



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE
POSTÍTULO EN MUSICOTERAPIA

**Informe de práctica para optar al Post Título de Artes,
mención Musicoterapia**

MUSICOTERAPIA EN UN CASO DE SINDROME DE RETT

Autora:

Javiera Iglesias H.
Licenciatura en Artes,
Mención Composición musical. PUC.

Profesora Guía:

Silvia Andreu.
Santiago, Chile
2013

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por su apoyo y amor incondicional.

A Daniel, por su ayuda y compañía.

Y a mis amigos, por alentarme tanto!

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.	5
I. Marco Institucional.	7
II. Marco Teórico.	10
1.1 Marco Conceptual.	10
2.1.1 Sistema nervioso y trastornos neurológicos.	10
2.1.2 Trastornos generalizados del desarrollo.	12
2.1.3 Síndrome de Rett.	13
2.2 Marco teórico musicoterapéutico.	16
2.2.1 Musicoterapia según rolando Benenzon.	17
2.2.2 Musicoterapia según Gabriel Federico.	20
III. Metodología y técnicas.	28
3.1 Metodología.	28
3.1.1 Encuadre Musicoterapeutico.	28
3.1.2 El setting.	29
3.1.3 Cronograma.	30
3.1.4 Registro.	33
3.2 Técnicas.	34
3.2.1 Musicoterapia activa o creativa.	34
3.2.2 Musicoterapia receptiva o pasiva.	35

IV. Descripción y análisis.	37
4.1 Primera etapa: Evaluación y valoración musicoterapéutica.	37
4.1.2 Objetivos.	45
4.2 Segunda etapa: Desarrollo.	46
4.3 Tercera etapa: Cierre.	54
V. Conclusiones.	60
Bibliografía.	64
Anexos.	66

INTRODUCCIÓN

La presente monografía tiene por objetivo dar a conocer el proceso de práctica profesional del Postítulo en Terapias de Artes, mención musicoterapia, realizado en la Universidad de Chile. Éste se desarrolló en el Centro de rehabilitación Manantial, durante los meses de Septiembre a Diciembre del año 2012. El trabajo se basa en el proceso terapéutico junto a una joven de 26 años a la que en adelante nos referiremos como N, cuyo diagnóstico previo es de Síndrome de Rett. Se realizaron 14 sesiones en modalidad individual, las que se llevaron a cabo una vez por semana.

El primer capítulo de este trabajo describe el marco institucional en el cual se realizó la práctica, esto con el fin de contextualizar al lector. En el segundo, se presenta un marco conceptual clarificando conceptos relacionados con el Síndrome de Rett, a la vez se describen las características asociadas a éste mismo. También se desarrolla el marco teórico musicoterapéutico desde el cual se orientó y fundamentó el desarrollo de este proceso.

Luego, en el tercer capítulo, nos referiremos a la metodología abordada, detallando el encuadre musicoterapéutico, el setting, el cronograma y la supervisión. Más adelante se describen las técnicas musicoterapéuticas utilizadas.

Finalmente, en el último capítulo se describe y analiza el proceso terapéutico, detallando los momentos más relevantes y cambios observados durante éste.

En la conclusión se presentan las fortalezas y debilidades de la terapia.

I. MARCO INSTITUCIONAL

El Centro de Rehabilitación Infantil Manantial comenzó a funcionar a partir del año 1981, ubicado en sus inicios en Avenida Los Leones N°1480 comuna de Providencia, Santiago. Luego, en Noviembre del año 2012 se trasladaron a la Avenida Presidente Battle y Ordoñez N°4004, en la comuna de Ñuñoa de la misma ciudad. Es una institución de carácter privado, que pertenece a un grupo de profesionales relacionados a las áreas de la salud y educación.

Manantial acoge y atiende a niños y adolescentes con trastornos del desarrollo o con alguna limitación o discapacidad a nivel intelectual o físico, y su misión es dar una rehabilitación integral a quienes acuden al centro con el fin de mejorar la calidad de vida del alumno y su familia. El equipo profesional multidisciplinario que trabaja en el centro está compuesto por 5 técnicos educadoras de párvulo, 2 kinesiólogas, 2 fonoaudiólogas, 1 psicopedagoga y terapeuta ocupacional, 1 Educadora de Párvulo y Musicoterapeuta, 1 Psicóloga y Musicoterapeuta, y 1 médico pediatra. También son parte de este equipo una Secretaria y recepcionista, y un auxiliar.

Los niños asisten jornada completa al centro, de lunes a viernes a partir de las 8.30 hasta las 16.00 hrs. En total son 19 niños, con los cuales se trabaja en 3 grupos reducidos reunidos en diferentes salas, y asistidos por las técnicas

educadoras de párvulo y terapeuta ocupacional. Estos grupos están conformados según la edad de desarrollo cognitivo del niño y se dividen en los siguientes niveles:

- Nivel Pre-escolar, conformado por 5 niños.
- Nivel Pre-básico, conformado por 7 niños/adolescentes.
- Nivel Especial Funcional, conformado por 7 adolescentes.

Durante la jornada los niños reciben tratamientos individuales (hasta 3 veces por semana) de kinesiología, fonoaudiología, musicoterapia y terapia ocupacional. Por otro lado se realizan diversos talleres, como por ejemplo de integración sensorial, psicomotricidad, musicoterapia, prelaboral, etc.

Es importante señalar que aparte de los niños y adolescentes que asisten diariamente, se atiende de forma particular a niños que acuden de forma ambulatoria en las diferentes áreas señaladas anteriormente. Cuando un niño se integra al Centro, se le realiza una evaluación multidisciplinaria la cual tiene una duración de entre 2 a 3 semanas, y cuyo objetivo es la designación del niño o adolescente a uno de los grupos de trabajo.

Durante los 32 años de funcionamiento, el Centro de Rehabilitación Manantial ha logrado que muchos niños se integren al sistema educacional regular una vez que alcanzan un desarrollo psicomotor que les permite cumplir con las exigencias de un establecimiento educacional. Aquellos niños y adolescentes que no pueden asistir a un colegio por tener mayores dificultades

o diagnósticos más severos, se trabaja con ellos para que aumenten sus capacidades motoras e intelectuales y alcancen mayor independencia en diferentes ámbitos.

Para finalizar, es importante destacar que el área de fonoaudiología creó materiales didácticos audiovisuales denominados “Cantando aprendo a hablar” y “Cantando aprendo mejor”, los cuales apuntan a desarrollar el lenguaje a través de la canción.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Para contextualizar el diagnóstico clínico de la paciente, en este apartado se explica la procedencia de los trastornos neurológicos del sistema nervioso central, entre los cuales se encuentra el síndrome de Rett. A la vez, se caracteriza la clasificación clínica del mismo, como parte de los trastornos generalizados del desarrollo.

2.1.1 SISTEMA NERVIOSO Y TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

El sistema nervioso (SN) es el encargado de coordinar todas las funciones, conscientes e inconscientes del organismo, que atienden y satisfacen las necesidades vitales dando respuesta a los estímulos. Ha sido definido como la red de tejidos que se encarga de captar y procesar señales para que el organismo desarrolle una interacción eficaz con el medio ambiente.

En términos generales, el SN se encarga de ejecutar 3 funciones principales:

- La función sensitiva, que se encarga de la detección de estímulos (externos e internos).
- La función integradora, que transmite, almacena y analiza los estímulos.
- La función motora, que da respuesta a los estímulos a través de movimientos musculares, secreciones de glándulas, etc. Es decir, se encarga de la coordinación general del cuerpo.¹

Durante de la conformación y el desarrollo del SN, se pueden presentar diferentes trastornos neurológicos, estos se pueden definir como enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo y los músculos. Pueden afectar las diferentes funciones del SN, ya sea cognitiva, del movimiento, sensorial, emocional, motora, autonómica, etc.²

El síndrome de Rett es un trastorno neurológico que afecta el desarrollo y está clasificado dentro de los Trastornos generalizados del desarrollo.

¹ Moore, Keith L; Dalley, Arthur F. Anatomía con orientación clínica. Editorial médica panamericana, cuarta edición, 2007. p. 39.

² Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos neurológicos: desafíos para la salud pública, 2006. p. 55.

2.1.2 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

Los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) son parte de una categoría diagnóstica que se refiere a un grupo de trastornos caracterizados por una *“perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas.”*³

Los primeros síntomas se pueden comenzar a observar en la primera infancia, antes de los tres años de edad. Estos síntomas pueden ser los siguientes: problemas para comprender y usar el lenguaje; dificultad para relacionarse, ya sea con personas u objetos; poca adaptación a cambios en las rutinas; movimientos estereotipados (patrones conductuales repetitivos).

El TGD incluye los trastornos tales como el *“autismo, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil, trastorno generalizado del desarrollo no especificado y el Síndrome de Rett.”*⁴

2.1.3 SÍNDROME DE RETT

Como se adelantó anteriormente, el síndrome de Rett (SR) es un trastorno neurológico del desarrollo muy poco frecuente y presente casi

³ DSMIV, Manual de Trastornos Mentales, MASSON 1995, p. 69.

