



Universidad de Chile

Facultad de Artes

Escuela de Postgrado de Artes

MUSICOTERAPIA EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO: EMPODERANDO AL BEBÉ
PREMATURO Y SU SISTEMA FAMILIAR

Práctica profesional durante marzo del 2017 y julio del 2017 en Hospital Dr. Gustavo Fricke

Monografía para optar al Postítulo de Especialización en Terapias del Arte, mención
Musicoterapia.

FRANCISCA YOUSEF VEGETTI

Profesora Guía: Patricia Lallana

Santiago, Chile.

2017

Agradecimientos

Si pudiese improvisar aquello que se me hace difícil decir en palabras, este agradecimiento sonaría con gran intensidad, ritmos variados, melodías cambiantes y mucha emoción.

Las palabras precisas para describir lo maravillada, fortalecida, emocionada y agradecida que me siento, quedan cortas. Sin embargo, quisiera agradecer a aquellas personas que a pesar de verme confundida, confiaron en que la vida y momentos preciados de reflexión, me llevarían a encontrar aquel aspecto de mi vida que generaría pasión en mí. Sin sus palabras de aliento, no me encontraría hoy en el lugar en el que estoy.

A mi familia, que a pesar de no comprender mucho acerca de qué trataba este viaje, se embarcaron conmigo sin pensarlo dos veces.

A mis amigos/as más cercanos, que me dieron el coraje para confiar en mis capacidades.

A mis profesores y futuros colegas, quienes me dieron la oportunidad de aprender no solo de aquello que saben, sino que de quienes son.

A los bebés, padres y personal de la Unidad de Neonatología, que me permitieron conectar desde un lugar íntimo y profundo.

Pero por sobre todo a ti “C”, tú y tus padres. Me han inspirado a abrir los ojos a una realidad que no me era familiar.

Solo puedo decirle, a todos y cada uno de ustedes, que espero poder devolverles la mano cuando lo necesiten. Gracias.

Tabla de Contenidos

I. Introducción	4
II. Marco Institucional	6
III. Revisión Literaria	8
3.1.1 Prematurez	8
3.1.2 Consecuencias de la prematurez en el neonato	11
3.1.3 Consecuencias de la prematurez en el Sistema Familiar: Apego y desarrollo mental del bebé	12
3.2 Enfoque centrado en la familia	19
3.3 Modelo Ecológico	22
3.4.1 La música	24
3.4.2 Musicoterapia	26
3.4.3 Modelo Benenzon de Musicoterapia	27
3.4.4 Método RBL	29
3.4.5 Musicoterapia Creativa	33
3.4.6 La corporalidad en Musicoterapia Neonatológica	36
3.4.6 Musicoterapia Centrada en la Familia	37
IV. Contexto de práctica	41
V. Experiencias musicoterapéuticas	46
5.1.1 Descripción y Análisis Caso I: “La proyección de los espacios de expansión emocional”	46

5.1.2 Descripción y Análisis Caso II: “La conexión madre-hijo: Biología y emocionalidad”	81
5.1.3 Descripción y Análisis Caso III: “Los obstáculos como fuentes de aprendizaje en el proceso de musicoterapia”	98
VI. Síntesis y evaluación del proceso	107
6.1 Resultados caso I: “J”	107
6.2 Resultados caso II: “V”	111
6.3 Resultados caso III: “G”	114
6.4 Evaluación General del Proyecto de práctica	117
VII. Conclusiones	121
7.1 Fortalezas y Debilidades	121
7.2 Reflexión Final	124
VIII. Referencias Bibliográfica	129
IX. Anexos	135

I. Introducción

Durante los últimos 20 años ha incrementado consistentemente la investigación y literatura clínica relacionada con el uso de la música, como una herramienta potencial en el desarrollo de aquellos bebés que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (UCIN). Este aumento está relacionado con el paradigma mente-cuerpo, que nos ha mostrado que las emociones del paciente juegan un rol importantísimo en el logro de su bienestar (Nolan, 2007, citado en Loewy, 2007).

Su aplicación en el contexto hospitalario durante estas últimas décadas, da cuenta de un adelanto positivo hacia la creencia de que los instintos humanos contribuyen al propio bienestar. Uno de estos instintos naturales es la capacidad de responder a la música.

Esta naturalidad innata que tenemos para dar respuesta a los elementos musicales, como veremos más adelante, influirá en distintos planos de la vida del neonato y su familia. (Nolan, 2007, citado en Loewy, 2007).

El empleo terapéutico de la música en bebés, cobra relevancia porque tanto la primera como el segundo, se hallan conectados con lo más primitivo que tenemos: el sentir. Nuestra historia está marcada por los elementos sonoros, que deambulan por lugares a los que la palabra no llega, pudiendo influir y escribir los inicios de nuestra biografía desde lo musical.

Introducimos en el mundo de un bebé para incidir en su bienestar no es fácil, es un universo complejo. De alguna manera, esa conexión con el propio cuerpo y el de los demás, que como adultos relevamos con el tiempo, en los bebés aparece innata y potentemente.

Incorporarnos al universo de un bebé, es aprender a conectarnos una vez más. Es maravillarnos con los detalles, abrir los ojos a lo que normalmente no vemos. Es palpar algo sin palparlo, es jugar a pesar de las condiciones extremas y es conectarse con la esencia del otro, porque la vida, está en riesgo.

Las siguientes páginas, son un intento por transmitir al lector las experiencias musicoterapéuticas realizadas en el contexto de práctica del Postítulo de Terapias de Arte mención Musicoterapia de la Universidad de Chile, en la unidad de Neonatología Intensiva e intermedia del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Estos procesos musicoterapéuticos fueron llevados a cabo con neonatos de pretérmino y sus padres, durante el primer semestre del año 2017. Periodo en el que se ejecutó el proyecto, asistiendo 3 veces por semana a la Unidad, donde se efectuaron sesiones individuales con los bebés; sesiones con bebés y sus padres; y sesiones grupales solo con los padres.

Progresivamente profundizaré, por una parte, en temas concernientes a la prematurez y por la otra, áreas de la musicoterapia vinculadas a lo anterior, para luego abordar tres casos en los que se describen y analizan procesos musicoterapéuticos llevados a cabo con bebés prematuros y su sistema familiar.

Los resultados obtenidos no solo refuerzan los antecedentes revisados, sino que también ponen en evidencia las necesidades y requerimientos de los sistemas existentes en la UCIN: el bebé, la familia y el equipo multidisciplinario, incluyendo en este al musicoterapeuta. Se abre de este modo, un abanico de posibilidades interesantes de analizar que serán vistas más adelante.

Espero que, al finalizar esta lectura, se pueda vislumbrar el impacto que la musicoterapia genera en el paciente, su familia y el musicoterapeuta, con el fin de generar conocimiento en torno a esta disciplina en el ámbito hospitalario chileno.

II. Marco Institucional

El Hospital Dr. Gustavo Fricke es un establecimiento de salud de alta complejidad, base de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota, atendiendo a quienes requieren acceder a prestaciones de especialidades del Hospital como: Cirugía cardiovascular, fisurados y hematología, entre otros. Más detalladamente, los servicios que entrega el establecimiento son: Unidad de apoyo clínico, servicios clínicos, consultorio de especialidades y los servicios y unidades administrativas.

Para otorgar estos servicios, cuenta con 400 profesionales médicos y con 1.300 funcionarios profesionales y no profesionales. Asimismo, tienen en funcionamiento un programa asistencial docente, con formación profesional y técnica que incluye formación de pre y postgrado.

El hospital tiene como misión ser uno de los hospitales de alta complejidad, autogestionado en red, acreditado, formador, referente nacional y comprometido con la salud, con una visión enfocada en una atención de calidad centrada en las personas. Para lograr esto, plantean como valores el trabajo en equipo, el compromiso, la inclusividad, el respeto y la integridad.

En la actualidad, se está construyendo un nuevo edificio y se sumarán las áreas de apoyo diagnóstico, terapéutico, logístico, industrial y administrativo.

En lo que atañe a la Unidad Neonatológica del Hospital, esta cuenta con dos áreas: la Unidad de Cuidados Intensivos con 16 cupos, de los cuales 12 pertenecen a cuidados intensivos y 4 a cuidados intermedios UCI; y la Unidad de Cuidados Intermedios, que cuenta con 16 cupos de cuidados intermedios.

Trabaja en esta unidad un equipo multidisciplinario conformado por personal de aseo, doctores, matronas, nutricionistas, fonoaudiólogos, kinesiólogos, enfermeras, técnicos en enfermería, psicóloga complementaria (Terapia de Reiki y Flores de Bach) y además trabaja con la Unidad, el programa de gobierno Chile Crece Contigo, que brinda los servicios de una psicóloga y trabajadora social, quienes se hacen cargo de aquellos casos que requieren apoyo social y psicológico urgente.

En cuanto al funcionamiento del área, los horarios de visita para padres, madres y abuelos/as, se encuentran estrictamente regulados por los profesionales a cargo. De esta forma, las madres inician su jornada de visita a las 9.00 de la mañana, finalizando a las 17.00 y los padres cuentan con 1 hora de visita diaria, negociable con la jefatura del personal. El resto de los familiares no tienen permitida la entrada, dada la alta probabilidad de contagio de bacterias y virus perjudiciales para los pacientes. Los abuelos tanto de línea paterna como materna, pueden visitar a los bebés durante 1 hora los días jueves de cada semana. Sin embargo este beneficio es retirado en invierno, por las condiciones de salud de los bebés.

III. Revisión Literaria

“Los primeros años de vida son como los primeros movimientos de una partida de ajedrez, dan la orientación y el estilo de toda la partida, pero, mientras no haya jaque mate, aún pueden hacerse bellas jugadas.”

-Anna Freud -

3.1.1 Prematurez

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros. En el año 2015, la principal causa de defunción en niños menores de cinco años fueron complicaciones relacionadas con la prematuridad. Esta cifra no solo está aumentando, sino que se trata de un acontecimiento a nivel mundial. Lo dramático es que tres cuartas partes de estas muertes, podrían evitarse con intervenciones eficaces y económicas (OMS, 2016).

