO familiar

¿Qué música te gusta?
ROMANTICA

¿Hay una canción en especial que te guste?
"SI HAY DIOS" (Alejandro Sanz)

¿Qué música te rodea en tu entorno habitual?
ROCK Y ROMÁNTICA

¿Cuántas veces al día escuchas música?
CUANDO ESTABA EMBARAZADA, TODO EL DÍA

¿Durante el embarazo tuviste relación con la música de algún tipo?
SI, HASTA EN MI VIENTRE LE COLOCABA BEATLES, MÚSICA CLÁSICA, MÚSICA SOLO CON METALÓFONO.

¿Alguna vez notaste diferencias de movimientos del bebe en el vientre al escuchar música?
NO

¿Acariciaste tu guatita alguna vez?
SI

¿Bailabas en fiestas, eventos o casa?
SI

¿Te gusta cantar?
SI

¿Cantas cuando estás sola?
SI

¿Qué es lo que te gusta cantar?
ESCUCHO DE TODO, PERO GENERALMENTE CANTO MÚSICA ROMÁNTICA.

¿Qué canción/es le gustaría cantar a tu bebe?
SOLO SE ME OCURRE "AMARTE" (Alejandro Sanz)

¿Alguien más de tu alrededor le cantaba a tu bebe estando en el vientre o ahora?

SI, MI ESPOSO

Describe en una palabra la sensación que le producen las siguientes afirmaciones

Sonido grave: DESAGRADO

Sonido agudo: DESAGRADO

Cantar: ALEGRÍA

Rock: AGRADO

Cantante: AGRADO

Música clásica: RELAJO

Música que más me gusta: ROMÁNTICA Y ROCK DE LOS 90

Música que no me gusta: ELECTRÓNICA

Música que me tranquiliza: CLÁSICA

Música que me entristece: NINGUNA

Música que me alegra: CUMBIAS

Mi bebe: FELICIDAD

Música de día: TODO

Música de noche: TODO

Canción de cuna: A RURRÚ MI GUAGUA

Lu nació a las 26 semanas de gestación por parto natural, sin ninguna complicación aparente, solo se encuentra delicado por su condición de prematuridad.

Fue dado de alta pocos días antes de finalizada la práctica, solo tuvo que llegar al peso necesario para salir de la Neo.

4.2 Objetivos

Los primeros objetivos establecidos eran poder conocer las necesidades de los pacientes, sus estados de salud y a través de sus padres el ISO familiar previo a su nacimiento²⁶. Así surgieron las primeras ideas de cómo realizar las sesiones con los recién nacidos en la Unidad de Neonatología.

Al conocer con mayor nivel de detalle a los pacientes la práctica fue derivando a objetivos más específicos según la necesidad del paciente a corto o largo plazo:

²⁶ Ficha Musicoterapéutica Anexo N° 2.

- Disminuir posibles estados de stress.
- Contener y tranquilizar para disminuir los momentos de dolor
- Contener y tranquilizar para disminuir los momentos de hambre.
- Fortalecer el vínculo entre madre y bebé.
- Entregar estabilidad emocional tanto al paciente como a sus padres
- Permitir que las mamás desarrollaran de manera autónoma y segura su proceso de vinculación con sus bebés.

Planificación de actividades para lograr los objetivos:

- Cantar al paciente al inicio de la sesión presentándome y contándole a los bebés que es lo que haría.
- Cantar al momento de despedirme, improvisando y contextualizando su situación y explicando si nos volveríamos a encontrar o no cuando existía la posibilidad de el alta médica.
- Contacto corporal en momentos de juego, arrullo y canto.

Tipos de juegos:

- “Ahí está, no está”
- “Caballito hop”
- Improvisación guiada con madres
- Historias de imaginación y cuentos.

4.3 Setting

La búsqueda en relación a los instrumentos a usar con los RNPT en la Neo, duró al menos 3 sesiones.

Uno de las observaciones que realicé fue la manifestación de agrado o desagrado de los instrumentos por parte de los pacientes.



Reacción frente al sonido del metalófono

Debo mencionar, que los RNPT no reaccionan de la misma forma a los mismos instrumentos, por lo que demuestra que tienen preferencias por un instrumento u otro



Ceño fruncido indica molestia, dolor.



Una expresión más tranquila durante la enfermedad

Algunos de los instrumentos usados:

- El metalófono, con su timbre agudo, fue aceptado a pesar que al comienzo tuve un poco de aprensión. Esto fundamentalmente por la idea que el timbre agudo y su vibración podría molestar al bebé. En una conversación con uno de los médicos de turno, al ver que sacaba los cascabeles, me comentó su aprensión

a que los bebés tuviesen sonidos “estridentes” como los calificó, situación que quedó resuelta al explicarle que “se hacía con cuidado y que si tras la observación era percibido malestar, me detendría, pero que debía dejar hacer mi terapia”, esto me provocó una sesión posterior de inseguridad al momento de querer usar instrumentos como cascabeles, pandero o el metalófono.

Con el tiempo, me di cuenta que lo importante era la seguridad y que solo la observación podría darme respuestas a mis dudas, cosa que ahora puedo afirmar.

- La flauta tenor, la que tuvo una buena llegada a los bebés, sonidos mas suaves al llegar a tonos más bajos.
- La flauta de madera, que no era aguda, sonaba muy suave y además se oía el viento que pasaba por ella. Tuvo buena aceptación.
- La kalimba, instrumento que fue aceptada en forma unánime.
- Los eggs (semillas), que acompañaron todo tipo de ritmos, canciones e historias
- El pandero, el que usé solo con KA, quien podía manipularlo.
- Los cascabeles con figuras de colores, que si eran suavemente tocados se volvían atractivos personajes que interactuaban con KA.
- Cajita musical con tema “Hey Jude” de The Beatles. Era un momento en que padres sentían que interpretaban una canción positiva sus hijos.²⁷
- La cámara de video con su trípode, estuvieron presentes en casi todas las sesiones, generando curiosidad en algunos pacientes y comentarios por parte de las enfermeras que se referían a los pacientes de “estrellas” o famosos” cuando se acomodaba la cámara.

En un comienzo investigué con palo de agua, pensando erradamente que este instrumento al relacionarlo al sonido del agua, sería aceptado de inmediato. No fue así. El palo de agua produjo rechazo en los bebés, se sintieron incómodos con su sonido,

²⁷ Ver canción en Anexo N°3.

provocando fruncimiento de ceño, se veían más tensos y mostraban la incomodidad con grandes movimientos corporales como queriendo distanciarse del sonido.



Reacción de estrés (brazos y piernas se estiran) frente al palo de agua

La kalimba fue el instrumento que logró entregar un estado físico y anímico tanto a recién nacidos como a padres, de tranquilidad mutua y de armonía.

Por su sonido y vibración, permitió que cada vez que sonaba, el ambiente se tornara más cálido. Lograba captar la atención del bebé. Se concentraban en el sonido como queriendo decodificar su timbre sonoro, se entregaban al sonido que los relajaba hasta hacerlos dormir en varios casos.



Padre e hijo se relajan con el sonido de la kalimba

Este sonido agradaba incluso al personal. Se acercaban a conocer el instrumento y si estaban ocupados con algún paciente mientras sonaba la kalimba, no podían dejar de mirar de reojo o de comentar acerca del instrumento. Por este mismo motivo, jamás fue cuestionado su uso, más bien era aceptado su sonido generando expresiones verbales o corporales de agrado. Si lo tuviera que calificar, es el instrumento que obtendría la más alta puntuación de aceptación.