⁴ Idem N°4. p. 69.

exclusivamente en niñas. Fue descubierto a mediados de los 60' por el doctor Andreas Rett en Viena y el doctor Bengt Hagberg en Gothenborg, Suecia. Su difusión y descripción fue realizada veinte años después por estos mismos médicos.

Hay diferentes estudios que describen el SR como un trastorno de base genética, ya que se ha podido comprobar que más del 95% de las niñas que cumplen con los criterios diagnósticos tienen una mutación en el gen MECP2 en el segundo cromosoma X (eso explica que se dé mayormente en mujeres).⁵

En el desarrollo de las niñas con SR se puede apreciar que luego de un período de 6 a 18 meses de desarrollo normal, comienzan a aparecer síntomas tales como la pérdida de capacidades sociales, de lenguaje, neurológicas, y motoras. La evolución de los síntomas suele ser progresiva, por lo que estos se vuelven mucho más evidentes a los 4 años, en donde también comienzan a surgir leves signos de demencia precoz con tendencia autista y estereotipias con las manos ("lavado de manos"). En fases más avanzadas se suman otros signos tales como la ataxia truncal, apraxia de la marcha, espasticidad, trastornos tróficos en extremidades inferiores, escoliosis y epilepsia.⁶

⁵ Alan K. Percy. Síndrome de Rett: Del reconocimiento al diagnóstico y la intervención terapéutica. Expert Reviews Ltd. 2008. p.3 y 4.

⁶ Borges González S, Rodríguez Perrett N, Ferrando Pollak. M. Síndrome de Rett: descripción clínica y diagnóstico diferencial. REV NEUROL 2002. p. 698-699.

En el siguiente cuadro se especifican los estadios evolutivos clínicos del SR.⁷

ESTADIOS/ETAPAS	INICIO	ESPECIFICACIONES
I	De 6 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Enlentecimiento del desarrollo psicomotor y del crecimiento cefálico. - Desinterés por las actividades de juego. - Hipotonía.
II	De 1 a 3 años	<ul style="list-style-type: none"> - Regresión rápida. - Irritabilidad, deterioro del comportamiento. - Pérdida de la utilización voluntaria de las manos. - Aparición de estereotipias. - Manifestaciones similares al del autismo y pérdida del lenguaje. - Insomnio - Crisis convulsivas.
III	De 2 a 10 años	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso mental severo. - Regresión de las manifestaciones similares del autismo, mejoría en el contacto. - Aumento de las crisis convulsivas. - Estereotipias con las manos (“lavado de manos”) - Espasticidad, ataxia y apraxia. - Disfunciones respiratorias.
IV	Después de los 10 años.	<ul style="list-style-type: none"> - Retardo en el crecimiento con pérdida de la capacidad motora. - Escoliosis. - Atrofia muscular y rigidez. - Mejoría en el contacto ocular. - Crisis convulsivas menos severas.

⁷ Alan K. Percy. Síndrome de Rett: Del reconocimiento al diagnóstico y la intervención terapéutica. Expert Reviews Ltd. 2008.

El SR al ser considerado parte de los TGD está descrito en manuales tales como el DSM-IV y el CIE-10.

Los criterios para el diagnóstico de síndrome de Rett según el DSM-IV y el CIE-10 son:

- A. Todas las características siguientes:
1. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
 2. Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
 3. Circunferencia craneal normal en el nacimiento.
- B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:
1. Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
 2. Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
 3. Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
 4. Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
 5. Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Tabla N°1⁸

Últimamente ha habido un gran avance en cuanto a la comprensión de las características clínicas, la genética molecular y la neurobiología del SR. De hecho, en la actualidad ya no es considerado como un trastorno

⁸ DSMIV, Manual de Trastornos Mentales. Masson 2005. p. 76 y 77.

neurodegenerativo, debido a que se comprobó que no existe muerte neuronal. A pesar de lo último mencionado, no se ha determinado un tratamiento claro que ayude con la reversibilidad de los síntomas, por lo tanto las estrategias terapéuticas se focalizan en buscar modalidades que busquen generar respuestas en las distintas funciones que se ven afectadas.

El movimiento voluntario de las manos se ve interferido por movimientos involuntarios y por akinesia⁹. Es posible conseguir un movimiento voluntario efectivo cuando se crea una situación en la que se combina la relajación en un entorno seguro y tranquilo en conjunto a un estilo de relación próxima y estructurada a la vez.

Es importante reconocer que las niñas y mujeres con SR tienen un retraso severo a la hora de procesar la información. La apraxia hace muy dificultoso que piensen y actúen a la vez, es posible que tarden bastante en responder, por eso debemos ser pacientes y conscientes de sus grandes esfuerzos. Les resulta mucho más fácil cuando actúan instintivamente, sin intentar proyectar el movimiento o la acción en su cabeza.

Debido a la gravedad de la apraxia da la impresión de que las niñas con SR no muestran interés o cooperación en establecer instancias de comunicación, pero en realidad ellas si saben lo que quieren decir y si quieren comunicarlo, solo que no tienen las herramientas para poder realizarlo.

⁹ Dificultad para iniciar movimientos voluntarios.

Las niñas que padecen el Síndrome de Rett generalmente son muy receptivas y logran discriminar diferentes sonidos musicales, por lo que el trabajo con la música ha sido particularmente efectivo, ya que a partir de ésta se logra captar su interés y proporciona un medio de comunicación y placer.

2.2 MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO.

Existen distintos e interesantes modelos, formas y técnicas de cómo aplicar y afrontar, en diferentes contextos, un proceso Musicoterapéutico. Para poder alcanzar un posicionamiento claro en la realización del proceso de práctica, fue necesario basarse en fundamentos teóricos musicoterapéuticos de distintos autores. A continuación se detallan los elementos que se utilizaron durante el desarrollo de la intervención, y que ayudaron a comprender y dar sentido al mismo.

2.2.1 MUSICOTERAPIA SEGÚN ROLANDO BENENZON.

Uno de los modelos en que se basa el proceso de práctica es el que desarrolla Rolando Benenzon, quien define la Musicoterapia como *“una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento, los instrumentos corporo-sonoro-musicales y otros códigos no verbales, acompañando el desarrollo, la elaboración y la reflexión de un vínculo entre el musicoterapeuta y*

un otro, o un grupo de otros, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de ellos y favorecer la integración para la sociedad.”¹⁰

El autor otorga mucha importancia a la apertura de los canales de comunicación y relación paciente/musicoterapeuta, por lo que la metodología y las técnicas utilizadas siempre buscan desarrollar medios de expresión y comunicación. De hecho, el autor plantea que *“hablar de musicoterapia es hablar de comunicación”¹¹*. También, sus planteamientos hacen énfasis en que para lograr desarrollar un proceso vincular entre paciente y musicoterapeuta, es necesario utilizar como mediador el contexto de lo no verbal, el cual está constituido por los sonidos, movimientos, gestos, sensaciones, etc. Dentro de este contexto mediador y del proceso vincular, los “instrumentos corporo-sonoro-musicales” (que pueden ser corporales, naturales, cotidianos, creados, musicales y electrónicos) juegan un rol muy importante. Esto ya que nos permiten, tanto al musicoterapeuta como al paciente, adaptarnos a los fenómenos que se desarrollan en la relación vincular. Benenzon hace una clasificación de estos instrumentos según su uso comportamental, basado en la información de la ejecución o uso inconsciente que hacen el paciente y el

¹⁰ Benenzon Rolando. La nueva musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.1998. p.7.

¹¹ Benenzon, Rolando. Teoría de la Musicoterapia. Aportes al conocimiento del contexto no-verbal. Editorial Mandala. Madrid. España. 2004. p.25.

musicoterapeuta de estos instrumentos en distintas circunstancias¹². A continuación se detalla esta clasificación:

1. Objeto Experimental: Son los instrumentos que producen el primer impacto en el paciente, que experimenta a través de la observación y de la ejecución instintiva. Esta experimentación da lugar a descubrimiento de texturas, formas, colores y sonidos.
2. Objeto Catártico: Son los objetos experimentales que ayudan al paciente a descargar la tensión acumulada, este es el que le producirá la primera sensación gratificante, lo que a su vez organiza la producción sonora del paciente.
3. Objeto Defensivo: Estos objetos son aquellos que el paciente utiliza como *“escudo para esconder pulsiones internas despertadas por la ansiedad”*¹³
4. Objeto Enquistado: Son objetos que el paciente utiliza como parte de su unidad, siendo solo manipulado por él, sin intenciones de producir sonoridad.

¹² Benenson Rolando. La nueva musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.1998. p.37.

¹³ Idem N°11. p.38.

5. Objeto Intermediario: Favorece el sistema de comunicación entre un individuo y otro, crea canales comunicacionales extrapsíquicos.

6. Objeto Integrador: Son los objetos corporo-sonoro-musicales que *“favorecen la integración vincular de un grupo determinado”*¹⁴.