Hablar de nacimiento prematuro tiene que ver con aquellos nacimientos que ocurren antes de que termine la semana 37 de gestación. Los bebés que nacen antes de las 32 semanas son considerados muy prematuros y los que nacen entre las semanas 34 y 36, son prematuros tardíos. Es importante generar estas distinciones, ya que el pronóstico de estos bebés se verá directamente influido por su edad gestacional y el peso con el que nacen (American Academy of Pediatrics, American College of Obstetrician and Gynecologists, 2005, citado en Hanson-Abromeit, Shoemark & Loewy, 2008; March of Dimes, s/f, citado en Hanson- Abromeit et al., 2008; OMS, 2016).

Todo nacimiento es estresante, pero la diferencia entre un bebé saludable y uno prematuro, es que el bebé que puede ir a casa luego de nacer, posee mayores recursos para

desarrollarse y sus padres pueden ayudarle a adaptarse de mejor manera a esta vida. No debe pasar largos periodos de tiempo en el hospital, llegando a casa con más herramientas para enfrentar el mundo que un bebé nacido antes de tiempo.

Imaginemos que llevamos toda nuestra vida viviendo en un planeta cuyo clima, sistema gravitacional, lenguaje, cultura, contexto sonoro, habitantes y paisaje, es de una forma particular. Imaginemos nuevamente que de forma forzada, sin prepararnos de ninguna manera, debemos viajar a un planeta totalmente desconocido y distinto. ¿Cómo podríamos adaptarnos, si no tuviésemos el tiempo necesario para generar recursos y herramientas para enfrentar este cambio? A pesar de que el potencial existe, lo más probable es que necesitaríamos de tiempo y ayuda. Esto es lo mínimo por lo que pasará un bebé de pretérmino. Le resultará aún más complejo, porque sus órganos no se encontrarán desarrollados para adaptarse a la situación y así, el ambiente al que llegará, influirá directamente en su evolución.

El recién nacido será cuidado en un ambiente extrauterino, que contrasta radicalmente del intrauterino: La Unidad de Cuidados Intensivos. Y si bien existen estándares que son actualizados regularmente, en general, el ambiente sensorial entregado, variará bastante de un hospital a otro. Algunos lograrán atenuar ruidos y regular la luz, por ejemplo, diferenciando entre día y noche, y otros tendrán otro tipo de recursos y prioridades, sin controlar en ocasiones conversaciones del personal y de miembros de la familia, alarmas de los equipos, monitores, motores, el cerrar de las incubadoras, etc.

Pero esto no es todo, puesto que además del ambiente sonoro habrá diversos elementos a los que se verá expuesto el neonato, como por ejemplo: la experiencia de tener múltiples

cuidadores, la estimulación antinatural que puede ser dolorosa e imprevista y la falta de interacción contingente.

Todas estas experiencias pueden causar que los sistemas neuroconductuales del bebé se vuelvan defensivos, llevando a conductas maladaptativas y amenazantes para la vida del neonato. En otras palabras, la exposición prolongada a situaciones de estrés resulta a largo plazo en respuestas desreguladas a futuros estresores, generando cambios negativos en el hipotálamo, corteza prefrontal y amígdala, que son importantes para el aprendizaje, la toma de decisiones y la regulación emocional (Hanson- Abromeit et al., 2008; Shoemark, Hanson & Stewart, 2015).

Experiencias tempranas de esta envergadura, en conjunto con ciertas aptitudes genéticas, derivan en vulnerabilidad emocional. Esto implica que la función pacificadora de los sistemas cerebrales encargados de dominar las pulsiones, no se desarrolla de manera adecuada, es decir, el sujeto es incapaz de controlar sus emociones a lo largo de su vida, siendo el pasaje al acto (impulsividad) o la explosión física, las únicas posibilidades que tiene para calmarse, incluyendo, por ejemplo, acciones como el suicidio en edades más tardías (Cyrulnik, 2014).

De esta forma, las últimas semanas de embarazo y los primeros meses de vida, son un periodo crítico para el desarrollo del ser y su temperamento.

Para un bebé que sufre una experiencia temprana traumática, el mundo a su alrededor es percibido de manera amenazante, por lo que sus sistemas se encuentran en alerta constante. Se altera la información, las células cerebrales del sistema límbico (emociones y memoria), la biología del estrés (cortisol y catecolaminas) y también se producen cambios en la transcripción genética de las células que rodean las neuronas. Se modifica tanto la expresión de los genes, como el traspaso de estas alteraciones genéticas a sus hijos/as, esto es cuando la persona

traumatizada, alcanza la edad de procreación, traspasando estas anomalías a lo largo de varias generaciones (Cyrulnik, 2014).

3.1.2 Consecuencias de la Prematurez en el neonato

Las consecuencias de nacer pretérmino son amplias y diversas para cada uno y serán influidas tanto por factores propios del bebé y su núcleo familiar, como factores ajenos al neonato. Entre los primeros están: los biológicos, el tipo de intervenciones médicas recibidas y su prolongación y el vínculo con los padres; y entre los segundos se encuentran: la rotación del equipo de salud, el movimiento constante del personal de la unidad, la inestabilidad por situaciones externas impredecibles y/o urgentes y el contexto sonoro hospitalario; aspectos que influirán en los niveles de estrés, que impactarán directamente en el estado de salud del sistema familiar. Veremos entonces que entre los efectos podremos encontrar diversas disfunciones del desarrollo, discapacidad intelectual, parálisis cerebral, complicaciones médicas pulmonares, gastrointestinales, complicaciones del sistema sensorial audiovisual y en última instancia, la muerte (March of Dimes, 2007, citado en Hanson - Abromeit et al., 2008; Schwartz, Abrams, Dassler, Lee, Loewy, Silverman...Nolan, 2007).

Otras complicaciones específicas de la prematurez a corto plazo, incluyen afecciones del patrón respiratorio como apnea¹, alteraciones de la frecuencia y ritmo cardíaco, entre ellas la bradicardia², taquicardia³ y también conductas de estrés psicológico⁴.

Por su parte, entre los efectos a largo plazo se hallan alteraciones en el desarrollo cerebral a nivel estructural y funcional, lo que se relaciona con cambios atípicos neuronales y psicológicos. Esto resultará en menor asertividad, funcionamiento social descendido, depresión, ansiedad, trastornos del aprendizaje, dificultades en la escuela relacionadas con déficit atencional, hiperactividad y CI descendido por habilidades cognitivas limitadas (Wolke, 1998, citado en Hanson- Abromeit et al., 2008; Standley & Walworth, 2010; Haslbeck, 2014).

3.1.3 Consecuencias de la prematurez en el Sistema Familiar: Apego y desarrollo mental del bebé

“QUERIDA MAMÁ DE UN BEBÉ PREMATURO:

Sé cómo te sientes en estos momentos. Puedo sentir tu terror al saber que el parto es inminente y casi puedo oír cómo contienes la respiración, deseando con todas tus fuerzas que tu bebé rompa a llorar justo después de nacer; como hacen todos los bebés normales.

¹Cese de Respiración (Gardner & Lubchenco, 1998, citado en Hanson- Abromeit et al., 2008).

² Frecuencia cardíaca bajo parámetros normales (Gardner & Lubchenco, 1998, citado en Hanson- Abromeit et al., 2008).

³ Frecuencia cardíaca sobre parámetros normales (Gardner & Lubchenco, 1998, citado en Hanson- Abromeit et al., 2008)

⁴ Labilidad de estados, privación del sueño y conductas evitativas(Gardner & Lubchenco, 1998, citado en Hanson- Abromeit et al., 2008).

Puedo notar desde aquí tus remordimientos de conciencia, al saber que tu cuerpo no ha sido capaz de cuidar debidamente de quien más querías, a pesar de que tu yo racional te repita una y otra vez que lo que ha pasado no ha sido culpa tuya.

Interrogarás con tu mirada desesperadamente a todo el personal médico que te rodea tratando de adivinar qué están pensando, qué están viendo, en qué situación está tu hijo exactamente.

Afinarás el oído más que nunca y captarás algún término médico suelto, cuyo significado no alcanzarás a entender, pero que te traerá a la mente los peores presagios.

Conozco la impotencia de oír, con los brazos vacíos, cómo estallan en llanto todos los bebés de la planta de Maternidad mientras tú lloras en silencio, puede que incluso sin lágrimas, preguntándote cuándo podrás tener al tuyo en brazos, aunque sólo sea un mísero minuto.

Lo primero que sentirás al ver a tu bebé por primera vez, no será el amor que toda madre siente hacia su bebé, sino MIEDO, así, con mayúsculas, mucho miedo. Te impresionará su aspecto; la claridad de su piel, arrugada y finísima, casi transparente, y esos ojos saltones que te miran sin entender nada.

Puede que ni siquiera puedas levantarlo en varios días, quizá tengas que conformarte con tocarle metiendo la mano en la incubadora a través de una pequeña apertura circular; y después te llevarás la mano a la nariz tratando de identificar su olor. El olor de tu bebé. Lo primero que le dirás a tu hijo no será “te quiero” ni “bienvenido al mundo”, sino “por favor, lucha, no te mueras “. Mirarás a tu bebé dormir en su pequeña urna de cristal, pero no te preguntarás como cualquier otra madre a quién se parece o cuando dirá su primera palabra.

Tú te preguntarás si tiene secuelas, si podrá llevar una vida normal, o cuánto estará sufriendo en estos momentos. Te preguntarás si se siente solo y si sabe que entre todas las personas que están allí rodeándole, eres tú quien le ha dado la vida.

Quizá te den el alta y tengas que dejar a tu bebé en el hospital mientras tú finges descansar en casa, contando cada minuto, cada segundo, que falta para volver a visitarlo.

Te convertirás en una verdadera experta en fingir frente a los demás que, a pesar de todo, estás bien. Quizá incluso termines por creértelo tú misma. Cada noche, antes de dormir, se te romperá el corazón en mil pedazos al imaginar a tu diminuto hijo durmiendo allí, solo, y siendo consolado por manos ajenas.

Vivirás con el temor a que el teléfono suene en medio de la noche y cada mañana, al despertar, te lanzarás sobresaltada a coger el móvil antes de terminar de abrir los ojos, rezando para que no haya ninguna llamada perdida.