Las semillas acompañaron las distintas canciones y conversaciones en todas las sesiones, los ritmos y pulsaciones del paciente y fue aceptada por todos en todas las sesiones. Es un elemento que sirvió de base para acompañar cualquier sonido

(canciones o sonido de los instrumentos médicos) y elaborarlo rítmicamente con mucha facilidad.

La flauta, al ser un instrumento de viento, generó en una oportunidad una reacción que produjo un cambio en la saturación a uno de los bebés más pequeños, cosa que solo pude observar en esa ocasión.



Pediatra interviene en la apnea de una paciente

Los cascabeles, pandero, flautas, semillas, fueron elementos de juego y conversación entre paciente y terapeuta y entre madre e hija, con bebés que ya son más grandes como en el caso de KA, que puede interactuar con esos instrumentos aunque no los pueda soplar como en el caso de la flauta. Se vio agrada por el sonido y comprendió cómo se tocaba, “hizo” como que tocara al imitar lo que yo hacía.

La cámara fue aceptada por los médicos quienes se aseguraron antes de dejar en claro que debía desinfectar las manos cada vez que la tocara, ya que podía portar enfermedades, por tal motivo intenté siempre desinfectar ciertas zonas de donde la sostenía y lavar manos después de tocarla.

A los bebés, la cámara les atraía intensamente. Esto se expresaba por que la miraban fijamente, se sonreían y luego apartaban la vista. Esto sucedía varias veces durante la sesión.

4.4 Etapas de trabajo y encuadre musicoterapeutico

La primera vez que llegué a la neo, el objetivo fue conocer el lugar, las características de los pacientes y desde una noción guiada del funcionamiento y los pacientes presentados por el médico a cargo, Dr. Burgos, seleccionar a quienes podrían verse beneficiados de las sesiones musicoterapéuticas, generar la necesidad de la terapia, y discutir los horarios y tiempos de las mismas.

Debido al movimiento constante propio de la Unidad y de las características de los pacientes, mi preparación del encuadre de cada sesión se pensaba y realizaba una vez en el lugar, ya que no existía la certeza de poder realizar la terapia, ni tampoco bajo qué circunstancia se realizaría.

Las condiciones en que se llevaron a cabo las sesiones no siempre fueron las óptimas, ya que no existía la privacidad necesaria para que madre y/o padre se sientan con la tranquilidad para entregarse a través de la música a su bebé, lo que implicaba un trabajo más lento. Aun así, por ser esta una experiencia nueva, se hicieron esfuerzos para generar esos espacios.

Una vez seleccionados algunos de los pacientes por proposición del médico a cargo, era necesario entregar la información pertinente a los padres quienes firmaban una carta de consentimiento, en la cual aceptaban todas las condiciones del tratamiento de musicoterapia para sus hijos.

Las sesiones duraban alrededor de 15 minutos con cada paciente.

Estas eran individuales en un comienzo, ya que no sabía si los padres querían participar, pero ellos estuvieron dispuestos a ser parte de la terapia, siempre y cuando

tuvieran el tiempo para hacerlo, ya que normalmente se encontraban ocupados realizando trámites propios de la hospitalización de sus hijos, en el lactario o con los hijos en casa, por lo que el tiempo era en ocasiones escaso.

Sin planificarlo, las terapias se dieron de tres formas:

- Paciente y terapeuta: la sesión completa.
- Paciente, terapeuta y madre (o ambos padres): la sesión completa.
- Paciente y terapeuta la mitad de la sesión y luego se incorporaba la madre (o ambos padres) como una segunda parte de la sesión.

Paciente terapeuta

En este tipo de sesión la intervención ocurría a solas con el paciente, sin los padres presentes, debido a que las madres por la mañana dedicaban un tiempo a dejar su leche en el lactario de la unidad, la que cerraba al mediodía, y los padres tenían mayor dificultad para ausentarse de sus trabajos.

Paciente, terapeuta y madre/padre

La intervención se realizaba con uno de los padres presentes o con ambos. En ocasiones los padres solo estaban presentes y reaccionaban, comentando o haciendo exclamaciones de los que veían, pero generalmente, tocaban algún instrumento como la kalimba, semilla o cantando, participando activamente de la sesión.

Paciente y terapeuta mitad de sesión solos

La sesión con el paciente generalmente comenzaba a solas. Cuando alguno de los padres llegaba, los incorporaba mas tarde en la sesión, haciendolos tocar algún instrumento, esto sucedía a veces a la inversa. Debo recalcar que a veces, cuando me encontraba en la sesión, si bien los padres tenían mucho respeto al trabajo que se estaba realizando con sus bebés, ellos se acercaban generalmente a sus cunas y mientras yo cantaba o tocaba algún instrumento, ellos en forma instintiva comenzaban

a acariciar a sus hijos. De esa forma el comienzo de la “segunda” parte de la sesión era fluida y no era percibida por ellos o por mi, como una interrupción.

Mi hora de llegada era a las 9:30 AM, ya que antes conversaba con la secretaria y/o personal y preparaba el setting que utilizaría dentro de la Unidad.

Al llegar a Neonatología producto de una alianza que se generó con la secretaria que se encontraba a la entrada de la Neo pude mantenerme informada de lo que sucedía en la Unidad. Myriam, la secretaria, tuvo siempre una muy buena disposición a ayudar y orientarme en cuanto a la salud de los pequeños, de posibles operaciones, traslados, pacientes nuevos o altas médicas, etc., lo que significó para mí como terapeuta, un lugar de información privilegiada de todas las situaciones ocurridas en el transcurso de la semana. Esto me permitía rápidamente cambiar los objetivos de las sesiones, adaptándolas para la nueva situación que se vivía en la Neo, poder adaptarme a las exigencias de parte de los médicos y estar alerta a cualquier acontecimiento.

Una vez informada, entraba para poder comenzar las terapias, una a una.

Las terapias las sentí cortas, pero al verificar el tiempo real, me di cuenta que las sesiones tenían un tiempo entre 15 a 20 minutos con los más pequeños y con los más grandes, las sesiones tenían una duración de entre 40 a 50 minutos.

Previamente a la sesión, preparaba y desinfectaba los instrumentos, desinfectaba manos y preparaba la cámara para la documentación.

Las sesiones comenzaban con una presentación del terapeuta al paciente, cantándole y contando que había llegado el momento de comenzar la terapia. Luego comenzaba a cantar su nombre para más tarde entregarle canciones improvisadas que hablaran del paciente, su condición de salud o simplemente reforzar el que debía ser fuerte, alimentarse, crecer etc. También canté canciones infantiles para acompañar al paciente o solo interpretaba melodías con el instrumento que elegía para cada situación.

Solo con KA, tuve la oportunidad de realizar las 16 sesiones totales de la práctica. Con los demás pacientes el tiempo varió entre las 4, 6, 7 y 8 sesiones. Todas se realizaron el día miércoles entre las 09:30 hrs y las 13:00 aproximadamente

A veces debía esperar por estar alguno de los pacientes en toma de exámenes o por estar en curación o porque los médicos se encontraban con algún paciente con el cual compartía cubículo y no podía comenzar la terapia. Por estos motivos las sesiones nunca fueron a la misma hora ni tenían la misma duración.