Benenzon también expone que todo individuo va acumulando energías sonoras, acústicas y de movimiento que lo caracteriza y diferencia del otro, esto es a lo que él llama *“principio de ISO”*¹⁵. Cuando estas energías están en comunicación se crea el *“espacio vincular”*¹⁶, que está en constante movimiento.

El ISO puede ser clasificado en ISO universal (energías sonoras básicas heredadas genéticamente), ISO gestáltico (energías sonoras que se producen desde el momento de la concepción y durante la experiencia fetal), y el ISO cultural (energías sonoro-musicales que se producen a partir del nacimiento hasta la adultez). Todas estas energías creadoras abren canales de comunicación entre paciente y musicoterapeuta.

¹⁴ Benenzon Rolando. La nueva musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.1998. p.45.

¹⁵ Idem N°13. p.71.

¹⁶ Benenzon, Rolando. De la Teoría a la Práctica. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.2002. p.78.

2.2.2 MUSICOTERAPIA SEGÚN GABRIEL FEDERICO

El texto “El niño con necesidades especiales. Neurología y Musicoterapia”, de G. Federico ofrece al musicoterapeuta herramientas teórico-prácticas para el trabajo con niños, las cuales funcionan como una guía para la utilización de la música y de los sonidos en los procesos terapéuticos. A continuación se especifican algunos de los conceptos y planteamientos acuñados en este libro, los cuales aportaron en buena medida en la estructura y desarrollo de la práctica profesional.

Movimiento por la música y movimiento a través de la música.

En su obra, G. Federico hace referencia a dos principios desarrollados por el modelo de Michael Thaut y de William Davis: el primero es el de *movimiento por la música* y el segundo, el de *movimiento a través de la música*¹⁷.

El primer principio conceptualiza la música como un estímulo facilitador de movimiento. Esto se produce gracias a tres mecanismos:

- La estimulación sensorial de patrones de movimientos, lo que favorece a la coordinación de un movimiento.

¹⁷ Federico, Gabriel. El niño con necesidades especiales, Neurología y Musicoterapia. Ediciones, KIER, 2007, p.65.

- La sincronización rítmica, es la que favorece al desarrollo del sistema motriz, ya que éste es muy sensible a la información que transmite el sistema auditivo (lóbulo temporal).
- La facilitación audioespinal, es decir que a partir de sonidos se logra activar el Sistema Nervioso Central, y *“como consecuencia se producen movimientos”*¹⁸.

El principio del *movimiento a través de la música* se desarrolla en el ámbito de la ejecución de instrumentos con el fin de desplegar funciones físicas. Dentro de este modelo existen diferentes métodos o categorías.¹⁹

Estos son:

- a) La “estimulación auditiva rítmica” (EAR), la cual *“facilita la rehabilitación de movimientos que son rítmicos biológicamente”*²⁰.
- b) El “apoyo sensorial de patrones de movimiento” (ASPM), que *“utiliza los aspectos rítmicos, melódicos, armónicos y dinámicos de la música para proporcionar señales temporales, espaciales y de fuerza para movimientos que actúan por reflejo”*²¹.

¹⁸ Federico, Gabriel. El niño con necesidades especiales, Neurología y Musicoterapia. Ediciones, KIER, 2007. p.66.

¹⁹ Idem N°17, p.67.

²⁰ Idem N°17, p.67.

²¹ Idem N°17, p.67.

- c) “Tocar instrumentos musicales terapéuticamente” (TIMT), lo que refiere a la utilización de *“instrumentos musicales para ejercer patrones de movimiento funcionales”*.²²

Un Encuadre que transmita seguridad.

G. Federico hace énfasis en que las sesiones siempre deben tener una estructura que le sirva al musicoterapeuta como marco de referencia, así el paciente podrá anticipar lo que sucederá. Para esto es muy importante ser cuidadosos con el espacio en que se realizará la terapia, los objetos que se utilizarán y el orden espacial que se le dará a estos, puesto que esto fortalecerá el concepto de pertenencia en el niño.

Por otro lado, el autor recalca la estructura de la sesión y propone comenzar con una canción de saludo inventada por el musicoterapeuta. En ella, el terapeuta saluda e invita al niño a participar de la sesión. Luego se desarrollan actividades diseñadas para abordar los objetivos del paciente en cada sesión, y para finalizar, el autor propone que se utilice una canción de cierre o despedida, en la que el terapeuta pueda englobar y anticipar un cierre, invitando al niño a siguientes encuentros.

²² Federico, Gabriel. El niño con necesidades especiales, Neurología y Musicoterapia. Ediciones, KIER, 2007, p.67.

Al respecto el autor señala que la estructura de la sesión otorga un sentimiento de confianza y de seguridad en el paciente que *“irá dando lugar a la investidura, al vínculo, a la transferencia del proceso terapéutico (...) con esta modalidad trabajaremos aspectos psicológicos muy importantes para el niño, como el concepto de permanencia de objeto, la relación de confianza en la terapia y el proceso de simbolización.”*²³

El Juego

Cuando se trabaja con niños es muy importante plantear las sesiones a partir de los aspectos lúdicos relacionados con el ámbito emocional. Según como lo plantea G. Federico, en el juego los objetos se cargan de fantasía provenientes del mundo interno, así *“el niño inconscientemente nos hablará de sus relaciones e intercambios en la forma de crear música o sonidos, al hacer juegos musicales o canciones. Esta lectura exclusiva de la musicoterapia sirve para entrar en el mundo del niño por otra vía de acceso que no es la palabra.”*²⁴

Al implementar técnicas lúdicas en la sesión se trabajan aspectos como la autoexpresión, experimentación, estimulación y conexión. Esto es particularmente importante *“cuando un niño está desconectado”*, es decir,

²³ Federico, Gabriel. El niño con necesidades especiales, Neurología y Musicoterapia. Ediciones, KIER, 2007, p.91 y 92.

²⁴ Idem N°20. p.100.

cuando *“no se relaciona con ningún objeto del medio circundante, inclusive se enmascara en una estereotipia que lo desconecta aún más.”*²⁵ Por otro lado, las técnicas lúdicas contribuyen en la interacción paciente-musicoterapeuta, ya que es en el juego en donde el terapeuta puede encontrar puntos de conexión con el niño, fortaleciendo el vínculo terapéutico propiamente tal.

Como se mencionó en el párrafo anterior, el juego como técnica terapéutica permite abarcar objetivos relacionados con la estimulación del niño. Al respecto, el autor utiliza el término de “plasticidad neurológica cerebral” o “**Neuroplasticidad**”. Este concepto, que es empleado por la neurología, propone que el cerebro al ser dinámico tiene la capacidad de adaptación y compensación, es decir, que la estructura del sistema nervioso central puede estar sujeta a cambios. Estos cambios se pueden dar a través del fortalecimiento de los circuitos internos del SNC, y este fortalecimiento se puede lograr a partir de la estimulación adecuada. El autor recalca que la musicoterapia tiene mucho que aportar en este punto.

Evaluación inicial musicoterapéutica.

G. Federico postula que al comenzar un proceso terapéutico es fundamental hacer una evaluación inicial, la cual toma unas cuantas sesiones.

²⁵Federico, Gabriel. El niño con necesidades especiales, Neurología y Musicoterapia. Ediciones, KIER, 2007, p. 36.

El objetivo de esta evaluación es analizar los modos vinculares del paciente, para así diseñar una estrategia de trabajo más acertada.

Los aspectos que se evalúan en estas primeras sesiones están ligados *“al área corporal, de comunicación, emocional y de capacidades cognitivas. Contemplando además la habilidad motora, la conexión, lo socioafectivo, los indicadores de la percepción auditiva, las sensaciones emocionales y, por supuesto, los aspectos que tienen que ver con lo sonoro musical.”*²⁶

El autor propone algunos ítems globales para la conformación de la evaluación inicial desde los cuales se utilizaron, para la conformación del protocolo inicial de esta práctica, sólo aquellos relacionados con el cuadro clínico específico del paciente²⁷. Los ítems utilizados en esta práctica son aquellos que tienen relación con indicadores corporales, de la comunicación, emocionales, del área sonoro musical, de percepción auditiva y capacidades cognitivas.

A parte de la evaluación inicial, el autor sugiere realizar un cuestionario para los padres. En esta práctica se utilizó su propuesta como modelo para la

²⁶ Federico, Gabriel. El niño con necesidades especiales, Neurología y Musicoterapia. Ediciones, KIER, 2007, p.75.

²⁷ Anexo N°1

aplicación de un cuestionario propio²⁸, el cual fue completado con el relato verbal de los padres. La información recopilada tanto en la evaluación como en el protocolo inicial, contribuyó a la planificación del tratamiento y en la programación de las actividades.