Te lavarás las manos de forma enérgica, casi obsesiva, antes de coger a tu bebé en brazos, no sólo durante su estancia en Neonatología, sino mucho tiempo después.

Dudarás antes de darle un beso temiendo que haya, en tu aliento de madre doliente, un maldito virus traicionero que pueda poner en peligro su vida por culpa de tu necesidad de amarlo.

Verás a otros bebés, compañeros de Neonatología de tu hijo, sufrir como nunca debería sufrir alguien que ni siquiera ha empezado a vivir; y cada día te preguntarás si tu hijo será el siguiente.

Quizá un día oigas como las máquinas que rodean a tu diminuto tesoro empiezan a pitar sin control, y te toque salir precipitadamente de allí, mientras cargas con la impotencia de saber que no hay nada en el mundo que puedas hacer para ayudar a tu hijo en estos momentos.

Probablemente te sentirás inútil, prescindible, una mera espectadora del que se suponía que iba a ser uno de los momentos más importantes de tu vida.

Puede que te toque tomar decisiones muy difíciles cuya idoneidad y trascendencia te resulte muy difícil valorar.

Sentirás tristeza, decepción y rabia. Te enfadarás con el mundo preguntándote por qué le ha tocado a tu bebé pasar por algo así. Oirás comentarios que, por desconocimiento o inconsciencia del interlocutor, te harán mucho daño. Habrá gente de tu entorno que te sorprenda, y otros te decepcionarán profundamente.

Sentirás envidia de las enfermeras que bañan a tu hijo, que le cambian el pañal, que le consuelan cuando llora o cualquiera de todas esas cosas que deberías estar haciendo tú. Te preguntarás si serás capaz de cuidarle tan bien como ellas cuando al fin puedas llevártelo a casa. Te sentirás terriblemente culpable de no poder pasar a su lado cada segundo.

Nadie debería iniciar el camino de la maternidad de esta forma, pero lo cierto es que ocurre mucho más de lo que nos imaginamos. No estás sola, aunque en estos momentos no haya nada en el mundo que pueda servirte de consuelo.

Quiero pedirte que seas fuerte, aunque esto no significa que no tengas derecho a derrumbarte. Sólo te pido que dentro de todo ese dolor, miedo, rabia, impotencia e incertidumbre que todas hemos sentido al estar en tu lugar, conserves siempre un hueco para la esperanza, por muy remota que esta te parezca.

Las madres de bebés prematuros no somos como las demás madres. Nunca recordarás el día de tu parto como el día más feliz de tu vida, sino posiblemente como el peor día de tu vida, y cada cumpleaños que celebre tu hijo tendrá un regusto agri dulce y te traerá recuerdos que lucharás desesperadamente por olvidar el resto del año.

Pero nuestros bebés tampoco son como otros bebés. Nunca olvidarás esta experiencia tan traumática, y muchos años después seguirás llorando al recordarlo, quizá incluso toda la vida, pero tampoco olvidarás el asombro de ser testigo de cómo bebés que caben en la palma de una mano, luchan por su vida con más fuerza que muchos adultos y se abren paso por el mundo como verdaderos tornados.

Aprenderás que la vida es un MILAGRO, que respirar en sí mismo también es un milagro, que hay cosas que ni los propios médicos pueden explicarse del todo y que los bebés prematuros son verdaderos especialistas en desafiar cualquier pronóstico negativo.

Espero que pronto estéis en casa juntos empezando vuestra nueva vida como madre e hijo, y que algún día seas tú quien le escriba a otra madre una carta de ánimo como estoy haciendo yo ahora.” (García, 2016, citada en Consultorio Pediátrico Dra. Verónica Kristanavicius, 2016).

Hasta el minuto hemos visto los efectos en los bebés prematuros, pero tal como vislumbramos en el texto anterior, los padres también se ven afectados. En este sentido, las figuras significativas deben soportar la preocupación e incertidumbre constante respecto de la supervivencia de su bebé. Viven una experiencia de duelo, que a veces se elaborará y otras se constituirá en una experiencia traumática (Hurst, 2001; Prentice & Stainton, 2003, citado en Hanson- Abromeit et al., 2008; McLean, 2016).

Al mismo tiempo, la posibilidad de decidir y controlar cómo cuidar a su bebé no existe, dificultando el apego. Lo anterior puede llevar a sentimientos de intimidación, duelo, ineficacia, ansiedad, confusión, culpa, estrés, angustia, falta de control, una sensación de estar poco empoderados y sentimientos fluctuantes entre exclusión/inclusión y esperanza/desesperanza. Todo esto afecta directamente la representación que los padres tienen de sus bebés y, por tanto, la capacidad de comprender conductas manifestadas, responder y estar en sintonía afectiva con sus hijos, repercutiendo en la relación contingente (McGrath, 2001, citado en Hanson- Abromeit et

al., 2008; McLean, 2016; Van Beek & Samson, 1994; Vandenburg, 2000, citado en Hanson-Abromeit et al., 2008).

La capacidad para captar las señales y comunicaciones implícitas del bebé, interpretarlas y responder a estas de forma adecuada, es lo que se llama “sensibilidad del cuidador”, que es el aspecto más relevante en la calidad de cuidados otorgados al bebé por parte de sus cuidadores claves. Esta sensibilidad, es necesaria para que los padres inicien su transformación a la figura segura y de confianza, a la que los bebés recurrirán para regularse y aprender distintas conductas necesarias para la vida futura y su desarrollo físico, emocional, psicológico y social (Oates, 2007).

De la constancia, coherencia de los afectos y empatía de los padres, acerca de lo que su bebé siente y piensa respecto de las interacciones que mantienen, va a depender el ejercicio de un apego seguro y sano que le permita un desarrollo integral (Oates, 2007).

La dificultad de los padres para dar respuestas asertivas, además de influir en la capacidad de autorregulación y niveles de estrés del neonato prematuro, tendrá un impacto directo en su identidad⁵, interfiriendo en la función principal de este constructo psicológico: La de organizar y encauzar el desarrollo de la personalidad, lo que tiene gran implicancia a futuro (Jacoby, 1985, citado en Sassenfeld 2011; Wolf, 1989b, citado en Sassenfeld, 2011).

El sí mismo del neonato se desarrollará acorde a estas experiencias e interacciones tempranas, las que se arraigarán en las profundidades de su ser, impactando incluso en su biología, puesto que este “yo”, es producto y expresión indisoluble de todas las sensaciones

⁵ Aspecto de la personalidad que nos provee de un sentimiento de ser uno mismo y que trasciende la experiencia consciente (Sassenfeld, 2011).

corporales. El “yo”, es antes que todo corporal y está constituido a partir de sensaciones localizadas en el cuerpo y los afectos, enlazando estas dos dimensiones (Jung, 1907, citado en Sassenfeld, 2011).

En otras palabras, “La experiencia es el principal arquitecto del cerebro humano. Este es sumamente sensible a las experiencias a través de toda su vida, pero las que suceden al comienzo, son las que lo organizan” (Verny, s/f, citado en Federico, 2013, p. 11).

Esto nos lleva indiscutiblemente a la necesidad intervenir en dos aspectos, no solo para obtener avances rápidos y mejorar la calidad de vida del bebé y sus padres, sino que de prevenir las futuras problemáticas que fueron explicadas en los apartados 3.1.1, 3.1.2 y 3.1.3.

El primero sería justamente el apego entre padres y sus bebés, por el impacto que este tiene en el presente y el futuro. El segundo, dice relación con la conexión entre las distintas dimensiones humanas, que deben ser trabajadas desde un nivel que trascienda el lenguaje verbal, integrando lo biopsicosocioespiritual. Estos dos elementos a intervenir, son interdependientes y se conforman como parte del desarrollo emocional temprano.

De hecho, Winnicott (1960, citado en Sassenfeld, 2011) propone que el sí mismo surge de los tejidos y funciones corporales, incluso de la acción del corazón y de la respiración, reuniendo los detalles de la experiencia de estar vivo. De esta forma, la identidad o si mismo es indisociable del cuerpo, pero solo puede surgir en cuanto haya un grado de organización psíquica, ligado a la experiencia de continuidad existencial y de sentirse real como individuo. Lo anterior es solo posible en el contexto de una relación con una madre o sustituto de ésta, que sea capaz de proporcionar cuidados maternos que favorezcan y apoyen de diversas maneras el crecimiento psicológico del niño. Es decir, el si mismo surge de la vinculación física-emocional coherente y

constante que brinda la madre, determinando a través de este medio, la organización y regulación fisiológica y por tanto psicoemocional del bebé en desarrollo.

En el caso del neonato prematuro existiría un sí mismo incipiente y, por tanto, el potencial de organizarse de manera continua y coherente en el tiempo, lo que se traduciría en conductas adaptativas, que es algo que se encuentra amenazado en el contexto hospitalario (Stern, citado en Bleichmar, 2009).

La propuesta de Winnicot cobra mayor sentido, dado que este potencial puede ser fomentado, por medio de la vinculación entre el bebé y su cuidador. Vinculación que, de no existir, podría generar futuros problemas relacionados con la salud física y socio-emocional del bebé (Abrams, Dassler, Lee, Loewy, Silverman & Telsey, citados en Schwartz, et al., 2007).

A pesar de la separación corporal entre la madre y el bebé nacido, el cuerpo del bebé que nace no es sólo físico sino también emocional y psíquico. Aunque la separación física sea efectiva luego del nacimiento, la madre y el bebé continúan conectados en la esfera emocional. El bebé de alguna manera es una representación no sólo de sí, sino también de la madre y de lo que sucede con ella. Todo lo que la madre recuerda y siente, aquello que le preocupa y rechaza, son emociones que el bebé también vive como propias. De este modo, la emocionalidad de la madre cuando se encuentra junto al bebé, se manifiesta en el cuerpo de su hijo/a, sobretodo las emociones que no residen en la consciencia de esta, es decir, la sombra⁶. Por lo mismo, cuando se observa un bebé llorar sin motivo aparente, habría que preguntarse por qué esa madre llora (Gutman, 2015).

⁶ “Se refiere a las partes desconocidas de nuestro mundo espiritual” (Gutman, 2015, p. 29).

Esta “fusión emocional” entre el bebé y su madre, como le llama Gutman (2015), se extiende a lo largo de los 9 primeros meses de vida.