Si el paciente se encontraba en incubadora, tenía la alternativa de abrir las puertas para tener una llegada más directa. El paciente en cuna permitía un mayor acercamiento al bebé y mejor contacto visual del pequeño.

La terapia contaba con una secuencia de inicio, desarrollo y final de sesión.

El inicio se basó en la presentación y contar al paciente a qué venía, pero luego se fue transformando ya que no era necesario presentarse todo el tiempo, hasta llegar al saludo y reforzar la experiencia vivida anteriormente o contener en el momento al paciente. Se desarrollaba con historias que vinculaban a las madres (y padre en algunos casos) en donde se acentuaba la familia y sus vivencias juntos, a través de melodías y ritmos que acompañaban las historias. El final se producía cuando se comenzaba a sentir un agotamiento por parte del paciente o cuando comenzaba a dormirse, lo que indicaba que ya era momento de terminar.

Al salir de la Neo completaba los protocolos en los cuales registraba todo lo ocurrido en la sesión y pensaba en los objetivos de la siguiente sesión. Evaluaba mi desempeño como musicoterapeuta, mi accionar frente a pacientes, padres y personal.

Para recopilar información acerca del ISO del paciente, elaboré un protocolo de diagnóstico de la madre, padre y entorno cercano del RNPT.²⁸

²⁸ Ver Anexo N°4.

Durante la práctica trabajé con un protocolo que nació de la necesidad de responder a las observaciones que surgían durante las terapias.²⁹ Dado que durante las sesiones no se observaron mayores cambios a nivel de saturación en los pacientes, opté por concentrarme en un tipo de observación de carácter cualitativa, de expresiones faciales, corporales, quejidos, sonidos, de las respuestas de los RNPT a la música que elaboré junto a ellos, pues esto aportó mayor información a analizar. Para ello me basé en dos tipos de mediciones que se utiliza en la Neo para medir el dolor del infante:

- El PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996)
- CRIES, puntuación del dolor postoperatorio en el Recién Nacido (Krechel SW 1995)

Tuve la suerte de poder hacer un cierre de sesión con los pacientes antes de que tuvieran el alta médica. Debido a que las sesiones eran una vez a la semana, el periodo de una semana era lo suficientemente largo para poder llegar y encontrarme con novedades como los movimientos de pacientes de una sala a otra, operaciones de urgencia o altas médicas.

4.5 Descripción de la intervención musicoterapéutica

Las intervenciones que a continuación presentaré, son de cuatro pacientes de edades y diagnósticos diferentes.

Las presento a modo de mostrar la diferencia en cuanto a las necesidades de cada paciente con las que uno se encuentra en la Neo, además de ejemplificar los pasos que como musicoterapeuta fui dando para lograr ciertos objetivos a corto y largo plazo, y como en ocasiones la observación inmediata y las decisiones fueron tomadas al encontrarme con el paciente en el momento, sin saber previamente su condición física.

Tres de los casos fueron en sesiones junto a sus padres y uno de los pacientes fue una sesión individual. El paciente estaba enfermo situación que no me esperaba.

²⁹ Ver protocolo en Anexo N°3

4.5.1 Descripción de la intervención musicoterapéutica con KA

¡No está- ahí está! / Toc-toc, ¿quién es?

La paciente comenzó su terapia cuando tenía 5 meses de nacida.

La música como terapia, a través del canto y el juego abrió una posibilidad de acercamiento con la paciente. Una realidad por descubrir e inventando otras realidades a través del juego y la imaginación.

Desde la primicia de “jugar es hacer” de la cual hablaba Winnicott³⁰, se instaló una realidad en la que la paciente pudo comunicar cómo se sentía, lo que le agradaba y lo que no le gustaba.

Hubo un camino de descubrimiento sesión tras sesión, y con el tiempo, la paciente a través del juego disfrutó del reencuentro con su madre. Ambas pudieron reencontrarse desde otra mirada, que no era la hospitalaria, sino desde las canciones, historias y juegos musicalizados.

Cuando comencé la terapia con KA, ella tenía dos reacciones frente a las personas que la visitaban: era muy observadora y buscaba constantemente con la mirada todo lo que se movía a su rededor, sobre todo el contacto con aquellos a quienes conocía y con todo aquel que le hablara. Si no conocía a la persona, lloraba desconsoladamente -para las enfermeras y cuidadoras, este era un comportamiento por temor a algún examen que produjera dolor-, o buscaba el contacto visual de aquellos que conocía, para sonreírles o mostrarse cercana.

La relación de madre e hija se percibía débil, con mucha inseguridad por parte de la madre, y su hija mostraba indiferencia hacia ella.

³⁰ Winnicott, D.W. Realidad y Juego. 7ª reimpre., Barcelona, ed. Gedisa, 2000. Cap.3 el Juego: Exposición Teórica.

La madre de KA comentó en varias ocasiones “no, ella prefiere más a los demás que a mí” y con una leve sonrisa aceptaba la situación, sentándose en una silla al lado de su hija o conversando con otras mamás.

Cuando observé esta dificultad en la relación surgió el objetivo claro a tratar entre la paciente y su madre: lograr vincular a madre e hija, y la forma de hacerlo fue a través del juego.

Normalmente Ka al llegar su madre no lloraba, ya que la conocía, pero tampoco había contacto visual con ella. La paciente se mostraba indiferente a su presencia, prefería el contacto visual de las enfermeras que la visitaban o a los pacientes con quienes compartía habitación.

Durante las sesiones comenzaron a disfrutar el estar juntas, tanto la paciente como de su madre, creando un mundo paralelo al vivido diariamente cambiando los sonidos de las máquinas por los instrumentos, el abordaje médico por un abordaje de juegos y mimos. Disfrutando lugares y situaciones que lograban trasladarlas y reunir las en una fantasía creada y disfrutada por ellas y guiadas por la musicoterapeuta.

En una de las sesiones, frente a un juego que realizaron entre ambas, apareció la comprensión mutua en esos juegos, donde compartieron las sonrisas, miradas y el tacto. Comunicándose, actuando entre sí. Madre e hija imaginaron su casa, esa que KA no conocía y, personajes que existiendo, Ka no había tenido oportunidad de conocer, abstrayéndose de una realidad como lo era la Unidad de Neonatología, para crear otra.

Llegar a este razonamiento tomó varias sesiones y ver realmente el gozo entre ambas al jugar era un momento esperado. El juego ya se había instalado en su relación pero aún no se daba espontáneamente si es que, como terapeuta, no orientaba el juego.

De pronto de la forma menos esperada sucedió. La magia se generó y apareció la risa espontánea entre ambas, comenzando así la creación y construcción de nuevos juegos

que ellas comprendían y que ahora también compartían. Esa sesión comenzó con canciones entre musicoterapeuta y la madre de la paciente, mientras la paciente estaba sentada sobre la terapeuta frente a la madre, tocando el pandero que era el instrumento que en ese momento acaparaba toda la atención de KA, pues cuando saqué el pandero, ella lo escuchó y su atención y concentración en él fue completa.

Yo hacía aparecer y desaparecer el pandero, entre ella y su madre, y cada vez que el pandero desaparecía, por algunos segundos, KA se quedaba mirando fijamente a su madre, para luego volver a buscar con la mirada el lugar donde se escondía el pandero.

Esto sucedió varias veces. Pero fue el momento en que la madre de KA tomó la iniciativa, cuando el significado del juego cambió.