²⁸ Anexo N°2

III. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

3.1 METODOLOGÍA

La presente intervención se realizó en modalidad individual, una vez por semana, los días miércoles en el horario de 10:00 a 11:00 am. Se realizaron 13 sesiones durante los meses de Septiembre a Diciembre, en una sala proporcionada por el Centro de Rehabilitación Manantial. Es importante señalar que durante la realización de la práctica, la Institución realizó un cambio de lugar físico, por lo que hubo semanas en que las sesiones no se pudieron realizar.

La intervención fue dividida en tres secciones: evaluación y valoración, desarrollo y cierre. Estas secciones están desarrolladas en el cuarto capítulo, en el cual también se encuentran descritos algunos hitos importantes en el proceso y el posterior análisis de cada sección.

3.1.1 Encuadre Musicoterapeutico

Cada sesión tuvo tres momentos: Canción de bienvenida, desarrollo y canción de despedida.

El lugar físico, en el inicio, fue en una sala pequeña, con alfombra, poca iluminación y muchos materiales de trabajo en su interior, lo que ocasionó que

algunas sesiones fueran interrumpidas más de una vez. En la segunda sede las sesiones se realizaron en el gimnasio, una sala amplia con piso de madera y buena luz.

3.1.2 El setting

El setting estuvo conformado por instrumentos aportados por el musicoterapeuta y la institución, y fueron los siguientes:

- Guitarra.
- Calimba.
- Bongó.
- Panderero.
- Flauta.
- Triangulo con baqueta.
- Pezuñas.
- Chaz chaz.
- Palo de agua.
- Güiro.

Otros objetos:

- Equipo de música.
- Pera.
- Silla.
- Mesa pequeña.
- Cámara con atril pequeño.
- Globos.

Cabe mencionar que no todos los instrumentos se mantuvieron hasta el término del proceso, debido a la imposibilidad física de la paciente para poder ejecutarlos.

3.1.3 Cronograma.

FECHA	ACTIVIDAD
Semana del 19 al 25 de agosto.	Primera reunión de coordinación con directora del Centro. Presentación de la institución.
Primera semana de septiembre.	Visita de observación de grupo especial funcional y entrevista con las técnicas de párvulo encargadas del grupo.
Semana del 24 al 30 de septiembre.	Comienzo de las sesiones individuales. Celebración de la semana de la chilenidad, en donde se realizó una actividad junto a todos los beneficiarios y trabajadores del centro.
Segunda semana de Octubre.	Entrevista con apoderada.
Última semana de Noviembre.	Participación en ceremonia de inauguración de la nueva casa, junto a niños, apoderados y profesionales.

Se coordinó para la primera visita realizada una reunión con una de las directoras del centro, a la cual se asistió junto a la supervisora de práctica, Silvia Andreu. La directora presentó las instalaciones, a los profesionales que trabajaban en el centro y el funcionamiento interno de la institución. Luego nos

describió el trabajo que se hacía en cada nivel, refiriéndose brevemente a los niños que pertenecían a cada grupo de trabajo.

Antes de finalizar este primer encuentro, se acordó la fecha en que se realizaría la siguiente visita para conocer más a fondo los distintos niveles, y junto a la ayuda de los profesionales, escoger a el/la niño/a con que se realizaría el proceso individual.

En segunda instancia, se realizó una visita de observación por cada nivel. En ellas fuimos presentados a todos los integrantes del grupo, niños, profesionales y técnicos. Estas últimas nos informaron a grandes rasgos las características de cada beneficiario, aparte del funcionamiento general del curso. Esta visita permitió tener un primer acercamiento con los niños, compartiendo con ellos en las actividades cotidianas.

Por otra parte se nos permitió el acceso a las fichas clínicas de los niños, las cuales incluían información respecto a los diagnósticos, características y hábitos de cada uno, así como la evaluación interdisciplinaria realizada por cada profesional.

Luego de la instancia de recopilación de datos se procedió a la elección del niño/a con el que se realizaría la presente intervención. Una vez acordado el beneficiario, se entregaron los siguientes documentos:

- Carta de información dirigida a los apoderados: en ésta se pedía a los padres que firmaran una autorización para la realización y registro audiovisual de las sesiones.
- Cuestionario musicoterapéutico dirigida a los apoderados, la cual estuvo basada en las sugerencias hechas por G. Federico.²⁹

Cabe mencionar que durante el proceso, a parte de las sesiones, se realizaron dos actividades recreativas extracurriculares. Una fue la celebración de las fiestas patrias, en la que junto a mi compañero de práctica compartimos con todos los miembros del centro en un ambiente más distendido, lo cual nos ayudó a establecer relaciones con los otros profesionales en instancias distintas a las ya vividas. También se participó en la ceremonia de inauguración de la nueva casa, en la cual se realizó una pequeña liturgia junto a todos los trabajadores del centro y algunos apoderados, para luego asistir a una convivencia. En esta instancia se pudo compartir con apoderados con los que no había tenido contacto anteriormente, sorprendiéndome gratamente por el interés de los padres por informarse acerca de nuestra disciplina.

²⁹ Anexo N°2

En los siguientes meses se continuó con la realización de las sesiones individuales como estaba planificado. Cabe mencionar que durante todo el proceso, hubo muy buena disposición por parte de todo el equipo para conversar luego de finalizadas las sesiones. De esta forma, se pudo compartir opiniones y apreciaciones del proceso, a la vez que fui informada de sucesos de la semana y cambios que pudieron apreciar en la paciente.

En la finalización de la práctica no se realizó una reunión final con la directora del centro (con presencia de la supervisora), lo que habría sido ideal para generar un cierre completo del proceso, dar cuenta de los diferentes puntos de vistas y generar una retroalimentación conclusiva. Esto se debió a una descoordinación por parte de los alumnos en práctica para concretar dicha reunión.

3.1.4 Registro

- Se realizó un registro audiovisual con una cámara de video fija en un atril pequeño.
- Se realizó un Registro escrito (protocolo de sesiones).
- Se aplicó un cuestionario y entrevista a los padres.

3.2 TECNICAS

A lo largo del proceso mencionado, se utilizaron técnicas relacionadas con la musicoterapia activa o creativa y técnicas receptivas o pasivas. Cabe destacar que las actividades planificadas para las sesiones estaban adaptadas a las necesidades y posibilidades de la paciente, al igual que la utilización de instrumentos y materiales.

3.2.1 Musicoterapia activa o creativa.

La musicoterapia activa es un conjunto de técnicas que toma como punto de partida el dinamismo musical, las improvisaciones o actividades musicales, teniendo como fundamento básico el juego, la exploración, la libertad y la creatividad. Dentro de ese contexto se realizaron las siguientes actividades:

- Exploración de instrumentos guiada: Utilizando una canción creada por la musicoterapeuta se invita a conocer y explorar los instrumentos.
- Improvisaciones corporales: se realizaron improvisaciones libres incluyendo la utilización del cuerpo, ejecutando sonidos con la boca, manos y piernas.
- Improvisaciones imitativas: la musicoterapeuta repite ritmos y sonidos ejecutados por el paciente y viceversa.

- Dialogo musical/corporal: la musicoterapeuta y el paciente realizan una improvisación en donde van haciendo un dialogo a partir de los sonidos y movimientos del cuerpo.
- Juegos musicales: estos consistían en cantar canciones que tuvieran contenido lúdico, jugando con los silencios, con los sonidos y movimientos del cuerpo. En este punto Gabriel Federico aporta con lo siguiente: “La selección de canciones y partituras musicales debe ser adecuada, respetando siempre la historia sonora del niño, ya que una mala elección de la música podría resultar incluso perjudicial para el tratamiento.”³⁰

3.2.2 Musicoterapia receptiva o pasiva.

Esta implica la utilización de actividades en las cuales el paciente es un receptor de la música, no como ejecutante activo de esta.

Es importante tener en cuenta que *“esta modalidad es también psicodinámica. Por lo tanto, que estemos haciendo una actividad con música suave o pasiva, no quiere decir que la receptividad no sea activa. El niño puede estar muy alerta, más allá del tipo de actividad que hayamos propuesto.”*³¹

Dentro de ese contexto se realizaron las siguientes actividades:

³⁰ Federico, Gabriel. El niño con necesidades especiales, Neurología y Musicoterapia. Ediciones, KIER, 2007, p.87

³¹ Idem N°28. p.88.

- Baño sonoro: acá la música era ejecutada por la musicoterapeuta, busca inducir la relajación corporal y mental.
- Inventario corporal: se utiliza música envasada o ejecutada por el musicoterapeuta, la idea es inducir la relajación, pasando por cada parte del cuerpo (puede ser cantando o haciendo masaje) con el fin de disminuir tensiones y aumentar la propiocepción.

IV. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS

Como se mencionó anteriormente, esta monografía se basa en el proceso terapéutico junto a N, una joven de 26 años cuyo diagnóstico previo es de Síndrome de Rett. En forma de antecedentes se puede mencionar que el tono muscular de N se ve alterado, la movilidad en sus extremidades y el tronco es muy restringida, no obstante puede permanecer erguida y logra andar con algún grado de apoyo. Se puede indicar también que no presenta un vocabulario funcional, pero entiende algo del lenguaje verbal.