3.2 Enfoque centrado en la familia

El apego existente entre el bebé y sus padres, se constituye en una herramienta poderosa para que el equipo de profesionales de la unidad, pueda utilizarlo como un elemento para ayudar a los bebés a manejar aspectos específicos de la hospitalización y su rehabilitación, haciéndolos sentir más seguros y confiados, y también para el desarrollo de habilidades relacionales que les servirá en un futuro.

No debemos olvidar que el apego no solo tiene que ver con la vinculación de los bebés con sus padres, sino que también involucra que los padres estén apegados a sus bebés. Esto debe ser considerado a la hora de las intervenciones, estableciendo una relación colaborativa e involucrándolos en el tratamiento, rehabilitación y todo lo que ocurra posteriormente, pues los padres en este contexto, están desarrollando su rol e identidad paterna/materna.

En este sentido, es oportuno intervenir desde un enfoque multidisciplinar y centrado en la familia.

El arte de trabajar con neonatos, tiene que ver con interconectar los cuidados médicos y de enfermería, con los de nutrición, fonoaudiológicos, psicológicos, kinesiológicos (neurodesarrollo) y los de trabajo social, cada uno con sus propios instrumentos y teorías a la base. La musicoterapia al constituirse, no como una terapia alternativa sino que complementaria,

se une a las demás disciplinas, sirviendo como un puente conector entre los padres y su bebés, brindando aportes propios (Abrams, et al., citados en Schwartz, et al., 2007).

En un mundo tan racional, donde se alaba la lógica en desmedro de lo emocional, aflora la culpa frente a la expresión real de las emociones y el miedo a despojarnos de las máscaras que ocultan nuestros verdaderos rostros. Es en este panorama que la musicoterapia se inmiscuye sigilosamente sin recurrir a las palabras, integrando aquellas dimensiones que hemos olvidado a lo largo de los siglos en la cultura occidental: lo corporal, relacional, social, espiritual, mental y emocional.

A pesar de esto, ninguno de estos aportes perdura en el tiempo, ni cobran tanto significado, si es que no se incluye a la familia. Son ellos quienes mantendrán estos cuidados a largo plazo y son, al mismo tiempo, quienes más lo requieren. El enfoque de cuidados centrados en la familia es relativamente nuevo en el contexto hospitalario. De hecho, históricamente, los hospitales han confiado sólo en los aspectos médicos del tratamiento para curar las enfermedades. El enfoque familiar en cambio, está basado en principios diseñados para promover un mayor empoderamiento de la familia, desarrollando capacidades para tomar decisiones, obtener mayor control y generar una sensación subjetiva y objetiva de auto eficacia. Así, se evita la dependencia de los bebés y sus padres a los servicios otorgados por los profesionales (Leeuwenburgh, citada en Schwartz, et al., 2007).

El enfoque centrado en la familia se basa en los siguientes pilares (Letourneau & Elliot, 1996, citado en Schwartz, et al., 2007):

- Reconocimiento de que la familia es una constante en la vida del bebé, en tanto que los servicios de salud y personal fluctúan.
- Importancia de facilitar la colaboración entre padres y profesionales, en los cuidados de salud brindados al bebé.
- Necesidad de compartir con los padres, de forma constante, apropiada y empática, información completa y no viciada, respecto de los cuidados de su hijo/a.
- Implementación de políticas/programas apropiados y comprensivos, que provean de apoyo emocional y financiero según las necesidades de cada familia.
- Reconocimiento de las fortalezas e individualidad de cada familia y respeto por sus distintas maneras de lidiar con la situación.
- Comprensión e incorporación de las necesidades emocionales y del desarrollo de los bebés, infantes, niños/as y adolescentes y sus familias en los sistemas de salud.
- Motivar y facilitar la confección de grupos de apoyo entre los padres.
- Relevancia de que los diseños de programas de salud sean flexibles, accesibles y responsivos a las necesidades de las familias.

Estos pilares son indudablemente esenciales, mas resultaría un desliz estandarizar el tratamiento, por lo que el concepto de individualidad es central en cualquier intervención. Por tanto se debe conocer a cada bebé, padre y madre, ya que como se ha establecido cada familia es un universo (Hanson- Abromeit et al., 2008, p 18).

3.3 Modelo Ecológico

El modelo ecológico de Bronfenbrenner, resalta la importancia del ambiente en el que se desenvuelve un ser humano en desarrollo. Propone una visión ecológica, por lo que el desarrollo humano es entendido como un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe y se relaciona con su ambiente circundante. Supone la acomodación mutua y progresiva, entre un sujeto activo en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona se desenvuelve. Esta acomodación además se ve afectada por las relaciones establecidas entre los distintos entornos en los que participa el ser en desarrollo, y los contextos mayores en los que estos entornos están insertos. De modo tal que el sujeto es una entidad en desarrollo dinámico, implicándose, influyendo y reestructurando el medio en el que vive, siendo la interacción entre la persona y el ambiente, bidireccional. El ambiente ecológico, es una disposición seguida de estructuras, en la que cada una está contenida por otra, similar a las muñecas rusas, existiendo cuatro sistemas que operan afectando directa e indirectamente a un niño en desarrollo (Bronfenbrenner 1977b, 1979, citado en García, 2001; Gifre & Guitart, 2012):

- **Microsistema:** Es el entorno inmediato que contiene al sujeto en desarrollo. Es decir, la casa, la escuela, el hospital en el caso de bebés prematuros. El desarrollo psicológico deviene de la participación de estos microsistemas, donde se llevan a cabo roles, relaciones interpersonales y donde se realizan patrones de actividades.

- Mesosistema: Referido a las relaciones bidireccionales entre dos o más microsistemas en los que el sujeto en desarrollo participa. Para un bebé hospitalizado, su mesosistema serían las relaciones entre sus padres y el personal de la Unidad.
- Exosistema: Son entornos en los que no está incluida de manera directa la persona en desarrollo (bebé, niño o adulto), sin embargo en los que se producen hechos que afectan los microsistemas en los que está inserta. Por ejemplo: los efectos que tiene el empleo del padre de un bebé prematuro (tipo de clima laboral, ser ascendido o despedido, etc.) en su relación de pareja y como esto a su vez genera un impacto en el bebé en cuestión.
- Macrosistema: Este afecta a los tres sistemas anteriores; son los marcos culturales e ideológicos que dan uniformidad a los otros sistemas en términos de forma y contenido, generando una diferencia con respecto a otros entornos con otros marcos culturales.

3.4.1 La música

*“Thank you for the music, the songs I'm singing
Thanks for all the joy they're bringing
Who can live without it, I ask in all honesty
What would life be?
Without a song or a dance what are we?
So I say thank you for the music
For giving it to me”
-ABBA-*

Hablábamos anteriormente de la musicoterapia como un puente interdisciplinario, con aportes propios en el tratamiento de prematuros y sus padres en las Unidades de Neonatología intensiva e intermedia. Para dar continuidad a este tema, es necesario profundizar en torno a la música en sí.

Sacks (2007), en el prefacio de su libro *Musicophilia*, hace una espectacular reflexión en torno a este elemento. Se extraña al ver como toda una especie se ocupa y preocupa durante tanto tiempo por aquello que se hace llamar música. Describe como ciertas especies de aves, tienen grabado en su sistema nervioso central usos adaptativos para el canto. En cambio, tal como Darwin describe, para el ser humano el placer y la capacidad de producir notas musicales no tienen utilidad alguna, por lo que debe ser calificada entre los misterios más grandes en los que este se envuelve. De este modo Pinker (2007, citado en Sacks 2007) propone que muchas de las artes que no tienen una función adaptativa, pueden ser producto de dos rasgos: los sistemas motivacionales que nos dan placer cuando experimentamos señales que se correlacionan con

resultados adaptativos (seguridad, sexo, autoestima, ambientes ricos en información) y, por otro lado, la forma de saber cómo crear estos estados puros en dosis concentradas de estas señales. Así, nuestras capacidades musicales usan y reclutan sistemas cerebrales que ya se encuentran desarrollados para otros propósitos. Esto se relaciona con el hecho de que no existe un centro musical único en el cerebro humano, involucrándose millones de redes neuronales de todo el órgano en esta actividad. A pesar de no tener una función adaptativa desde el punto de vista científico, la música continúa siendo fundamental y central en toda cultura.

Tal como Sacks (2008) describe, los humanos somos una especie musical tanto como lingüística. Todos podemos percibir la música, los tonos, el timbre, la altura, los intervalos, los contornos melódicos, sus armonías y ritmos. Integramos todo esto y construimos música en nuestro cerebro utilizando distintas partes de este. A esta estructuración inconsciente de la apreciación musical, se suma una reacción intensa y profundamente emocional a la música. Pero escucharla no solo tiene que ver con lo auditivo y emocional, sino que también con lo motor. Tal como Nietzsche (citado en Sacks, 2007) describía, escuchamos la música con nuestros músculos: mantenemos el tiempo con la música de manera involuntaria incluso cuando no la escuchamos. En nuestras caras y posturas reflejamos la narrativa de la música, los pensamientos y emociones que esta provoca y esto ocurre incluso cuando solo la imaginamos. A resumidas cuentas, nuestros sistemas auditivos y nuestros sistemas nerviosos, están afinados para la música. Esta susceptibilidad musical innata que tenemos, nos afecta a todos y puede tener el potencial de calmarnos, animarnos, confortarnos, excitarnos, organizarnos y sincronizarnos en el trabajo o el juego. Aún más, puede tener un gran potencial terapéutico para responder a una gran variedad de

condiciones neurológicas. Todos estas condiciones y otros tipos de enfermedades, pueden verse beneficiadas por el uso de la música y la musicoterapia.

En otras palabras, la música tiene efectos neurofisiológicos sedativos y estimulantes. En la gama de efectos estimulantes, induce a la acción corporal y provoca la movilización de emociones. En el área de la sedación genera tranquilidad, estimulando el área neurológica que lleva a la sedación física, reduciendo la sensación de dolor y estrés. Lo anterior tiene correlato observable en la respiración, frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura de la piel, actividad electrodermal y ondas cerebrales. Este efecto estimulante o sedativo, no puede ser reducido a un tipo de música en particular, motivo por el cual es necesaria la presencia de un musicoterapeuta formado, que pueda responder a las necesidades del momento y a la individualidad de cada usuario/a (Gastón, 1968, citado en Sabbatella, 2002; Posch, 2002).