Había vuelto a poner el pandero entre ambas pero esta vez no lo saqué ya que KA lo tenía fuertemente tomado dispuesta incluso a llevárselo a la boca. En ese momento la madre, en un acto improvisado que nació producto de la interacción concentrada entre ambas, en un juego en donde el ambiente se volvió real para quienes participaban del juego, dijo:

-“Toc- toc” - y golpeó con los nudillos el pandero como si fuera una puerta.

KA abrió sus ojos y no parpadeó.

Rápidamente respondí junto a KA como si hubiese sido ella quien preguntaba:

-“¿Quién es?”

- “La mamá”- respondió.

Usé el pandero con las características que lo habían dotado y detrás de la puerta, apareció la mamá de KA. Ella miraba sin parpadear y se sonrió sin dejar de mirar a mamá.

Fue entonces que me di cuenta de lo que allí sucedía.

Ka me miraba de vez en cuando como diciendo “mira lo que encontré, está aquí”.

El juego se reprodujo varias veces más, hasta que se agotó y en ese momento volvimos a los cantos pero esta vez con KA en brazos de su madre quien cantaba sin importar quien estuviera oyendo, preocupación que había manifestado antes de aquella ocasión por ser desafinada.

Al terminar la sesión la madre se sentó agotada y tranquila para poder hacer dormir a su hija y así quedaron largo rato juntas cuando las dejé terminada la sesión.

Así comenzó un nuevo vínculo, con otra realidad que se asomaba: una nueva posibilidad entre ambas. La sesión terminó entre sonrisas tranquilas y en un ambiente cálido que invitaba a descansar.

La madre al final de la práctica describió de la siguiente manera su percepción del trabajo realizado:

“¿Sabes? Las sesiones me sirvieron hasta para cantarle más (a su hija), antes me daba vergüenza que otras personas me escucharan, ¡es que canto tan mal! Pero llegaba al lado (de KA) y a veces le cantaba toda la tarde y me sentía tan satisfecha, recuerdo haberle comentado a (...), la psicóloga, muchas veces que no me atrevía a cantarle (a KA) y conversábamos del tema, pero las sesiones me sirvieron mucho más que esas conversaciones. Realmente sé que fueron un gran aporte en mi vida y en la de mi hija, ahora cantamos y jugamos todo el día y ella se ríe mucho.”

Cuando la práctica estaba por finalizar, me preparé para ese momento.

A la paciente la habían trasladado a Pediatría dentro del mismo Hospital. Sentí la necesidad de llegar hasta Pediatría para finalizar con la terapia, lo que logré tras largas esperas y una serie de conversaciones con distintas enfermeras que finalmente accedieron a que KA recibiera su sesión de cierre.

Cuando llegué a Pediatría, me encontré a KA en una sala grande con 4 cunas, sentada justo en frente de la puerta. Me sorprendió su actitud al verme entrar: KA, con una sonrisa enorme comenzó a doblar su cabeza hacia el costado cada vez más, inclinando a su vez y lentamente todo el cuerpo hacia el mismo lado, entregando su peso, suave, agradada y alegre hasta casi tocar con la cabeza la cama.

Así me recibió y comenzamos a despedirnos, alegres de comenzar lo que sería nuestra última sesión. La actitud que mantuvo durante la sesión era de una niña alegre, dispuesta a disfrutar del momento y compartir su sentir, abierta al juego y mimos.

Me despedí, llena de expectativas a futuro, deseando que su camino fuese bueno a pesar de todas las barreras que, en cuanto a su salud, aún debía superar.

4.5.2 Descripción de la intervención musicoterapéutica con FC

El dolor

Cuando llegué a realizar mis sesiones con FC, estaba consciente que en algún momento lo operarían pero nunca estuve completamente preparada, ya que no había enfrentado una situación similar, por tanto la experiencia fue muy significativa y de mucho aprendizaje.

FC se encontraba en Cuidados Intensivos donde llegó después de su última operación al intestino.

Lloraba intensamente por el dolor y por no poder alimentarse por estar en pos operatorio.

Sin pensar mucho, opté por usar la Kalimba y comencé la terapia. Me acerqué primero a la madre que llevaba mucho tiempo parada junto a su hijo sin lograr tranquilizarlo.

En ese momento llegó el enfermero que explicó que podía darle muy pocas gotas de agua, ya que le podía hacer mal. Eran unas gotas de agua endulzada que relajaba por unos minutos a FC para luego volver a descargar su molestia con llantos.

Me instalé a uno de los costados de la cuna en frente de la madre y el enfermero a los pies del paciente.

Yo tocaba la kalimba en una secuencia reiterativa, en una suerte de “ostinato” melódico.

La madre del paciente acariciaba sus ojos, la zona de las cejas y frente, como intentando relajar la tensión que se divisaba, y el enfermero por su parte, sostuvo las piernas del paciente semi flectadas hacia los lados como en diagonal hacia afuera del abdomen.

La kalimba no dejaba de tocar su melodía que comenzó a surtir un efecto sedante en FC quien se quejaba cada vez más suave. Su rostro fue cambiando de expresión lentamente hasta que logramos entre los tres la contención necesaria para que pudiera dormir, descansar y olvidar el dolor.

Lo dejamos dormir y la madre satisfecha pero cansada, permitió sentarse unos minutos antes de que el paciente pudiera despertar.

La sensación de tranquilidad y agradecimiento en la expresión de la madre eran una clara motivación para continuar con mi labor musicoterapéutica, además de ver que el paciente después de mucho dolor y molestias por no poder alimentarse, dormía tranquilo en su cuna.

4.5.3 Descripción de la intervención musicoterapéutica con EFE

Desanimado y afiebrado

Llegué a ver a EFE y no lo encontré en su lugar de costumbre, ya que había sido trasladado. Me acerqué a preguntar dónde se encontraba y me contaron que el paciente había hecho fiebre y no estaba animado.

Cuando me acerqué a EFE lo vi con una expresión de cansancio, tal vez dolor y se veía también corporalmente cansado o debilitado.

Comencé a hablarle. Le pregunté cómo se sentía, le pregunté si quería que le cantara. Con mucho respeto y con la cautela necesaria frente a cualquier cambio, le canté, toqué suaves canciones. Estaba muy atenta a sus reacciones, expresiones o sonidos.

EFE no emitía sonidos, respiraba con dificultad, se observaba muy agotado y de vez en cuando levantaba las cejas arrugando la frente como tratando de mirar quien se comunicaba con él.

Esto me producía inseguridad ya que no tenía ninguna certeza si esa expresión era para expresar incomodidad de mi trabajo musicoterapéutico o si era su estado general.

Opté por continuar con mayor prudencia.

La sesión fue más corta de lo habitual. Terminada la terapia, el paciente, a pesar de su estado, se veía más relajado que al comienzo.

Al cantar y despedirme, EFE abrió sus grandes ojos, tranquilo, observando fijamente para luego volver a dormir.

Esa es la interpretación que hice por su actitud física y su comportamiento corporal. EFE no estaba bien, era necesario apoyarlo, pero también dejarle el espacio suficiente para que pudiera descansar y salir de ese estado delicado de salud, ya que para un RNPT un estado viral puede ser delicado.

4.5.4 Descripción de la intervención musicoterapéutica de LU

La familia trol

La familia trol, es un poema que se enseña en Suecia, país Nórdico, donde se comparten tradicionalmente entre los jardines de infantes, las historias mitológicas de la zona.