En el presente capítulo se relatará el proceso musicoterapéutico. La descripción y el análisis serán abordados a partir de las tres etapas mencionadas anteriormente: Evaluación y valoración, desarrollo y cierre. Se narrarán los hitos más significativos de cada periodo para luego, al final de cada etapa exponer un análisis posterior.

Como se mencionó anteriormente este escrito se basa en el proceso musicoterapéutico de N, una joven de 26 años cuyo diagnóstico previo es de Síndrome de Rett.

4.1 PRIMERA ETAPA:

EVALUACIÓN Y VALORACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA.

En esta etapa están incluidas las primeras 4 sesiones (26/9, 3/10, 10/10 y 17/10), se enfocó en la construcción de un vínculo musicoterapéutico, de igual forma se trabajó en la observación y comprensión de N, evaluando sus limitaciones (motoras, intelectuales, de desplazamiento y de comunicación), sus recursos y modos vinculares, con el fin de vislumbrar cuales son sus necesidades terapéuticas y así empezar a esbozar los primeros objetivos de la terapia. Durante esta etapa también se realizó un cuestionario musicoterapéutico y una entrevista a la madre de N, de las cuales pude obtener datos que me ayudaron a la planificación de las actividades.

Hitos significativos de esta etapa:

Sesión 1.

Se programó como actividad inicial la presentación individual y exploración de los instrumentos a través de canciones. Por limitaciones físicas de N fue necesario trabajar sentadas, ella en una pera, la musicoterapeuta en una silla al frente, y al costado de ambas (en un piso) estaban ubicados los instrumentos.

Para comenzar se cantó y tocó en guitarra una canción de bienvenida, en la cual se presenta la MT y saluda a N. De igual forma, a través de pequeñas y simples canciones se presentan los instrumentos, de forma muy sutil se invita e incentiva a N a la observación, exploración o ejecución de estos. Durante este primer encuentro N solo escucha atentamente las canciones, esbozando una sonrisa de vez en cuando.

Antes de finalizar esta primera sesión, se cantó la canción de la “jirafa resfriada” de la agrupación Mazapán (la elección de esta canción se basó en la información recopilada en el cuestionario a los padres), cada vez que la MT imitaba el sonido de la jirafa al estornudar N se manifestaba través de risas y carcajadas. Para finalizar la sesión se cantó la canción de cierre y despedida, la cual la paciente escuchó mostrándose muy atenta.

Sesión 2.

En esta sesión N mostró mucho más interés, a pesar de que no quiso tomar los instrumentos, los observó y escuchó atentamente las canciones de cada uno, en especial en la de la guitarra, en la que N se mostró muy motivada, riéndose y sin dejar de prestarle atención, por lo que la musicoterapeuta tomó la decisión de acercarse un poco, a lo que N respondió con una sonrisa. Mientras la terapeuta improvisaba una simple melodía sobre la canción de la guitarra, N miraba muy atenta las cuerdas y la caja de resonancia, al bajar la intensidad de

la canción ella empezó a acercarse cada vez más a la guitarra, tanto que casi toca con la nariz las cuerdas de la guitarra, luego se tiró hacia atrás, se recostó en la pera y se comenzó a reír.

Sesión 3:

Al preparar la sala y armar el setting la musicoterapeuta se percató de que a la guitarra se le había cortado una cuerda, por lo que tomó la decisión de partir con la canción de bienvenida pero acompañándose de la calimba. N desde un principio se mostró más inquieta y participativa, comenzó a moverse, hacia adelante y hacia atrás siguiendo un pulso bastante estable, al que la terapeuta se acopló con la calimba. Al tocar la calimba más despacio N dejó de moverse y se comenzó a acercar hasta tocarla con los labios, sintiendo la vibración que producía el sonido del instrumento, luego se alejó y lo volvió a repetir unos segundos más tarde, y cuatro veces más.

En una segunda instancia al notar que N miraba fijamente la guitarra que estaba dentro de su estuche, la musicoterapeuta procedió a sacarla, y a tocarla de una forma no convencional, colocándola de forma perpendicular a la línea del suelo, y con las cuerdas mirando hacia la paciente. En ese sentido se comenzó a tocar las cuerdas de la guitarra “al aire”, generando una base armónica e improvisando melodías simples, jugando también con las dinámicas y registros propios del instrumento, durante toda la improvisación N participó corporalmente muy activa, acoplándose a un pulso en común, mirando la

guitarra y generando contacto visual con la musicoterapeuta de forma más prolongada. Esta vez N también se mostró motivación en la canción de cierre al final de la sesión.

Sesión 4:

Es importante mencionar que a partir de esta sesión N comenzó a asistir sin las férulas que mantenían sus brazos extendidos (estas tienen el fin de evitar que se lleve cosas o sus propias manos a la boca), esto fue propuesto por las profesionales a cargo luego de observado el comportamiento de N en las sesiones anteriores.

En el desarrollo N mostró nuevo material corporo-sonoro-musical, incorporando aplausos espontáneos y jugando con sonidos producidos con su boca. A medida que la sesión iba llegando a su término, la estereotipia manual (“lavado de manos”) que presenta N comenzó a incrementarse, por lo que antes de cantar la canción de despedida, se cantó *La cuncuna amarilla* de Mazapán (en la información recopilada tanto en el cuestionario como en la entrevista realizada a la madre de N se mencionó que esta canción era de las preferidas de la paciente y con la que le gustaba quedarse dormida), con lo que N bajó el ritmo general del cuerpo, su tono muscular y a pesar de que las estereotipias siguieron presentes, estas disminuyeron considerablemente.

Análisis y reflexión de la primera etapa:

Al finalizar esta primera etapa de evaluación y valoración se puede rescatar que desde un principio N mostró muy buena disposición para la creación de un vínculo con la musicoterapeuta. Esto se pudo notar desde la primera sesión, ya que a pesar de que no participó de forma activa tocando los instrumentos, mostró mucho interés por la música, respondiendo con sonrisas que delineaban indicios de comodidad en ese momento. Un aspecto a rescatar es el haber recibido el cuestionario realizado a los padres antes de comenzar con las sesiones. La información entregada aportó sustancialmente en el desarrollo de canales de comunicación entre la paciente y la musicoterapeuta, así mismo favoreció a la creación de un espacio vincular, ya que a partir de esta información se pudo incorporar material que no era del todo *desconocido* para N, el cual la ayudó a sentirse parte del espacio musicoterapéutico desde un comienzo.

Ya en la segunda y tercera sesión se observó a N más receptiva ante las propuestas de la musicoterapeuta, en un primer momento mantuvo cierta distancia hacia los instrumentos, lo que generó cierta ansiedad en la musicoterapeuta, pero prontamente comenzó a mostrar más interés en algunos como lo fueron la guitarra y la calimba, llegando inclusive a concretar contacto físico con estos los cuales cumplieron un rol de *objeto integrador*, ya que favorecieron a la creación de un vínculo. Durante este periodo la

musicoterapeuta siempre esperó la aprobación de N para ir interviniendo de forma más concreta, ya sea a través de una sonrisa, mirada o gesto, con el propósito de desarrollar las propuestas de N sin invadir su espacio.

Es importante mencionar que durante esta etapa la terapeuta pudo notar que debido a características propias del trastorno, el grado de pérdida de movilidad y habilidad de las manos de N era muy significativo, impidiéndole el uso intencional de estas, lo cual no le permitía tomar ninguno de los instrumentos del setting, por lo que hubo que hacer modificaciones en que le permitieran a N intentar explorar de otra forma los estos mismos, o ejecutarlos sin tener que realizar el movimiento de pinza, que es el que da la facultad de “mantener agarrado” el objeto.

Lo anterior está relacionado con uno de los momentos más significativos de esta etapa, el cual se gestó durante la tercera sesión. Desde un principio N se mostró más inquieta y participativa que en los encuentros anteriores, como relaté en la descripción de las sesiones, la musicoterapeuta cantó la canción de saludo acompañándose por la calimba, debido al corte de una de las cuerdas de la guitarra. Durante la canción N comenzó a moverse hacia adelante y hacia atrás, siguiendo un pulso bastante estable al que la terapeuta se acopló con el instrumento y la voz, de a poco el pulso fue haciéndose más lento, por lo que N, aun meciéndose, se fue acercando de a poco a la calimba, llegando a tocarla sutilmente con los labios, sintiendo por unos segundos la vibración propia de

este instrumento y luego tomó distancia, esta secuencia la repitió varias veces, riéndose cada vez que se alejaba.

En una segunda instancia de esta sesión, en una actividad con la guitarra (con una cuerda menos), N continuó mostrándose muy participativa, conectándose corporal y musicalmente con la MT a través de este juego al que se llamará “vínculo y ritmo”, y que como veremos más adelante será una de las dinámicas centrales y que estará presente durante todo el proceso. Acá podemos dar cuenta de la importancia de lo no-verbal en el desarrollo del proceso vincular, N a partir de sus recursos comenzó a desarrollar dentro de este contexto lo que Benenzon denomina como instrumentos corporo-sonoro-musicales, los cuales favorecieron a la creación de un vínculo.