3.4.2 Musicoterapia

La musicoterapia es una profesión de la salud que utiliza la música para atender necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales de individuos de todas las edades. Esta ayuda a mejorar la calidad de vida de personas sanas y a la vez permite hacerse cargo de las necesidades de bebés, niños y adultos con discapacidades u otras enfermedades. Las intervenciones de musicoterapia pueden estar diseñadas para promover el bienestar, manejar el estrés, reducir el dolor, expresar emociones, desarrollar la memoria, mejorar la comunicación y promover la rehabilitación física (American Music Therapy Association, 2004, citado en Hanson Abromeit, et al., 2008).

Dentro de esta disciplina, existe una diversidad de orientaciones, modelos, métodos y técnicas, que dependerán del estilo del terapeuta, a su vez que del tipo de usuario que la reciba.

Si deseamos generar un plan terapéutico para bebés prematuros y sus padres, podemos ceñirnos a un solo modelo específico para este, o integrar una serie de enfoques pertinentes para cada familia. A raíz de esto, es que en un afán por realizar una intervención integral, se exponen en seguida una serie de métodos. Esto es, teniendo en cuenta, que el rol de la musicoterapia será la de incluir a los distintos sistemas que envuelven al bebé: la sociedad, el hospital, la Unidad de Neonatología y la familia, cada sistema y subsistema con su propia cultura y pautas de funcionamiento único. Todos estos se influirán mutuamente, incluso sin intentarlo de forma voluntaria y quien deba tenerlo presente a todo momento, será el profesional de musicoterapia.

Específicamente, para el trabajo con estos usuarios, el uso del Modelo Benenzon de Musicoterapia, Modelo de Musicoterapia Creativa, Musicoterapia Centrada en la Familia y método RBL (Rhythm, Breath and Lullaby), han sido los seleccionados para la práctica.

3.4.3 Modelo Benenzon de Musicoterapia

No debemos olvidar que la vida emocional del neonato, se circunscribe no sólo al momento de su nacimiento, sino que desde mucho antes: Su gestación (Federico, 2013).

El Modelo Benenzon de Musicoterapia, plantea que el fenómeno corpóreo-sonoro-musical comienza desde que el óvulo se une al espermatozoide, comenzando a experimentar el mundo desde el útero. Conforman su experiencia las vibraciones, los movimientos, los sonidos de la placenta, el flujo sanguíneo, los ruidos intestinales, el latido cardíaco y la voz de los padres.

En el caso de prematuros, el proceso de desarrollo dentro del útero se interrumpe, perdiendo parte de la vinculación con la madre. La musicoterapia, puede lograr estados regresivos que ayudarán al bebé a revivir experiencias gratificantes que se perdieron antes de tiempo. Para esto se reconstruyen fenómenos corpóreo-sonoro-musicales como: la voz de la madre, sonidos que imitan la respiración, latidos cardíacos, u otros similares vividos en el útero, ya que el bebé los reconoce, otorgándole seguridad y familiaridad. Con esto se puede potenciar el vínculo con la madre y mejorar la calidad de vida del neonato (Benenzon, 2002; Federico, 2013).

Por otro lado, vista la prematurez como una experiencia potencialmente traumática, se habla de que podría producirse una fijación, viéndose alterado su desarrollo evolutivo normal, lo que aumenta la probabilidad de padecer algún trastorno en la niñez, adolescencia o adultez. Por lo mismo, se intenta evitar que la experiencia sea vivida de esta forma, brindando a través de la musicoterapia un espacio de continuidad de la experiencia in útero. Este espacio no solo trata de reproducir la experiencia sonora de la etapa de gestación, sino que de establecer un proceso vincular, utilizando la comunicación no verbal y buscando al mismo tiempo calmar la angustia del bebé, al proporcionar un objeto intermediario que abre canales de comunicación entre dos personas (Benenzon, 2002; Federico, 2013).

De esta forma se crea un entorno sonoro familiar, otorgando un clima de seguridad, consistencia y contención acorde a la cultura. Un método que no se encuentra circunscrito en el Modelo Benenzon, pero que es útil para esto, es el RBL (rhythm, breath and lullabies).

3.4.4 Método RBL (Ritmo, respiración y Canción de Cuna)

Se trata de un *método* especializado para el trabajo con bebés prematuros en unidades de cuidados intermedio e intensivos, que permite utilizar música y sonidos en vivo, para replicar el ambiente intrauterino, influyendo en el desarrollo de la succión no nutritiva, ganancia de peso, patrones de sueño estables, recuperación de intervenciones dolorosas, aumento de vocalizaciones en el infante, estabilización de signos vitales, ahorro de energía vital necesaria para el desarrollo, sensación de seguridad y consistencia, y reducción de ansiedad en los padres (Loewy, Stewart & Homel, 2013; Loewy, 2015).

El uso de estos elementos musicales que replican la vida intrauterina cobra sentido, ya que se ha comprobado que el bebé en gestación escucha el corazón de su madre en la semana 16 aproximadamente y su percepción del pulso es una característica innata. Se regula durante la gestación de acuerdo a los sonidos vitales del ambiente intrauterino, existiendo una tendencia natural para sincronizar sus ritmos con los sonidos que le rodean (Loewy, 2013; Loewy, 2015).

Como se explicaba, cuando un bebé nace antes de tiempo, su ambiente sonoro en la UCIN está comprometido, por lo que se halla privado del ambiente sonoro acústicamente activo, nutritivo y familiar que debiera formar parte de su desarrollo óptimo. Considerando esto, es que la música que toca el terapeuta, se produce con el fin de asegurar las condiciones necesarias para promover el bienestar y crecimiento del bebé. Esta música, ejecutada en vivo en el contexto musicoterapéutico, responde de forma contingente, aprovechando la tendencia innata del bebé para sincronizar sus propios ritmos con aquellos externos y familiares a este como: la placenta, la voz de la madre, los latidos cardíacos, etc. Por consiguiente, se han logrado resultados como:

regulación de signos vitales, aumento de peso, mejores patrones de sueño, prolongación de estados de alerta tranquila (que refuerzan los mecanismos neurológicos ligados a la atención, el sueño y la familiaridad), y disminución de la percepción de ansiedad en los padres durante su estadía (Loewy, 2013; Loewy, 2015).

Asimismo, se promueve el apego por medio de conductas vinculantes que son potenciadas a través del canto materno y paterno, particularmente cuando el cuidador está en sintonía con el infante, ya que cuando los cuidadores están angustiados, el riesgo está en traspasar respuestas traumáticas de forma inconsciente y de manera fisiológica al recién nacido. Este es un riesgo que corren todos, por tanto el rol del musicoterapeuta, deberá ser el de asistir a estos padres en el desarrollo de vías musicoterapéuticas para proveer contactos nutritivos, interactivos y estimulantes en momentos apropiados, lo que influirá en el vínculo, la regulación de signos vitales, la sensación de seguridad y familiaridad y el desarrollo neurobiológico (Loewy, 2013; Loewy, 2015).

Una *técnica* específica que promueve el apego seguro y empodera al bebé y su sistema para lograr su autorregulación, es la del “canto contingente”, comúnmente utilizada en este método.

Dado que las posibilidades de vínculo entre el bebé y sus cuidadores primarios se ven limitadas, la configuración de la propia identidad del neonato es influenciada por este medio adverso. A través del espacio musicoterapéutico, se puede reflejar musicalmente la vivencia interna y la conducta externa del bebé, para que pueda sentir, ver y escuchar quién es él, experimentando su identidad. La música en vivo y la técnica del canto contingente permite

generar esta instancia, ya que se puede responder en el momento a su respiración, conductas, expresiones faciales y vocalizaciones (Haslbeck, 2014; Austin, 2011).

La contingencia es un contexto en la que una respuesta produce consistentemente un resultado particular y ese resultado solo es producto de esa respuesta. En ese sentido, el bebé no puede crear música, pero dicta todas las cualidades que el terapeuta pone en esta, creando la oportunidad para que el neonato pueda escuchar y ver lo que el terapeuta escucha y ve en su expresión. Valga la redundancia, cuando la improvisación en musicoterapia genera un contexto interpersonal entre terapeuta y cliente, la improvisación retrata su experiencia de “sí mismo en el mundo” a través del sonido. Es esta experiencia del sí mismo en el mundo, que se intentaría brindar al bebé (Pavlicevic, 1997, citado en Austin, 2011; Sullivan & Lewis, 2003, citado en Austin, 2011).

También es utilizada comúnmente en este método, la técnica de *entrainment*, estrechamente relacionada con la contingencia. Se trataría de la sincronización y control de un ritmo fisiológico a partir de un estímulo externo como la música, es decir, la “conexión de ritmos”. El musicoterapeuta utiliza los patrones rítmicos del neonato (respiración, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno), en conjunto con sus expresiones faciales y gesticulaciones, transformándolas en música, la que va cambiando con las expresiones del bebé, que a su vez debe estar tranquilo para evitar la sobreestimulación tan perjudicial para su neurodesarrollo. Ésta es expresada en arqueo de espalda, disminución saturación de oxígeno, separación de dedos, aumento frecuencia cardíaca y respiratoria, llanto explosivo, hipo, etc. El musicoterapeuta debe comprender cuándo esperar, cuándo contener y cuándo calmar, sintonizando con el estado

interno del prematuro (Schwartz et al., 2007; Haslebeck, 2014; Als, Tronick, Lester & Brazelton, 1977, citado en Haslebeck 2014; Austin, 2011).

Otra *técnica* específica para regular signos vitales y fomentar vínculo, es la “canción familiar”: melodía identificada por los padres con un uso dentro de la historia familiar, o representativa de la cultura de esa familia. Puede ser una canción religiosa, una canción de cuna heredada, o una canción creada por estos mismos, siendo transformada por el musicoterapeuta en canción de cuna para evitar la sobreestimulación del bebé, pero es a través de esta que los padres depositan deseos, expectativas y el amor hacia sus hijos/as (Loewy, 2013; Loewy, 2015).