Pensé integrar esta actividad, haciendo una traducción personal de dicho poema para vincular al padre que a pesar de estar en la habitación junto a la madre, su presencia se volvía secundaria. Era prioridad reforzar los roles de cada integrante de la familia en su visita al RNPT.

Así comenzó el poema que poco a poco fueron aprendiendo y del cual, finalmente se apropiaron.

“Arriba en la montaña vive la familia trol,

Trol papá (aquí el padre dice su nombre)

Trol mamá (aquí la madre dice su nombre)

Y el pequeño trol (ambos decían su nombre)

Buuuu dice trol papá (el padre emite el sonido que quiera, que generalmente provocaba risa en los padres)

Buuuu dice trol mamá (la madre emite el sonido que quiera, entre sonrisas)

Y el pequeño trol, solo dice

Buuuuuuuu (los padres responden con un sonido)

Este poema lo interpretaba en un comienzo yo, en sesión individual, realizando todos los sonidos desde los más graves (como el papá trol) hasta los más agudos (el pequeño trol).

En la sesión en conjunto con los padres, cuando realicé este poema de la familia trol el padre se integró, todos jugaron con la idea de que eran una familia de la montaña y que podría interactuar con su hijo aunque fuera tan chiquito.

Para la sorpresa de los padres en al menos dos ocasiones, LU, que debía responder como el pequeño trol, realizó un movimiento que fue interpretado por mamá y papá como parte del juego.

La madre exclamaba contenta que el niño había respondido, había entendido y que le había gustado.³¹

Este fue un momento de alegría para los padres donde sintieron que su hijo respondía y “jugaba” con ellos, lo que dio mayor seguridad a ambos cuando debían hablar, tocar un instrumento o tocar a su hijo, además de la sensación de comunicación.

³¹ Se puede leer con mayor detención sobre esto en “Tema de la relación primaria” Stern, Daniel N. La Constelación maternal: La Psicoterapia en relaciones entre padre e hijos. 1ª ed, Barcelona, Alianza Psicológica, 1997.

5. Evaluación

El trabajo realizado en la Neo, fue una experiencia rica como musicoterapeuta, pero por sobre todo rica en contenido para los pacientes de la Neo que manifestaron satisfacción con el trabajo que se realizó tanto con los RNPT, como con padres y el propio personal quienes esperaron atentos y dispuestos a una experiencia de este tipo, nueva para ellos.

Debo mencionar la importancia que tuvo esta experiencia, ya que según los antecedentes recopilados por mí, no ha habido una experiencia de Musicoterapia en Neonatología en Chile hecha por musicoterapeutas. Se sabe de lugares en que se ha habilitando música en los hospitales pero no como intervención terapéutica formal.³²

Los objetivos planteados al comienzo de la terapia se lograron de acuerdo a los tiempos de hospitalización de los pacientes y sus necesidades, pero claramente el factor tiempo de estadía de los pacientes en la Unidad de Neonatología era un factor importante para lograr cumplir con los objetivos en forma significativas.

5.1 Logros obtenidos de los objetivos propuestos:

La evaluación de los objetivos propuestos durante la práctica, dio los siguientes resultados:

Disminuir posibles estados de estrés:

- Expresiones faciales más tranquilas
- En bebés más grandes con demostración de felicidad tanto de expresión facial como corporal.
- Los bebés lograban relajarse para quedarse dormidos.

³² Para asegurarme de esto, consulté a la actual directiva de ACHIM (Asociación Chilena de Musicoterapia, institución que fue fundada por profesores del postítulo de la Universidad de Chile), y efectivamente no se conoce una experiencia anterior de este tipo.

Contener y tranquilizar para disminuir los momentos de dolor.

- Ejemplo de esto fue el paciente FC: Necesitaba de atención por el dolor que tenía tras su operación. Su madre reconocía la terapia como algo que ella necesitaba en ese minuto para “ver si su hijo se tranquilizaba”.
- El paciente no solo se tranquilizó, si no que pudo quedarse dormido, a la vez que su madre pudo descansar.
- El personal sintió que el bebé era “consolado” ya que ellos no pueden cumplir con esa labor todo el tiempo.

Contener y tranquilizar para disminuir los momentos de hambre.

- Lograban soportar mayor tiempo la sensación de hambre.
- Lloraban con menor intensidad o dejaban de llorar completamente.

Fortalecer el vínculo entre madre y bebé.

- El encuentro entre KA y su madre, se produjo al pasar de las sesiones a tal punto que madre e hija jugaban y compartía abstrayéndose del contexto físico.
- Madres y padres disfrutaban del juego y canciones junto a sus hijos.

Entregar estabilidad emocional tanto al paciente como a sus padres.

- Padres más estables emocionalmente al estar con sus bebés.
- Padres pudieron expresar sus emociones al estar con sus bebés
- Observación de expresiones faciales y corporales más estables de los bebés al estar más tranquilos sus padres.
- Seguridad al querer expresar emociones frente a sus hijos.

Permitir que las mamás desarrollaran de manera autónoma y segura su proceso de vinculación con sus bebés.

- Mayor autonomía en tomas de decisiones frente al personal, ejemplo de esto es la decisión de pedir alzar a sus hijos.
- Autonomía y seguridad al expresar su opinión frente al personal en por ejemplo la interpretación de las expresiones de sus hijos.
- Mayor seguridad al enfrentar y procesar problemas de salud de sus hijos.

5.2 Análisis de transferencia y contratransferencia

El vínculo que se generó entre musicoterapeuta y paciente se expresó a través de la relación con los instrumentos y los juegos dentro de la Unidad.

Tratar a pacientes tan pequeños, genera una ternura que conmovió a la terapeuta y asustó debido a su fragilidad. La necesidad de tacto por parte mía era reprimida, dado que también sabía del cuidado que se debía tener con los bebés, ya que se podía ser portador de enfermedades simples, pero que podían derivar en complicaciones para los pacientes, razón por la cual, evité tomar en brazos a los pacientes.

La experiencia vincular con mis pacientes fue estrecha y rica en contenido no verbal, aprovechada, comentada y analizada, con un compromiso por el bienestar general de los pacientes y el bienestar emocional de sus padres, quienes necesitaban de un espacio como el entregado por la musicoterapia en la Unidad de Neonatología. Los bebés se encontraban en un momento de vulnerabilidad extrema y no lo podían expresar en forma verbal. Sus padres se veían desconsolados y angustiados, y a pesar que sí podían verbalizarlo, no encontraban la forma de hacerlo, ya que demostrarlo no estaba permitido en la Neo porque se consideraba que no es un aporte para el bien estar de los bebés. Esto significaba que debían reprimir cualquier tipo de emoción para estar al lado de sus hijos.

Me abordó una “solidaridad de género” con las madres. Al haber experimentado en mi historia de vida situaciones concretas en que el “dolor” de ver sufrir un hijo y la impotencia de no poder hacer nada, me llevaban a una cercanía con esas madres. Me veía reflejada en ellas por las distintas situaciones por las que pasaban, como el cansancio, las ganas de darse por vencidas, querer llorar y no poder por sentirse responsables de tener que apoyar al bebé. Todas situaciones que se experimentaban en la Neo.

Por otra parte, pude sentir y revivir experiencias de lo que significa ser madre joven. Tener una empatía distinta con aquellas mamás jóvenes dentro de la Unidad, que veían también en mí, no solo a la terapeuta, si no a alguien en quien confiar y quien las pudiera orientar a través de las terapias.