Al final de esta etapa N comenzó a asistir sin las férulas que mantenían sus brazos en posición extendida, esto favoreció la movilidad de sus brazos y espalada, siendo la música un claro *estímulo facilitador*³² de diversos movimientos asociados a estas partes del cuerpo, como aplaudir, percutir con las manos en la piernas, acercarse mejor a los objetos, etc. Asimismo existía la posibilidad de que se provocara un aumento en sus comportamientos estereotipados, por lo que fue indispensable utilizar técnicas receptivas que contribuyeran a una disminución de los movimientos repetitivos y sensaciones

³² Véase en marco teórico. p. 20.

relacionadas con la ansiedad, con el fin de darle una mejor contención a la paciente.

Estas primeras sesiones ayudaron a la musicoterapeuta a establecer las líneas de trabajo que se desarrollarían en el proceso. También se pudo observar a N cómoda y a gusto dentro del contexto musicoterapéutico, lo que favoreció en el desarrollo del vínculo terapéutico. De esta manera, a medida que pasaban las sesiones N fue mostrando cada vez más interés por los instrumentos, por establecer canales de comunicación y contacto con la terapeuta. Es importante recalcar que en esta etapa se desarrolló la dinámica “vínculo y ritmo”, este juego estará presente durante todo el proceso, incorporando diferentes matices, dinámicas y recursos comunicativos.

Esta primera etapa ayudó a vislumbrar cuáles eran los recursos y necesidades de N, y a partir de esta información se esbozaron los siguientes objetivos musicoterapéuticos que se aplicarán en sesiones restantes:

4.1.2 Objetivos:

Objetivo general

Enriquecer la expresión individual e intención comunicativa mediante estímulos corporo-sonoro-musicales.

Objetivos específicos

- Fomentar la toma de iniciativa frente a las experiencias realizadas.
- Facilitar la expresión de sus sentimientos y emociones.
- Favorecer contacto ocular y patrones de mirada recíproca.

Con el fin de medir el cumplimiento de estos objetivos, se utilizará como criterio de evaluación los cambios observados en el comportamiento de N en las sesiones durante el transcurso del proceso, esto en relación a la apertura de sus canales de comunicación y al desarrollo de su expresión. Por otro lado se observará el uso comportamental que N le da a los instrumentos corporo-sonoro-musicales, y como a través de éstos despliega su musicalidad.

4.2 SEGUNDA ETAPA:

DESARROLLO

En esta etapa están incluidas las siguientes 7 sesiones, desde la sesión N°5 hasta la sesión N°11. Se enfocó en trabajar los objetivos que se plantearon en la etapa anterior denominada de Evaluación y Diagnóstico, los cuales se relacionan con el área emocional, comunicativa y expresiva.

Como se nombró en el marco teórico y en la metodología de trabajo, las sesiones tenían una estructura fija: bienvenida, desarrollo y cierre.

Es importante señalar que debido a limitaciones físicas de la paciente, a partir de esta etapa el setting tuvo que ser modificado, esto con el fin de evitar sentimientos perjudiciales dentro del proceso que podían generar una frustración en N. Estas modificaciones tienen que ver con la adaptación de algunos instrumentos y su disposición en la sala, los que se colocaron en una mesa o piso al costado de la paciente, de tal forma que ninguno le quedara a trasmano y alcanzara a tomarlos o explorarlos si ella lo deseaba. Por una parte el chaz-chaz y las pezuñas fueron adaptados para que pudieran ser utilizados como pulseras, pero por otro lado fue necesario descartar algunos instrumentos del setting como la flauta, el huiro y el triángulo (este último si se utilizó para técnicas receptivas).

Hitos significativos de esta etapa.

Sesión 5:

Esta sesión comenzó con la canción de bienvenida, y luego se volvió a cantar la canción de los instrumentos, presentando la nueva conformación del setting y las modificaciones de los instrumentos. Luego la musicoterapeuta le tomó las manos a N, explicándole a partir de una canción que colocaría en una de sus muñecas el chaz-chaz, el cual ahora podía ser usado como pulsera. En una primera instancia N no mostró señales de molestia ni se opuso a la idea, solo observaba atentamente el instrumento, sin mover las manos. La MT comenzó a cantar una canción relacionada con lo que estaba sucediendo, pero transcurridos unos segundos N se despojó del instrumento, cayéndose éste al suelo. Más avanzada la sesión se intentó nuevamente colocar el chaz-chaz en su muñeca, pero esta vez N se opuso, sacando su brazo rápidamente como señal de incomodidad, por lo que no se volvió a intentar durante esta sesión.

Al final de esta sesión, en el momento de cantar la canción de despedida, N comenzó a hacer sonidos guturales y con la boca, en estos se podía percibir cierta entonación, por lo que la MT incorporó este material en la canción, generando un breve diálogo lúdico e imitativo. Esta dinámica se pudo ver replicada en otras sesiones.

Sesión 7:

Debido a un periodo de fuertes lluvias, el lugar en el que se comenzó trabajando tuvo filtraciones de agua, por lo que se hizo indispensable trasladarse de sala. Esto afectó la concentración de N en un principio, ya que se notaba más distraída e inquieta, pero a medida que la sesión fue avanzando, N se incorporó a la sesión de la misma forma en que se venía desarrollando en el espacio anterior, lo que deja entrever que este cambio físico no tuvo una incidencia negativa en el proceso.

En el desarrollo de la sesión se cantó una canción relacionada con el cuerpo, durante ésta N participó de forma muy activa, llevando el pulso con su espalda de forma muy enérgica constante. En el desarrollo de esta canción, N estiró sus brazos y se recostó sobre los instrumentos que se encontraban sobre una mesa junto a ella, se quedó en esta posición un momento, tocando/explorando algunos de ellos con sus labios y nariz, riéndose y mirando a la MT de reojo, la cual incorporaba en la canción lo que estaba sucediendo. N se levantó, sonriendo, volvió a mirar los instrumentos, y repitió la acción anterior.

Durante el desarrollo de esta sesión N realizó un contacto ocular de forma más prolongada, este comportamiento se repitió constantemente durante las sesiones futuras.

Sesión 9:

Esta es la primera sesión que se realizó en la nueva casa de Manantial, por lo que se cantó una canción de bienvenida, con el objetivo de contextualizarnos en el espacio en el cual se desarrollarían las sesiones de ese momento en adelante. N se mostró muy enérgica, riéndose mucho y aplaudiendo constantemente, esto derivó en un juego percutido, en el cual ella aplaudía y luego la MT replicaba el patrón rítmico y su intensidad con la guitarra. Este juego se repitió durante varios minutos, generando una secuencia rítmica constante en la que N aplaudía una vez y esperaba a que la MT le respondiera, una vez que esto sucedía, ella volvía a aplaudir, pero esta vez lo hacía dos o tres veces seguidas siguiendo un ritmo constante, y siempre esperando la respuesta de la guitarra.

Sesión 10:

Durante el desarrollo de esta sesión la MT comienza a tocar el chaz-chaz de forma muy sutil, por lo que N tomó la iniciativa de acercarse ir acercándose lentamente, colocando su oído muy cerca del instrumento, cuando la MT subía la intensidad en la ejecución, N se alejaba, y cuando la intensidad bajaba ella se acercaba al instrumento, con el propósito de percibir la sonoridad propia de tal. Seguido a esto, N acercó sus manos al pandero que estaba a un lado de ella, sin tomarlo comenzó a tocar y mover las láminas de metal que rodean el

instrumento, lo observó durante varios minutos para luego hacer sonar nuevamente las láminas, escuchando atentamente la sonoridad producida.

Análisis y reflexión de la segunda etapa:

Durante el transcurso de esta etapa se pudo observar el desarrollo del vínculo paciente/musicoterapeuta, éste se fue fortaleciendo de forma transversal durante todo el proceso gracias a la mediación del contexto de lo no verbal, que como se mencionó en el marco teórico, está constituido por sonidos, movimientos, gestos, sensaciones, etc.

A medida que pasaban las sesiones N fue incorporando nuevo material comunicativo de forma gradual, desplegando este material a través de su expresión musical y corporal, por lo que las actividades planteadas se desarrollaban con mucha libertad pero siempre con el fin de alcanzar los objetivos planteados anteriormente. Este espacio se convirtió en lugar de juego, libre expresión y contención para N, a pesar de haber tenido que cambiar de espacio físico reiteradas veces.