Existe también un kit de instrumentos específicos para replicar sonidos intrauterinos como el tambor oceánico y el gato box. El primero es un tambor cerrado, en cuyo interior se encuentran diversas bolas de metal, que al moverse replican el timbre y sonido de la placenta. El instrumento busca reflejar el patrón respiratorio del bebé, que puede ser manipulado cuando se sincroniza con este, regulando así su frecuencia respiratoria, ritmo cardíaco, y ciclos de sueño.

El gato box, por su parte, replica el sonido del corazón, siendo un instrumento de madera que reproduce dos notas en un intervalo de tercera mayor, cuyo sonido y ritmo se entrena a la frecuencia cardíaca del prematuro para regularla. En ocasiones, se usa para sincronizar la percusión de la caja, al patrón de succión no nutritiva del bebé, con el fin de aumentar este reflejo en el tiempo y facilitar en un futuro su alimentación (Loewy, 2013; Loewy, 2015).

3.4.5 Musicoterapia Creativa

Es primordial generar la continuidad de la experiencia intrauterina, otorgando un ambiente seguro y tranquilizador para el desarrollo del neonato. El bebé y sus padres, deben ser considerados como seres capaces de construir sus sesiones, obteniendo el control de su proceso.

A propósito de esto, es que el *Modelo* de Musicoterapia Creativa creado por Nordoff y Robbins, surge como una apuesta para ampliar la visión médica y el análisis cuantitativo de los resultados.

A través del vínculo construido durante el proceso de musicoterapia, se promueve un espacio intersubjetivo, con el fin de desarrollar el bienestar psicológico y fisiológico del bebé. Lo interesante, es que se visualiza al bebé prematuro como un ser social, que requiere de un otro para sostener sus procesos homeostáticos y fisiológicos básicos, pero al mismo tiempo, se le considera como un ser activo que debe ser empoderado, puesto que cuenta con la habilidad para regularse, orientarse y comprometerse. El bebé es considerado como un ser expresivo y creativo, con la autodeterminación suficiente para iniciar y guiar una interacción con un otro (Shoemark, Hanson & Stewart, 2015; Haslebeck, 2014).

También se considera esencial el empoderar a los padres, puesto que esto contribuiría al desarrollo de un apego seguro. Si el apego generado entre el bebé y sus figuras significativas se caracteriza por ser inseguro, la relación entre la tríada podría sufrir traspies.

Al entregar el control a los progenitores a través de técnicas musicoterapéuticas, se les transforma en seres expresivos, y cuando vivencian esto se transforman, logrando interacciones que permiten el desarrollo físico y mental adecuado del bebé; el desarrollo cognitivo del self; y la

formación de relaciones interpersonales sanas a lo largo de la vida (Shoemark, Hanson & Stewart, 2015; Haslebeck, 2014).

Para lograr esto, se requiere en primer lugar de un terapeuta sensible que pueda escuchar, comprender y responder adecuadamente al neonato, adaptándose musicalmente a este.

Además de ser sensible al estado del bebé, el musicoterapeuta debe ser responsivo a las necesidades fluctuantes de los padres, ayudándolos a encontrar a través de la música, su propia sensibilidad para con sus hijos/as, empoderándolos a responder mejor a las necesidades de estos. Esto sería esencial, porque si bien aquellos neonatos que nacen de término, tienen la posibilidad de aprender a regularse gracias al vínculo con sus progenitores y un ambiente predecible, este no sería el caso de los bebés prematuros hospitalizados. Lo que menos existe es un ambiente predecible y el vínculo se ve interferido por horarios, temores, duelos, incubadoras, traumas e intervenciones, afectando la posibilidad de aprender a autorregularse. Esta capacidad es de suma importancia, ya que gastarán altos niveles de energía en intentar regularse, sin tener buenos resultados. El problema de esto, es que esa energía es vital para que pueda aumentar de peso y tener un neurodesarrollo acorde. En otras palabras, el proceso de mejoría se enlentece, empeorado su pronóstico.

Desde el modelo, la manera de aportar a este problema, es no solo calmando al recién nacido y disminuyendo los niveles de estrés, sino que, respondiendo minuto a minuto a las necesidades de este, creando nuevas alternativas de funcionamiento. Un ejemplo de lo anterior, sería cantar o tocar un instrumento sincronizándose con el estado en que el bebé se encuentra, cambiándola gradualmente, con el fin de demostrar desde lo musical el siguiente contenido: “te entiendo, pero a la vez te muestro otra posibilidad de funcionar”.

El neonato así, amplía su experiencia en el mundo, contando con nuevas y distintas herramientas para enfrentarse a las situaciones estresantes que lo rodean (Schwartz et al., 2007; Haslebeck, 2014; Als, Tronick, Lester & Brazelton, 1977, citado en Haslebeck 2014; Austin, 2011).

Otro elemento distinto al vínculo que arriesga la salud del bebé, es el ambiente sonoro que rodea al neonato prematuro, que debe ser considerado en todas las intervenciones, puesto que el ambiente sonoro estable del útero, difiere radicalmente de los sonidos desorganizados de la UCIN, perjudicando el neurodesarrollo del neonato (Hanson Abromeit, 2007; Philibin, 2000; AAP Committee on Environmental Health, 1997; Bremner, Byers, & Kiehl, 2003; Konkani & Oakley, 2012; White-Traut et al., 2009, citado en Ettenberg et al., 2014).

De esta manera, el musicoterapeuta además de ser sensible al usuario y su familia, también debe estar en sintonía con el entorno acústico, utilizando la *técnica de enmascaramiento del ruido*. Para esto se incorpora en la música, que es creada en el momento (improvisación), elementos de la Unidad de Neonatología como por ejemplo: el pitido de las máquinas, su ritmo y altura, generando respuestas positivas. Se busca resignificar los sonidos que tienen una connotación negativa y que producen sobreestimulación en el bebé (ruidos ambientales, monitores), entregándoles un carácter menos amenazante y por tanto disminuyendo el estrés que produce en todos los que allí se encuentran (Haslebeck, 2014).

3.4.6 La corporalidad en Musicoterapia Neonatológica

Si consideramos a los niños recién nacidos, incluso aquellos prematuros, como seres sociales, tendremos que considerar también que cuando nacen, todo lo que aprenden lo aprenden de su medio más cercano: sus padres. Para aumentar la calidad de vida de los bebés y promover su desarrollo óptimo, se requiere de un ambiente saludable y tranquilo, puesto que aprenderán de su medio incluso a regular sus signos vitales (Heslbeck, 2014).

Todas las señales sensoriales (cuerpo) de los padres: movimiento, tacto, olor, sonidos, tono de voz, temperatura corporal, pueden tener efectos de regulación en el bebé, en cuanto a su respiración, temperatura y ritmo cardíaco, sobre todo en prematuros y bebés de bajo peso. Los procesos fisiológicos, como el tono muscular y la postura de la madre, están mediados por su estado emocional y mental, los que a su vez modulan estados fisiológicos propios y del bebé, lo que ocurre en una modalidad de feedback circular (Sansone, 2014).

Es importante considerar los estados mentales, emocionales y corporales, como interdependientes, porque se afectan entre sí. Estados emocionales de ansiedad y estrés prolongado, frecuentemente observado en padres de bebés prematuros, pueden inducir alteraciones musculares y cambios en la respiración y frecuencia cardíaca de estos. Los estados ya expuestos, pueden ser gatillados por representaciones mentales, experiencias y aspectos inconscientes, que de no ser expresados, se asientan en el cuerpo produciendo contracturas musculares prolongadas, que previenen la expresión libre de movimientos y gestos, alterando la percepción del cuerpo (Sansone, 2014).

Podríamos pensar en un slogan como: “Padres tranquilos, bebés tranquilos” y nos sorprenderíamos al verificar que esto resulta cierto.

En este sentido, el uso de *relajaciones musicales, expresión corporal y emocional* por medio de la música en vivo, realizadas a los padres antes del contacto con su hijo/a, se configuran en recursos potentes y necesarios, ya que al momento de interactuar con sus bebés, estos se regularán en base al estado emocional/mental/corporal, de sus padres (Heslbeck, 2014).

3.4.7 Musicoterapia Centrada en la Familia

La Musicoterapia Centrada en la Familia considera aspectos estructurales, políticos y socioeconómicos en su quehacer, ejerciendo influencia en la manera en que se provee el servicio de musicoterapia en los hospitales. Por lo mismo, el enfoque no es ajeno a la cultura de cada hospital y UCIN, ni tampoco al contexto y cultura en particular en la que está inserta la familia. Incluye en su práctica las preferencias y los aspectos culturales, históricos y biográficos del sistema familiar en cuestión, incorporando las expectativas que estos tienen de las relaciones sociales, la comunicación y los roles de género (Gilad and Arnon, 2010; Ettenberger et al., 2014; Ettenberger et al., 2016; Shoemark et al., 2015; Monanaro et al., 2016, citado en Ettenberg, 2017).

Lo central en el tratamiento es la participación de ambos padres en el cuidado de sus hijos y la negociación sobre el nivel en el que se involucrarán, por lo que las sesiones son siempre una oferta, nunca una obligación. La transparencia y la comunicación efectiva de los métodos,

posibilidades y limitaciones de la musicoterapia, puede ayudar a negociar en qué modo el tratamiento se les ofrecerá y cómo desean participar de éste (Gooding et al., 2011; Kuo et al., 2012, citado en Ettenberg, 2017).

La Musicoterapia Centrada en la Familia, ofrece un set de herramientas transferible a los padres, para que estos puedan aprender a usar la música con su bebé durante y luego de la hospitalización. Esto les puede ayudar a sentirse empoderados y con una sensación de mayor control, en especial en los primeros días, que implican mayores niveles de ansiedad a la hora de hacerse cargo e interactuar con su bebé. Es por esto que generar una sensación de control, es esencial cuando se piensa en un trauma causado por condiciones médicas (Ettenberg, 2016; 2017).