Sesión tras sesión pude ver las expresiones de los bebés al escuchar mi voz o algún instrumento que tocaba, tuve que decidir si continuar o no en la actividad del momento, dependiendo de la interpretación que realizaba, empaparme de esas expresiones y buscar el equilibrio entre lo que se me presentaba al realizar la terapia y los objetivos propuestos para la sesión. Ellos comunicaban sus sensaciones y percepción del entorno en el que se encontraban, la tranquilidad que necesitaban, el apoyo que esperaban cuando sentían por ejemplo, dolor o hambre.

No fue difícil darme cuenta de la sensación de cercanía con los pacientes ni la sensación de protección que me surgía con ellos y del cariño que experimentaba y, por ende, lo complicado que sería dar fin a la terapia.

5.3 Análisis del vínculo entre Musicoterapeuta-Coterapeuta

Las terapias fueron de carácter individual con pacientes RNPT y en algunas ocasiones con sus padres, razón por la cual no hubo una relación con un Co-terapeuta. Sin embargo, durante la práctica también realicé un trabajo de musicoterapia grupal junto a mi compañera Ana Karina Maturana, realizando ahí, una dupla terapéutica, lo que nos

llevó por un lado a conocernos más en profundidad, orientarnos y conectarnos desde nuestras propias experiencias.

Para mí fue importante plantear todo lo que era observado y sentía era relevante durante las sesiones como también escuchar todo lo relevante para mi compañera ya que de esa forma nos transmitimos las inquietudes que pudieran aportar a la próxima sesión grupal.

Cada sesión por medio era planificada y dirigida por una de nosotras, dándonos la posibilidad de observar como coterapeuta los emergentes que surgían para poder luego tomarlos como nueva orientación en la planificación de la próxima sesión.

Cuando no estuvimos de acuerdo en la metodología que se usaría para la próxima sesión, discutíamos hasta llegar a un consenso y así poder seguir adelante con lo que era primordial para nosotras, que era la contención de las madres.

5.4 Autoevaluación de fortalezas y debilidades propias

Cuando pienso en tener que escribir esta monografía siento inmediatamente que expresarme verbalmente es una de mis mayores debilidades, ya que en contra posición a ello, mi fortaleza está en mi comunicación y expresión no verbal, y por ende, es el área donde me siento más segura lo que me llevó a querer realizar la práctica con bebés.

Lograr una comunicación fluida, interpretar las necesidades de los pacientes, observar sus expresiones, presentarme siempre como alguien proactiva y con la seguridad de querer orientarme a los objetivos propuestos hacían que las sesiones fueran ricas y propositivas.

Tuve la actitud necesaria de poder “improvisar” al cambiar el contexto en el cual se llevaría a cabo la sesión con los pacientes. No me fue difícil generar las condiciones

para que las sesiones tuviesen la calidad que ameritaba, no importándome la condición en la cual fueran realizadas.

El ser una persona observadora, me permitió adaptarme a las situaciones que se presentaron no importando el grado de dificultad, teniendo claro que a veces debía tener mayor cuidado porque eran situaciones nuevas para mí. Ejemplo de esto fue la sesión que tuve con una paciente, a quien tuve que tratar mientras en forma simultánea, el cubículo del frente donde estábamos, se vivía el duelo por un bebé que estaba en un momento crítico - se esperaba su fallecimiento- , lo que a los minutos efectivamente sucedió.

Una de mis mayores debilidades es mi inseguridad para observar lo que he logrado. Necesito una constante reafirmación para poder aceptar que un trabajo estuvo bien realizado o va bien encaminado. Por lo mismo, cuando algo no resulta según como me lo espero, siento una gran sensación de fracaso, lo que me lleva días para superar. Si bien tengo la capacidad de ver inmediatamente donde está la falla, por lo que comienzo de inmediato a corregir, me lleva unos días aceptar la sensación de fracaso.

En la terapia esto significó que, por ejemplo, en la sesión que se me presentó que EFE estaba enfermo, tuve la capacidad de rápidamente transformar la sesión para esa nueva condición, donde estaba alerta a cualquier expresión que indicara incomodidad. No obstante este logro, al finalizar la sesión me llené de interrogantes y me invadió una sensación de inseguridad. Sentí que me surgían dudas que no podía responder en ese minuto, como: ¿Fue correcta la intervención realizada? ¿Habré interpretado correctamente las señales que percibí del paciente? ¿No habría sido mejor no realizar la sesión?

En este sentido, soy como una balanza, que constantemente tiene que buscar equilibrar, por una parte, la capacidad de adaptarse rápidamente frente a situaciones inesperadas, y por otra, la posterior inseguridad de haber realizado o haber tomado la decisión que era o no correcta.

6. Conclusiones

Los resultados que observé en la práctica son, en mi opinión, muy significativos.

La terapia musicoterapéutica fue claramente una válvula de escape para aquellas mamás y papás que pudieron expresar a sus hijos sus emociones y hacerles saber que eran familia a pesar de las intervenciones y el lugar donde se encontraban.

La música logró contener a los bebés en sus incubadoras o cunas, quienes respondieron con gestos y sonidos, que una vez analizados cuidadosamente, dieron cuenta de su estado emocional y físico, para lo cual fue absolutamente prioritario estar junto a ellos y realmente observar todo con precisión para poder leer lo que quieren expresar.

En la práctica quedó demostrado que la música contiene a los padres que a su vez contienen a sus hijos. Ellos sentían que retomaban su rol, que eran dueños de sus procesos. La música los reafirmó en su rol de cuidadores y concedores de sus hijos y los animaba además en creer y querer en otros momentos, otros lugares sin el peso del día a día. Los liberó de culpas y los hizo creer en su derecho a sentir tristeza por los difíciles momentos que vivían y poder expresarlos.

La práctica demostró que los pacientes, aún siendo bebés sin manejo de lo verbal, se comunican constantemente, pero necesitan de un facilitador de su lenguaje, un intermediario. Pude comprobar que el musicoterapeuta cumple ese rol además de poder contenerlos a través de los instrumentos, la voz, el contacto y todo lo que conlleva una sesión de musicoterapia con RNPT.

La música logró dar la fuerza necesaria a las madres y padres para re encantarse con sus hijos y enfocarse en sus nuevas experiencias a pesar de los difíciles momentos que también les ha tocado vivir, apoyándose y confiando en sus hijos, cuando sentían que ya no podía más de cansancio y frustración por los lentos avances.

Los instrumentos durante la práctica se fueron presentando uno a uno. Los bebés mostraron sus preferencias, indicando cuales les agradaban, cuales rechazaban, hasta llegar a los instrumentos adecuados para cada paciente y para cada momento. Esto demuestra que los bebés, incluso RNPT, pueden expresar y tiene la capacidad de discernir acerca de sus preferencias sonoras.