Desde la primera sesión de esta etapa N mostró comprensión por la estructura de las sesiones, se pudo observar a partir de gestos o posturas la anticipación de las canciones tanto de bienvenida como de cierre, estas lograban bajar la ansiedad provocada por el inicio o cierre de cada sesión, lo

que se pudo evidenciar a través de la disminución de las estereotipias y movimientos corporales exacerbados. Esta estructura se basó en la propuesta de G. Federico³³, y fue de gran ayuda para N fuera desarrollando sentimientos de seguridad y confianza dentro de este espacio. A partir de esto N logró desenvolverse de forma más libre en las actividades e improvisaciones, llegando a mostrar descontento cuando algo no era de su agrado. Lo anterior se pudo observar en la quinta sesión, en donde N se quitó el chaz-chaz adaptado como pulsera y luego se opuso a que la musicoterapeuta se lo volviera a colocar quitando su mano fijando su atención en otro instrumento. Esto último contrasta con las actitudes descritas por las técnicas parvularias que desde un inicio advirtieron a la musicoterapeuta que cuando a N no le agradaba algo reaccionaba de forma violenta y desmedida, llegando a descompensarse en situaciones extremas, lo que no se observó en el espacio musicoterapéutico.

Un momento significativo de esta etapa se originó en la sesión número siete a partir de la dinámica “vínculo y ritmo”, en ésta N se acercó de forma reiterada a los instrumentos que estaban sobre la mesa, mostrando interés por ellos, jugando y explorándolos según sus posibilidades físicas durante gran parte del desarrollo de la sesión. Es muy importante resaltar que esta iniciativa surgió de forma espontánea por parte de N, esta intención exploratoria no se había podido observar en sesiones anteriores. Esto da cuenta de cómo este

³³ Véase marco teórico p. 22

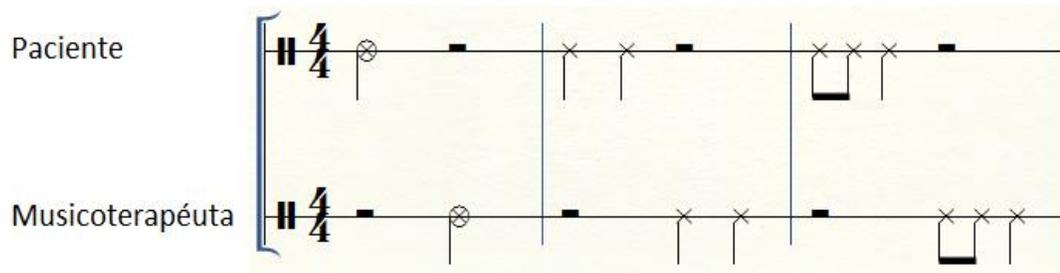
espacio musicoterapéutico permite que N se manifieste libremente, y de cómo a través del juego se logra contener y desplegar su expresividad.³⁴

Más adelante en la novena sesión N comenzó a incorporar nuevo material comunicativo. Dentro de una improvisación libre ella propuso un juego rítmico, acá se pudo observar cómo a través de un simple juego se puede trabajar la autoexpresión, la experimentación, la estimulación y la conexión. En esta dinámica se pudo apreciar mucha complicidad con la musicoterapeuta, N aplaudía una secuencia rítmica y esperaba una respuesta por parte de la terapeuta que imitaba o respondía con la guitarra. Un punto a destacar es que dentro de este juego se logró evidenciar un pulso constante por parte de N incorporando también un juego con los matices *pp*, *mf* y *ff* de la música, articulando un diálogo musical mucho más fluido y elaborado el cual se prolongó durante gran parte de la sesión. Esta dinámica refleja el uso de su corporalidad como objeto intermediario, esto a partir de la clasificación de los instrumentos según su uso comportamental descrita por Benenzon.³⁵

La secuencia rítmica desarrollada en esta dinámica se puede representar a través de la notación musical de la siguiente forma:

³⁴ Véase en marco teórico p. 23

³⁵ Véase en marco teórico p. 19.



Durante la sesión número diez dentro de una improvisación en la dinámica “vínculo y ritmo”, N hizo sonar las láminas de metal que componen el pandero, esto lo logró acercando lentamente sus manos al instrumento, y a partir de los movimientos propios del padecimiento³⁶ consiguió hacerlo sonar, ésta acción fue realizada varias veces y de forma intencional por parte de N, lo que le generó gran satisfacción. Acá se puede observar el progreso de como la paciente pasa de la observación o manipulación de los instrumentos, a la exploración y comunicación a través de estos, también nos muestra la plasticidad de N para crear diferentes formas de ejecución que se adapten a sus posibilidades motoras.

Al final de esta etapa se puede observar a N mucho más conectada con las actividades, generando propuestas, mostrando deseos de improvisar e incluso ejecutando instrumentos, sobreponiéndose e integrando sus limitaciones físicas.

³⁶ Véase en descripción del síndrome de Rett. p. 12 y 13.

4.3 TERCERA ETAPA:

CIERRE

En esta etapa están incluidas las últimas 3 sesiones del proceso de práctica, desde la sesión N°12 hasta la sesión N°14.

Esta etapa tiene como principal objetivo preparar y anticipar un cierre adecuado del proceso musicoterapéutico. Por otro lado la tarea del musicoterapeuta se centró en prestar atención a cambios y progresos que se pudieron observar en N durante el transcurso de la terapia.

Es importante señalar que en estas últimas tres sesiones no se plantearon nuevas actividades, ya que se siguió trabajando en base a las dinámicas desarrolladas en la etapa anterior, complementándolas con el material que ayudó a anticipar la finalización de las sesiones de forma apropiada.

A continuación se describirán los hitos más relevantes de esta etapa, los que de alguna manera reflejan los cambios advertidos en N, para luego hacer un análisis posterior de éstos.

Hitos significativos de esta etapa.

Sesión 13:

En esta sesión, y al igual que en las anteriores, se cantó la canción de saludo/bienvenida, desde su comienzo N llevó el pulso con el movimiento de la espalda, aplaudió y realizó balbuceos junto con sonidos guturales y pequeñas vocalizaciones. Luego, en un pulso más lento, pero con la misma estructura melódica y armónica de la canción de saludo, la musicoterapeuta cantó una canción en la que se abordó el cierre de la terapia. Al momento del cambio de pulso, N se detuvo de forma drástica, se alejó y desvió la mirada de la guitarra, también se acentuó el movimiento estereotipado con las manos característico en N. Ésta actitud se mantuvo durante gran parte de la sesión, participando de las actividades de forma intermitente.

Cabe decir que esta canción estuvo previamente preparada por la musicoterapeuta, y ya había sido presentada a N en la sesión anterior, pero ella no mostró mayor importancia ni reaccionó de forma poco habitual, por eso se tomó la decisión de cambiar el pulso, esto último con el fin de ir preparando de forma gradual una despedida y cierre del proceso, utilizando material musical que para N era familiar.

Sesión 14:

Esta sesión comenzó de la misma forma que la descrita anteriormente, la musicoterapeuta volvió a cantar una canción en que la letra abordaba el término del proceso. Esta vez N no reaccionó de forma tan drástica, ya que a pesar de que por momentos su expresión corporal bajaba de intensidad, participó de forma activa durante el transcurso de la sesión, en la que se cantó la canción de la “jirafa resfriada” y “mazamorra del poroto coscorrón” de la agrupación Mazapán, esta última derivó de manera espontánea en la dinámica “vínculo y ritmo” pero con la consigna de “música y despedida”, luego se cantó la canción de despedida y cierre de sesión.

Análisis y reflexión de la tercera etapa:

En esta etapa la musicoterapeuta comunica a N que se aproxima la finalización de las sesiones. Esto es planteado a través de una canción la cual tuvo dentro de sus objetivos anticipar un cierre adecuado con el fin de contener y encauzar sentimientos de ansiedad frente a estas últimas sesiones. Esto se realizó de forma gradual, lo que ayudó a que la paciente asimilara el fin del proceso de forma paulatina. En un principio se pudo observar cierta resistencia a este momento por parte de N, ya que en la duodécima sesión apenas la musicoterapeuta comenzó a cantar la canción que abarcaba el cierre del proceso N dejó de participar en la sesión de forma activa, desviando la vista de

la guitarra y apoyando su espalda en el respaldo de la silla. Luego, lentamente N se fue incorporando a las dinámicas propuestas para la sesión pero de forma mucho más pasiva que como lo venía haciendo anteriormente. Esta actitud de retraimiento refleja la importancia de anticipar un cierre, dando la oportunidad de ir asimilando la información de forma progresiva.

En esta instancia se puede apreciar también la relevancia de la estructura de la sesión anteriormente descrita³⁷, ya que como plantea G. Federico ésta le otorga al paciente un sentimiento de confianza y seguridad, permitiéndole anticipar y afrontar el proceso de cierre, conteniendo dentro del espacio musicoterapéutico los sentimientos que conllevan éste mismo.

En esta etapa final se buscó también, a través de canciones e improvisaciones, recalcar los diferentes aprendizajes observados en el transcurso del proceso, incluyendo el vínculo paciente/musicoterapeuta y haciendo hincapié en las experiencias vividas.

En la última sesión se pudo ver a N muy participativa, mostrando mucha energía en la dinámica “vínculo y ritmo”, desplegando su musicalidad y compartiendo activamente con la musicoterapeuta, fue una improvisación íntima y emotiva, en donde tanto N como la terapeuta utilizaron las herramientas que se desarrollaron a lo largo del proceso, generando diálogos musicales,

³⁷ Véase marco teórico p.22

imitaciones, miradas y sonrisas, por lo que se puede observar una gran complicidad entre ambas.