Gradualmente se brinda apoyo a los padres, para que puedan establecer una relación nutritiva con su bebé de pretérmino, lo que jugará un rol fundamental en su futuro. La musicoterapia en vivo, que integra tanto a madre como padre al proceso, les da la oportunidad de participar en experiencias comunicativas recíprocas con su bebé, en un estado de relajación y placer. De esta forma, pueden aprender a conocer a su hijo/a y aumentar su sensibilidad a los estados internos de este (Ettenberg, 2016).

Por lo demás, vivir momentos positivos en períodos de alto estrés, puede ser el contrapeso de algunos disturbios emocionales por los que los padres pasarán en la UCIN, actuando como un factor de fortalecimiento para el afrontamiento y la prevención del trauma (Ettenberg, 2016).

Al mismo tiempo, la mayoría de las intervenciones estudiadas han incluido la experiencia de madres, pero recientemente se ha considerado también al padre, que similar al género femenino, debe lidiar con altos niveles de estrés, fatiga emocional y dificultades para transitar a su paternidad. Éste, debe pasar por una serie de desafíos en la UCIN, en especial cuando su pareja es hospitalizada, momento en el que deben balancear el acompañar a esta y al bebé de forma simultánea. Se agrega a lo anterior, la expectativa social (ser el protector, proveedor, la roca) y la lucha por ser visualizados como competentes en el cuidado de sus hijas/as.

Algunos sentimientos posibles experimentados por el padre, se centran en la imposibilidad de cumplir este rol protector con el desprotegido (bebé) y estrés financiero, con una presión social que deja pocas oportunidades para expresar sentimientos auténticamente, lo que afecta su identidad parental.

En muchos estudios, los padres quieren ser reconocidos igual de importantes que las madres y desean compartir su historia cuando se les da la oportunidad. Por lo que, brindar desde la musicoterapia espacios para estar cerca del bebé, establecer contacto visual y participar del tratamiento, ayuda al padre a generar sentimientos de proximidad.

La Musicoterapia Centrada en la Familia, fomenta estos momentos de proximidad para ambos padres y al involucrar al género masculino directamente, le da a éste, la posibilidad de participar en el cuidado del bebé, lo que aminora la impresión de ser un padre secundario, aliviando la presión de los estigmas sociales en cuanto a roles y ayudando a crear sentimientos de unidad y familia. Estas experiencias positivas compartidas, aminoran las dificultades a la que el padre se enfrenta en la UCIN, e indirectamente fomentan un mejor apego entre la madre y el

neonato (Hollywood & Hollywood, 2011; Lindberg, Axelsson, & Öhrling, 2007, citado en Ettenberg 2016; Mondanaro, Ettenberger & Park, 2016).

Todos los modelos, enfoques, métodos y técnicas ya explicados, permiten entregar al sistema familiar las herramientas necesarias para transformar la experiencia vivida en la unidad, destacando la importancia de las relaciones, la creatividad y los recursos de cada ser humano.

IV. Contexto de Práctica

*“La música expresa aquello que no puede ser dicho
y de lo cual es imposible mantenerse en silencio”.*

- Victor Hugo, sf -

Recuerdo aquel día en el que tuvimos nuestra primera entrevista en la Unidad de Cuidados Intermedios e Intensivos Neonatológica del Hospital. Estaba completa y totalmente aterrorizada. Ese verano había decidido poner todas mis fichas en realizar mi práctica en un servicio como ese. No sólo se me ponían los pelos de punta leyendo todo lo que pudiera encontrar sobre experiencias de musicoterapia aplicada a bebés dentro del contexto hospitalario, sino que se había convertido en un tema personal que tocaba las fibras más profundas.

El día de la entrevista, no sabía muy bien qué esperar, pero había pasado todo el verano preparándome para lo que vendría. ¿Qué podría salir tan mal? Mirando en retrospectiva eso es lo que me diría hoy. Lo que realmente ocurrió ese día, fue que entramos a una pequeña oficina en la que nos esperaba la matrona jefa y con una memorable presentación de la doctora que dirigía la Unidad, quien dijo que veníamos a “contar un cuento”, dimos a conocer nuestro proyecto. Miro hacia atrás y gozo pensando en cómo transformamos miradas, pensamientos e ideas respecto de este “cuento” que “veníamos a contar” y que tanto amamos hacer; la musicoterapia. Ojalá tuviese una fotografía de las caras con las que salimos nuestra profesora supervisora, mi compañera de práctica y yo, pues nuestros rostros eran triunfantes: habíamos logrado convencer de manera casi milagrosa a las personas que tomarían la decisión de incorporarnos a su equipo.

Hoy me doy cuenta que de milagroso no hubo nada, fue simplemente el esfuerzo, el profesionalismo y la pasión de cada una de nosotras.

En esta reunión y en las presentaciones posteriores que hicimos al equipo, dimos a conocer nuestro proyecto del que luego serían testigos. A mi parecer lo fundamental de estos momentos iba más allá de extender información relativa a lo que se haría, pues esto marcaría el inicio del vínculo que iríamos desarrollando a lo largo de los meses con los distintos profesionales de la unidad.

Para comprender la experiencia vivida, no puedo dejar de mencionar la cultura y el contexto de la Unidad en la que estuvimos insertas. Me atrevería a decir que hay una gran diferencia entre nuestra realidad y aquella descrita en los artículos de musicoterapia hospitalaria que están al alcance y es porque la mayoría de estos relatan experiencias de otros países, en los que los sistemas de Salud son diferentes a los que tenemos en nuestro país. Si en un buscador de Internet escribimos: “musicoterapia para bebés prematuros”, lo primero que surgirá son noticias en hospitales europeos u americanos. El ruido de los espacios está controlado, el equipo profesional se ve tranquilo y feliz, incluso muchas veces los bebés tienen su propia habitación. El tema está en que esto no siempre es así en nuestra región y país.

La realidad que tuve oportunidad de conocer, daba cuenta de necesidades en torno a: la incorporación de mayor recurso humano multidisciplinario, mejoramiento de infraestructura para el aislamiento del ruido y disminución del hacinamiento, incorporación de intervenciones frecuentes de autocuidado para trabajadores de la unidad, necesidad de extender información relativa a los efectos del ruido en bebés hospitalizados, aumento de horarios de visita para la

figura parental (1 hora diaria) y por último, el requerimiento de intervenciones de contención y apoyo grupal para las figuras de apego de los bebés.

Al mismo tiempo, en términos de fortalezas, se observaba el amor por la labor y una preciada dedicación por los hijos e hijas de cada uno de los padres de la unidad. Frente a este contexto, es que llegamos como musicoterapeutas al hospital de alta complejidad Dr. Gustavo Fricke.

Este entorno particular, junto a la riqueza que la individualidad entrega y la variabilidad a la que están sujetas todas las relaciones humanas, es lo que hizo de cada proceso algo intransferible, con su propia metodología y procedimientos. Es en el camino donde surgió aquello que debía ser trabajado y la manera de hacerlo. Por lo que todos los objetivos propuestos de antemano, fueron variando luego del diagnóstico inicial, e incluso a lo largo de cada tratamiento. En general, las intervenciones se basaron teóricamente en los elementos presentados en el marco bibliográfico.

A continuación se presenta una síntesis del contexto de práctica:

1. *Lugar de intervención:* Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológica (UCIN), Unidad de Cuidados Intermedios Neonatológica (UTIN) y Unidad de Cuidados Intermedios Pediátrica (cuando los casos eran traspasados a esta unidad).
2. *Sesiones semanales:*

- 3 Intervenciones por caso a la semana, fluctuando entre 8-30 minutos (bebés) a 60 minutos cuando se intervenía también a los padres (de forma individual, anticipada, o según el requerimiento).
- 40 minutos de sesiones grupales a padres de la unidad o equipo, una vez por semana.

3. *Setting:*

- UCIN: 16 cupos (12 de cuidados intensivos y 4 Intermedios UCI).
- UTIN: 16 cupos de cuidados Intermedios.
- Mesa portátil con instrumentos: Kalimbas, flauta nativo americana, palo de agua, castañuelas, egg shakers, hapi drum, tambor oceánico, gato box, armónica, pezuñas.
- Consentimiento informado.
- Criterios de ingreso para la derivación (Veáse Anexo p. 136).
- 3 intervenciones semanales por usuario.
- Uso de delantal y limpieza de instrumentos antes y después de cada sesión.
- Grabación de audio/video y registro escrito de sesiones.
- Aplicación de cuestionario de ansiedad STAI, antes y luego del proceso terapéutico.
- Entrega de encuesta para padres confeccionada por practicante (Anexo p. 154).

4. *Objetivos Terapéuticos:*

- Potenciar el reflejo de succión y los comportamientos alimentarios, mediante el uso de recursos musicoterapéuticos.

- Contribuir a la regulación de aspectos fisiológicos del bebé prematuro tales como la respiración, el ritmo cardíaco, la presión arterial y la saturación de oxígeno, a través de técnicas musicoterapéuticas.
- Contribuir a la regulación de estados comportamentales del bebé: ciclos de sueño, stress, tiempos de estados de calma activa y llanto inconsolable, por medio de técnicas musicoterapéuticas.
- Reducir síntomas de estrés y ansiedad materna-paterna por medio del uso terapéutico de la música, desarrollando recursos para dar respuesta a las necesidades del bebé.
- Fomentar a través de experiencias musicoterapéuticas, conductas de apego seguro entre padres y sus bebés, como un medio para favorecer el desarrollo mental, cognitivo, físico y emocional de este.

V. Experiencias Musicoterapéuticas

A continuación se dan a conocer algunos de los casos vistos durante el período de práctica. Cada uno ejemplifica aspectos relevantes del trabajo musicoterapéutico, aunque en todos de manera transversal, se observan los beneficios de esta disciplina en las familias y usuarios partícipes de las sesiones.

5.1.1 Descripción y Análisis Caso I : “La proyección de los espacios de expansión emocional⁷”

Fueron diez encuentros los que tuve con “J” y sus padres. Todo comenzó un 23 de mayo y finalizó un 21 de junio. Sin embargo, en su última visita al hospital me percaté de que aquello que parecía haber sido efímero, en realidad había sido el germen de algo más grande, que trascendía el tiempo y el espacio. Habíamos creado espacios mágicos, de expansión y transcendencia emocional.

En seguida describiré las sesiones del caso, con su análisis pertinente. Los signos vitales y parámetros fisiológicos de la bebé no fueron expuestos en este caso, dado que la neonata no se encontraba conectada a ningún dispositivo.