Por otra parte, si bien a los bebés en general se les mimó y se les habla de historias o cuentos que alimentan la fantasía e imaginación, durante la práctica pude comprobar la importancia que se les hable como a seres que entienden lo que les sucede a ellos y su entorno. Los RNPT, al nacer cambiaron su entorno radicalmente pero al llegar a la Neo deben permanecer ahí hasta su alta médica y esto generalmente no sucede antes del mes. Su mundo es la Unidad de Neonatología, cambian los turnos de médicos, matronas, enfermeras, kinesiólogos, etc. pero ellos siguen en el hospital. Por tal motivo se debe tomar conciencia que los bebés escuchan y están presentes, y por ende, se les debe considerar, contar que se les hará, quien los acompañará, quien los saluda, quien los visita, etc. A ellos se les debe respeto, son los seres humanos más pequeños y frágiles que han demostrado que a pesar de ello, pueden salir con ayuda adelante. Es precisamente esa ayuda, por parte de todo el personal y sus familias las que les da la seguridad de querer seguir adelante si tienen la fuerza para hacerlo. En este sentido, la experiencia musicoterapéutica realizada me indica que debemos comprender que nuestra forma de comunicarnos hacia los bebés o en frente de ellos, todo el tiempo es percibida y decodificada por ellos, los sonidos son interpretados y según eso reaccionan también a este nuevo espacio.

En la práctica pude comprobar que la musicoterapia facilita y enriquece las capacidades de comunicación del RNPT, frente a un mundo que ha tomado distancia de la naturaleza de la cual provienen y conocían, donde el día a día ha cambiado drásticamente y la vida se plantea desde nuevos sonidos que el RNPT comienza lentamente a descubrir. Pude evidenciar además la manera en que a través de juegos, canciones, rimas y poemas, se acercaron padres e hijos, comenzaron a reconstruir una historia entre ellos, llenos de risas y sorpresas, con la tranquilidad de saber que se tienen unos a los otros.

Sin perjuicio de estos logros, creo que el periodo de práctica, en un ambiente de tanta vulnerabilidad para los pacientes y sus padres, debiera haberse realizado más de una vez por semana, ya que es un periodo tremendamente intenso y los tiempos son vivenciados en forma urgente. Por otra parte, neonatos y sus familias necesitan de apoyo no solo en la Neo, sino también al volver a sus casas. En este sentido, para fortalecer el trabajo musicoterapéutico creo que sería necesario hacer un seguimiento hasta incluso luego de la dada el alta del paciente, para reforzar el apego con su madre y el entorno familiar.

Respecto de la relación con el personal en el Hospital, pude concluir que si bien, en un inicio, el contexto musicoterapéutico fue vivido por ellos sin mayor conocimiento de lo que ahí acontecía y sin involucrarse desde el comienzo, con el pasar del tiempo se generó en ellos una expectativa respecto de lo que la musicoterapia puede aportar, pues estuvieron cada vez más atentos a lo que realizaba y a la posibilidad de conocer más sobre este tipo de intervención, situación que se concretó al final de la práctica. En este sentido, la práctica abrió un camino a explorar.

Si bien en las Unidades de Neonatología en muchas partes del mundo la musicoterapia ha demostrado beneficios para sus pacientes, en Chile esto es aún nuevo, por lo que como musicoterapeutas debemos abrirnos más para que se conozcan los grandes avances de esta forma de hacer sinergia con los pacientes.

Es vital que como sociedad comprendamos, que el bebé prematuro tiene un comienzo difícil, radicalmente distinto a las demás personas, por lo que tenemos la responsabilidad de identificar y decodificar su lenguaje y sus modos expresivos, que en el caso del bebé prematuro también comienza con el llanto, pero un llanto en silencio.

Ellos lloran, comunican, sienten, hablan a su manera. Solo que para comprenderlos y acompañarlos debemos volver a recordar su lenguaje.

7. BIBLIOGRAFÍA

ACHIM (Asociación Chilena de Musicoterapia, institución que fue fundada por profesores del postítulo de la Universidad de Chile). Consulta personal a la directiva de la asociación.

Benenzon, Rolando O.; con colaboración de Violeta Hemsy de Gainza y Gabriela Wagner La nueva Musicoterapia, 2ª ed, buenos Aires: Lumen, 2008.

Bolton, Beth. *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit*. BIMC, United States of America, 2000. Music Alive: Pathway to Communication, Pag.81 [Traducción propia].

IV Jornada de actualización en Pediatría. Mesa 3 (Plasencia 2006) *Programa de actividades preventivas en niños prematuros con peso de nacimiento menor de 1.500gs*. Extremadura, España. Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex) Pallás Alonso, Carmen Rosa. Foro Pediátrico, p. 37-55.

Cyrulnik, Boris Bajo el signo del vínculo, Una historia de apego. 2ª ed. Barcelona, Gedisa, 2008.

Delgado Guerrero, M., Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. Enero-Abril 2005 [consulta online julio 2010] http://www.comtf.es/pediatría/Bol-2005-1/Metodo_canguero.pdf

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (*en línea*) <<http://www.rae.es/>> [Consulta: 10 de mayo 2010]

Emmer, Eugenia. Musicoterapia en U.T.I.N. (Unidad de Terapia Intensiva Neonatal) Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Carrera de Musicoterapia. 2003. Tesina.

Galbis Juan, Mª José. Función Pulmonar en Prematuros de muy bajo peso al nacimiento durante los dos primeros años de vida: Seguimiento Longitudinal. (Tesis Doctoral). Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Universidad de Valencia, 2008. Pág.126 <http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-0611109-104246//GALBIS.pdf>

Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Informe de Gestión 2006-2010, <http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6421/depoy/1-37.pdf> [consultado el 19/07/2010]

Hospital Clínico de la Universidad de Chile, <<http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/index.aspx?channel=6161>> [consultado el 19/07/2010]

Loewy, Joanne V., Music Therapy in The Neonatal Intensive Care Unit, ed.BIMC Satchnote, 2000

Luis Manuel Avalos Huizar. Recién nacido de pretermino. [en línea]
<http://www.pediatriaenlinea.com/pdf/reciennacidopretermino.pdf> [consulta: abril 2010]

Manual de enfermería en Neonatología. [en línea]
<<http://www.aibarra.org/neonatologia/capitulo1/default.htm>> [consulta: mayo 2009]

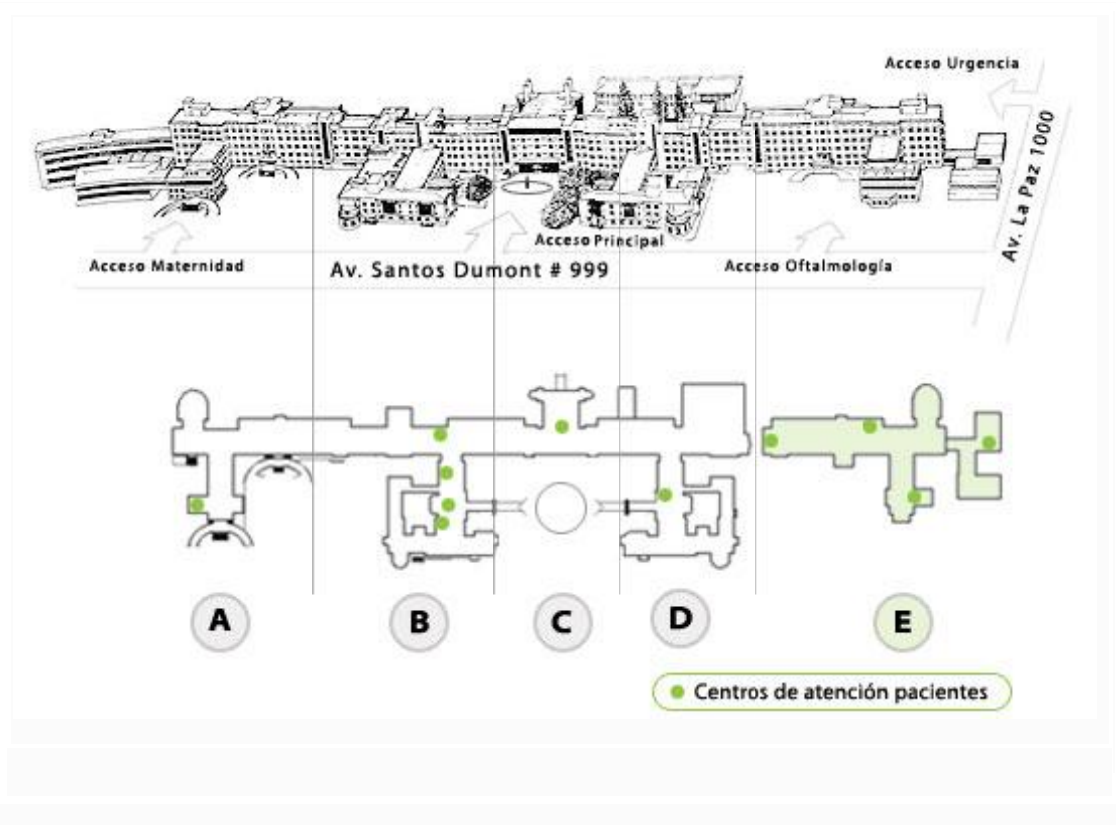
Nolan, Paul. *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit*. BIMC, United States of America, 2000. Music and neonates: Food for life- Composing the Future. Pag. 121. [Traducción propia].