En ésta sesión se puede observar como el repertorio comunicativo de N se fue ampliando, utilizando el cuerpo, el movimiento y el ritmo como medio de comunicación, esto se relaciona *el movimiento por la música*³⁸, principio planteado por Gabriel Federico, asimismo mostró una sincronización rítmica muy significativa logrando mayor coordinación en sus movimientos que al inicio del proceso.

También se pudo apreciar cómo el espacio musicoterapéutico era capaz de proporcionarle contención y seguridad a N, incentivándola a expresarse de forma espontánea, generando propuestas propias y tomando la iniciativa, todo esto colaboró en una mayor estabilidad de su musicalidad.

En relación a los criterios de evaluación planteados en la descripción de la primera etapa del proceso, se puede observar como N mediante un juego musical fue explorando de forma lúdica diferentes materiales sonoros a partir del uso de instrumentos corporo-sonoro-musicales, estimulando de esta manera diferentes respuestas espontaneas. El diálogo corporal juega un rol muy importante para lograr la apertura de sus canales de comunicación, al finalizar este proceso se puede observar en N un claro progreso en el deseo de expresión, surgiendo éste como una forma de juego el cual le proporcionó un

³⁸ Véase en marco teórico. p. 20.

espacio en donde ella podía interactuar a través de un canal de comunicación alternativo.

También se pudo observar que dentro de este espacio de creación e interacción espontánea, los instrumentos corporo-sonoro-musicales tomaron el rol de integradores e intermediarios en la comunicación, contribuyendo como una herramienta de comunicación e intercambio con la musicoterapeuta.

V. CONCLUSIONES.

Una vez finalizado el proceso musicoterapéutico puedo destacar la importancia de éste para mi formación como profesional, pudiendo poner en práctica de manera vivencial los planteamientos teóricos abordados durante el periodo de estudios.

Es importante recalcar que en ningún momento se intentó enseñar música a N, sino que a partir de un ambiente de confianza y exento de coacciones, se le presentaron los diferentes elementos musicales para que recurriera a estos como alternativa de comunicación, como una vía para desplegar su creatividad o simplemente como un espacio en donde pudiera divertirse haciendo música espontáneamente.

Esta intervención tuvo como objetivo favorecer el desarrollo de las capacidades expresivas y comunicativas de N. Bajo estos parámetros se pudieron observar algunos progresos y cambios en la paciente durante el transcurso de las sesiones, por lo que pensando en una evaluación final del proceso musicoterapéutico se pueden observar resultados muy favorables. Estos cambios y progresos se ven reflejados en la aparición del deseo comunicar a través de la música.

También se percibió un gran avance en el en ámbito de la autoexpresión y creación, interactuando de forma espontánea a través de instrumentos corporo-sonoro-musicales, los que jugaron un rol muy importante durante todo el proceso terapéutico y en el desarrollo de los objetivos planteados, al igual que el contexto no-verbal, el cual participó como elemento mediador entre paciente y musicoterapeuta en el desarrollo del proceso vincular. Dentro de este mismo contexto se pudieron observar dinámicas rítmicas en las que N proponía y generaba diálogos, en las cuales se lograba percibir un pulso estable, logrando una mejor conciencia corporal y un uso más intencional de sus manos, dando lugar a una mejor exploración de diferentes sonoridades, trabajando la expresión emocional y coordinación motriz. Esto último se relaciona con los principios de “*movimiento por y a través de la música*”³⁹ a los cuales hace referencia G. Federico.

Es importante buscar diferentes y variadas estrategias de comunicación para aquellas personas que no se pueden comunicar verbalmente, en el caso de N la música se transformó en un medio por el cual ella podía conectarse con el exterior, consigo misma y conmigo, sobreponiéndose a sus limitaciones físicas, sensoriales y cognitivas.

³⁹ Véase marco teórico p.20.

Por otro lado creo muy importante poner en manifiesto tanto fortalezas como debilidades propias percibidas durante el transcurso de la práctica.

Dentro de las fortalezas se puede observar:

- Empatía con la paciente, por lo que fue posible generar un vínculo bastante estrecho con ella.
- Tranquilidad al momento de enfrentar las sesiones estando siempre dispuesta a posibles cambios en la planificación de éstas.
- Capacidad para observar e integrar el material sonoro producido por N.
- Muy buena relación y comunicación con los trabajadores del Centro de Rehabilitación.
- Compromiso con el proceso.

También se pudieron observar las siguientes debilidades:

- Manejar de forma incorrecta situaciones como la interrupción de las sesiones por parte de otros profesionales.
- No probar más adaptaciones de los instrumentos que facilitaran a N la ejecución de éstos.
- Falta de actividades corporales y de relajación.
- No haber realizado una reunión final con la directora de la institución.

Al finalizar este proceso musicoterapéutico se puede observar que el rol de la música dentro de un tratamiento integral es fundamental en la rehabilitación de un paciente con síndrome de Rett, favoreciendo al desarrollo de las capacidades sensoriales, motrices, cognitivas, emocionales, expresivas y comunicativas. Más aun cuando está comprobado que estamos frente a un trastorno que no es degenerativo, por lo que las niñas que padecen el síndrome pueden seguir adquiriendo, fortaleciendo y manteniendo todo tipo de habilidades a lo largo de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ALAN K. Percy. Síndrome de Rett: Del reconocimiento al diagnóstico y la intervención terapéutica. Expert Reviews Ltd. 2008.

- BENENZON, Rolando. La nueva musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.1998.

- BENENZON, Rolando. Teoría de la Musicoterapia. Aportes al conocimiento del contexto no-verbal. Editorial Mandala. Madrid. España. 2004.

- BORGES, González S, Rodríguez Perrett N, Ferrando Pollak. M. Síndrome de Rett: descripción clínica y diagnóstico diferencial. REV NEUROL 2002.

- DSMIV, Manual de Trastornos Mentales, MASSON 1995.

- FEDERICO, Gabriel. El niño con necesidades especiales, Neurología y Musicoterapia. Ediciones, KIER, 2007.

- MOORE, Keith L; Dalley, Arthur F. Anatomía con orientación clínica. Editorial médica panamericana, cuarta edición, 2007.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos neurológicos: desafíos para la salud pública, 2006.

ANEXOS

Anexo N°1

Protocolo de Musicoterapia

Fecha:

Paciente:

Sesión:

Terapeuta:

Institución:

Supervisor:

I. Objetivo(s) de la sesión

II. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; corporal, etc.)

III. Descripción de la sesión/actividades: inicio – desarrollo – cierre; indicadores: corporales, comunicativos, emocionales, cognitivos, sonoro-musicales y percepción auditiva.

IV. Conclusiones

V. A considerar para la próxima sesión

VI. Otras observaciones

Anexo N°2

ENTREVISTA MUSICOTERAPÉUTICA DIRIGIDA A LOS PADRES.

Nombre Niño(a):

Fecha Nacimiento:

Nombre madre:

Ocupación madre:

Nombre padre:

Ocupación padre:

¿Quién contesta la encuesta?

1. Relación del entorno familiar con la música:

1.1 ¿Le gusta a usted la música? ¿Qué tipo de música le gusta? ¿A qué otras personas de la casa le gusta la música?

1.2 ¿Se escucha música en su casa? ¿En qué momento del día se escucha música ¿Es música grabada o radio?

1.3 ¿Desarrollan alguna actividad musical en casa? (canto, baile, se tocan instrumentos...)

1.4 ¿Asiste usted u otra persona de la familia a conciertos u otro tipo de eventos musicales? ¿A cuáles?

2. Relación del niño con la música:

2.1 ¿Qué música escuchó la mamá durante el embarazo?

2.2 ¿Cuál era el ambiente sonoro musical de su niño(a) durante los primeros años de vida? (canciones de cuna u otros cantos, cajitas de música, escucha de música o instrumentos musicales, actividades cotidianas que se acompañaban de cantos o música)

2.3 ¿A su niño(a) ¿le gusta cantar? Si es así ¿qué canciones le gustan?
¿Tiene alguna canción favorita?

2.4 ¿Hay algún tipo de música que su niño(a) prefiera?, ¿cuál?

2.5 ¿Hay algún tipo de música que su niño(a) rechace?, ¿Cuál?.

2.6 ¿Qué sonidos ambientales le gustan o agradan a su niño(a)?

2.7 ¿Qué sonidos ambientales **no** le gustan, desagradan o asustan a su niño(a)?

2.8 ¿Tiene su niño (a) algún juguete musical? ¿Cuál? ¿Qué tipo de sonido tiene?

2.9 Si lo desea puede escribir libremente a continuación lo que considere que nos pueda ayudar en el tratamiento de su hijo.

!!!Muchas gracias por su colaboración!!!

Fecha respuesta ficha:_____