Stern, Daniel N. La Constelación maternal: La Psicoterapia en relaciones entre padre e hijos. 1ª ed, Barcelona, Alianza Psicológica, 1997.

Shoemark, Helen. *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit, The use of Music Therapy in Treating Infants With Complex Bowel Conditions*. BIMC, United States of America, 2000. Pag. 101. [Traducción propia, Karen Aliaga]

Winnicott, D.W. Realidad y Juego. 1ª ed. Barcelona, 1979 ed. Gedisa. Cap.3 el Juego: Exposición Teórica

8. ANEXOS



Anexo N°1.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile José Joaquín Aguirre.

- **SECTOR A**
Subterráneo:
Laboratorio clínico
Tratamiento anticoagulante (TAC)
Banco de sangre
Primer piso:
Admisión y urgencia maternidad
Policlínico de maternidad
- Segundo piso:
Hospitalizados ginecología
Pabellón maternidad
- Tercer piso:
Neonatología
Hospitalizados pensionado de maternidad
Puerperio
- Cuarto piso:
Hospitalizados cirugía
- Quinto piso:
Hospitalizados Urología Pensionado

Anexo N°2

Ficha Musicoterapéutica.

Datos Bebé

Nombre:

Diagnóstico de hospitalización:

Datos personales de la madre

Nombre:

Edad:

Comuna:

Casada_____ Soltera_____ Conviviente_____

Día del parto programado

Día del parto (de cuantos meses nació)

Parto Normal_____ Cesárea_____

Complicaciones_____

Datos personales del padre

Nombre

Edad

Estado Civil

Comuna

Disponibilidad

¿Participarías de sesiones de MT Grupal? Sí___ No___

¿Participarías de sesiones de MT Individual? Sí___ No___

Disponibilidad miércoles entre 11:00 y 13:30 hrs. Sí___ No___

Disponibilidad jueves entre 11:00 y 13:30 hrs. Sí___ No___

Disponibilidad sábado entre 11:00 y 13:30 hrs. Sí___ No___

ISO familiar

¿Qué música te gusta?

¿Hay una canción en especial que te guste?

¿Qué música te rodea en tu entorno habitual?

¿Cuántas veces al día escuchas música?

¿Durante el embarazo tuviste relación con la música de algún tipo?

¿Alguna vez notaste diferencias de movimientos del bebe en el vientre al escuchar música?

¿Acariciaste tu guatita alguna vez?

- ¿Bailabas en fiestas, eventos o casa?
- ¿Te gusta cantar?
- ¿Cantas cuando estás sola?
- ¿Qué es lo que te gusta cantar?
- ¿Qué canción/es le gustaría cantar a tu bebe?
- ¿Alguien más de tu alrededor le cantaba a tu bebe estando en el vientre o ahora?

Describe en una palabra la sensación que le producen las siguientes afirmaciones

- Sonido grave:
- Sonido agudo
- Cantar
- Rock
- Cantante
- Música clásica
- Música que más me gusta
- Música que no me gusta
- Música que me tranquiliza
- Música que me entristece
- Música que me alegra
- Mi bebe
- Música de día
- Música de noche
- Canción de cuna

Anexo N°3

Hey Jude (The Beatles)

Oye Jude, no lo eches a perder
Toma una triste canción y mejórala
No olvides dejarla que llegue a tu corazón
Tan solo así puedes comenzar a mejorarla

Oye Jude, no temas
Te crearon para salir y hacerla tuya.
en el momento en que la sientas que corre bajo tu piel
Luego así comienzas a mejorarla

Y cada vez que te sientas dolido, oye Jude, detente y
No cargues con el mundo en tus hombros
Bien sabes, que es un tonto quien no se deja emocionar
haciendo así su mundo un poco más frío.

Oye Jude, no me decepciones
La has encontrado, ahora ve y tómala
Recuerda dejarla entrar en tu corazón
Solo así puedes comenzar a mejorarla

Así, déjala ir y déjala entrar, oye Jude, empieza
Estas esperando a alguien con quien hacerlo
¿Y no sabes que ese alguien eres tú?, Oye Jude, Lo harás
El movimiento que necesitas esta en tu hombros.

Oye Jude, no lo eches a perder
Toma una triste canción y mejórala
No olvides dejarla que llegue a tu corazón
Tan solo así puedes comenzar a mejorarla,
Mejorarla, Mejorarla, Mejorarla, Mejorarla, oh

Na na na nananana, nannana, Hey Jude.

Indicador	0	1	2	3
Gestación	= 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	= 28 semanas
Comportamiento	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales
Entrecejo fruncido (30 seg.)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados (30 seg.)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial (30 seg.)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	>12 – 21 seg	> 21 seg

Puntuación CRIES del dolor postoperatorio en el Recién Nacido (Krechel SW 1995)

Parámetro	0	1	2
Llanto	No llora, tranquilo	Lloriqueo consolable	Llanto intenso no consolable
Expresión	Cara descansada, expresión neutra	Ceno y surco nasolabial fruncidos, boca abierta (mueca de dolor)	Mueca de dolor y gemido
Periodos de sueño	Normales	Se despierta muy frecuentemente	Constantemente despierto

El llanto de un RN intubado puede puntuarse por sus movimientos faciales y bucales

Trabajo Sonoro

¿Muestra interés por los sonidos que le rodean? SI NO

¿Qué sonidos le agradan?	
--------------------------	--

Tiene buena recepción de los sonidos del terapeuta? SI NO

¿De qué forma?	
----------------	--

¿Manipula algún instrumento? SI NO

¿De qué forma y cuál?	
-----------------------	--

¿Usa la voz, gorjeo, balbuceos, burbujas? SI NO

¿De qué forma?	
----------------	--

¿Sonríe? SI NO

De que forma?	
---------------	--

¿Se queja?

SI

NO

¿De qué forma?	
----------------	--

¿Busca comunicarse?

SI

NO

¿De qué forma?	
----------------	--

Observaciones durante la sesión

Atención y concentración	
Movimientos corporales	

OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES FINALES

--