⁷ Experiencias musicoterapéuticas en las que se instala un espacio de gratificación y placer, que permite crear y expandir la salud al integrar aspectos positivos y negativos, incluso en contextos de alta vulnerabilidad emocional y física (Yousef, 2018).

Sesión I Primer momento: La formación de un vínculo

Luego de explicarles de qué trataba el servicio de musicoterapia para bebés, los padres de “J” firmaron el consentimiento informado, aceptando formar parte del proyecto, dando así, inicio al proceso.

Nunca se los dije, pero ellos habían llamado mi atención desde antes de iniciar el proceso musicoterapéutico. Sabía que eran especiales, podía casi ver partículas de amor en el aire a su alrededor.

En esta entrevista verbal inicial aprendí bastante. Ellos sin saberlo -o quizá sí- creaban una burbuja de amor y cariño en torno a su bebé, que aunque muy esperada, había nacido antes de tiempo. Para aquel entonces J tenía 36 semanas, habiendo nacido de 28 y era pequeña para su edad gestacional. Sus padres sabían bastante de ella. Sabían por ejemplo, que cuando ellos no estaban allí, ella se irritaba; que la voz de mamá la calmaba y percibían que la de papá la intranquilizaba -algo en lo que yo difería-; también notaban que era muy hambrienta y con una tendencia a ponerse “sádica” (tal como ellos decían) cuando esto sucedía, pero por sobre todo, sabían que lo que querían compartir con ella era amor y esto se proyectaba.

Su mayor anhelo a lograr con las sesiones, era que J pudiera recurrir exclusivamente a la lactancia materna por pecho y a la vez, adquirir estados de mayor relajación para que una vez dada el alta, pudiera adaptarse con mayor facilidad al ambiente de su hogar.

Sus padres me contaban que durante el embarazo y luego de este, no tuvieron mucho apoyo familiar, por lo que eran muy unidos entre sí. Pasaron por momentos bastante difíciles, en los que pensaron que perderían a su bebé, recibiendo sugerencias para dar término a lo que

podría ser un embarazo ectópico.⁸ Aun así buscaron segundas opiniones y dispuestos a hacer todo por su hija, le dieron una oportunidad, dando paso a una inesperada hospitalización con diagnóstico de preeclampsia.⁹ El temor a perderla, había sido una de las razones por las que papá intentaba no hablarle demasiado a la panza de mamá. A pesar de esto, ella hacía uso de su voz para interactuar con J: ambos ponían música en casa y creaban momentos relajantes con su bebé en la tina, escuchando música o simplemente estando envueltos por sonidos de la naturaleza.

Cuando iniciamos el proceso, la madre se sentía cansada y el padre intentaba aportar energía para que todo estuviera mejor. Ninguno quería conectarse con las emociones negativas derivadas del momento por el que estaban pasando - todo esto era lo que ellos me decían-

Al finalizar la entrevista, marqué con un asterisco en una esquina de mi hoja de apuntes: “olores”, pues en su discurso habían aparecido los aromas como algo relevante. Me imagino que el hecho de que ella fuese estudiante de nutrición y él gastrónomo, podría haber tenido algo que ver. Me mencionaban los olores, la comida y los sonidos, como aspectos importantes de su vida y además entre sí eran muy cariñosos, por lo que su corporalidad era un elemento que tendría que incorporar de alguna manera para lograr los objetivos que mencionaban.

Además, como lo amerita el siglo en el que vivimos, creamos un grupo de “Whatsapp”, donde podríamos compartir todo aquello que sucedía cuando no estábamos juntos. Este sería el

⁸ “El embarazo ectópico es el que no se implanta en la cavidad uterina. Constituye un trastorno que puede causar la muerte de la mujer que lo padece y el producto de la concepción casi siempre se pierde” (MINSAP, 2002, p. 2).

⁹ “La aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edemas, pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Es una enfermedad característica y propia del embarazo, de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente, puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto” (Asociación Española de Pediatría, 2008, p. 1).

medio perfecto para comunicarles cómo estaba J, qué habíamos hecho si es que ellos no se encontraban presentes durante la sesión, a la vez que enviarnos música para las sesiones, lo cual siempre sería conversado luego en persona.

Análisis: Cuando los padres de un bebé, reciben noticias desfavorables respecto del postparto, la representación mental que tienen de este cambia, repercutiendo en el futuro vínculo (McGrath, 2001, citado en Hanson- Abromeit et al., 2008; McLean, 2016).

En el caso de los padres de J, esto se evidencia en el temor a conectarse con ella durante el embarazo y después de este, en traspasar emociones negativas a su bebé. Es por esto, que una parte del vínculo está marcado por el miedo a la pérdida, usando mecanismos defensivos como la evitación (evitar conectarse con ella durante el embarazo, evitar sentir emociones “negativas”, etc). Específicamente en el padre, el temor a la pérdida influye en su contacto con J una vez que nace, llegando a concebir por ejemplo, que no se calma con él. Es decir, hay una malinterpretación de las señales de su bebé por un temor inconsciente a su muerte, lo que interfiere en la relación, pues mientras más conectados estén, más dura será la presunta pérdida. Por lo cual, en lo referido al concepto de “sensibilidad del cuidador” (Oates, 2007), esta capacidad no se encuentra plenamente desarrollada y puede interferir en que J recurra a su padre para regularse, afectando posteriormente en su desarrollo emocional, psicológico y social.

Esta lectura de las señales de la neonata, también puede estar interferida por roles de género, como el de apoyar a la madre, priorizando estas funciones por sobre la necesidad de conectarse y elaborar aquello que siente en cuanto a su relación con la bebé. Tal como Ettenberg (2016;2017) propone, el padre de un neonato prematuro debe lidiar con altos niveles de estrés y

fatiga emocional, pero tienden a funcionar de acuerdo a los roles asociados a su propio género, lo que dificulta la relación con su bebé. Considerando esto, es fundamental incorporar al padre de J a la mayor parte de las sesiones, probando nuevos roles y modalidades de expresión propia.

A pesar de esto, hay gestualidades que ambos padres leen adecuadamente, sobretodo la madre. Incluso, han logrado vincularse con su bebé a través de la música desde el periodo prenatal, a pesar del miedo y las conductas evasivas, lo que implicaría que la música se ha configurado como un medio de vinculación sana, que puede ser usada para desarrollar la sensibilidad comunicativa. En palabras de Sacks, (2007), aquella susceptibilidad musical innata o “niño musical”¹⁰ que posee todo ser humano, es el principal aspecto sano de estos padres y su bebé, que puede usarse para fomentar la comunicación asertiva por medio de futuras experiencias musicales.

Además de hacer uso de la música, la corporalidad es introducida de manera indirecta por los padres de J, como un medio sano de vinculación con el mundo circundante.

Según Riviére s/f (citado en Hemsy & Kesselman, 2003), el área corporal es una de las más “borradas” en el ser humano, no siendo explícitamente reconocida como parte de las conductas habituales de cada uno. Sin embargo, nada de lo sucedido en el área mental, corporal y social, deja de ser vivida por el conjunto, a pesar de que cada una se expresa más, o menos, en diferentes circunstancias. Si las conexiones entre estas áreas son fluidas, desde cualquiera de estas se puede intervenir y producir transformaciones en las demás.

¹⁰ Respuesta innata a la música que todo ser humano posee. Se trata de aquel elemento musical en cada estructura de personalidad. Da cuenta de aspectos saludables que pueden ser expandidos en el contexto musicoterapéutico (Nordoff-Robbins s/f, citado en Bruscia, 2010) .

Por lo mismo, en las próximas sesiones es necesaria la incorporación de la música como un elemento sano y el uso de la corporalidad, como un medio para influir y transformar el área mental (representación mental traumática de J) y social (vínculo-apego) de estos padres, tomando en cuenta que la corporalidad se encuentra más exacerbada que otras áreas. Ambas herramientas, son un medio para alcanzar los objetivos propuestos, tomando un enfoque centrado en la familia que de acuerdo a Leeuwenburgh (citado en Schwartz, et al., 2007), promueve la autodeterminación del sistema, desarrollando capacidades en los padres para tomar decisiones, aumentando el control y desarrollando la sensación de autoeficacia, para empoderarlos en su proceso.

Segundo momento de la primera sesión: “8 minutos”.

Ya era de noche y los padres de J se habían ido a casa. Ella se encontraba molesta en su incubadora, era la hora de comer y ¡bien que lo sabía! Sus padres tenían razón: era tiernamente “sádica”, si eso es posible. Nunca antes habíamos compartido juntas una sesión y como ya había entrevistado a sus padres, era hora de irme a casa, pero no podía dejarla así. Quizás era el momento ideal para presentarle la música como un medio para calmarse, tal como ellos deseaban.

Comencé hablándole, haciendo sonidos que imitaban la placenta. “Shh.. shhhh.. shhh”. Canté su nombre y la intensidad de su llanto parecía bajar a momentos, pero continuaba llorando. Opté por variar a un canto suave, con ritmos de corchea, negras y pocos saltos melódicos, hasta que quedó tranquila. De sorpresa, algo sonó intensamente en la Unidad, provocando una nueva

explosión de lágrimas. Alterné sonidos de placenta con el canto y a pesar de que el llanto había disminuido a quejidos, no había forma de ahuyentarlo. Intenté imitar el latido cardíaco golpeando mi pecho al ritmo del saltillo inverso, pero fue inútil. Cerré la ventanilla de su incubadora para disminuir los sonidos del ambiente, le hablé, dije su nombre... “sh.. sh.. sh” y en ese momento pareció calmarse, como si se hubiera sentido reconocida por alguien familiar. Decidí utilizar la kalimba afinada en escala pentatónica, tocando una progresión melódica en negras, hasta que su molestia fue mitigada. Ya debía cerrar la sesión porque pronto le darían de comer, pero apenas el estímulo cesó, comenzó a alegar. Esto fue hasta que al minuto después la alimentaron y su estado alerta intranquila se fue tan rápido como había llegado. Para finalizar, envié un mensaje a sus padres, resumiendo lo sucedido.

Este momento, marcó el inicio de un vínculo respetuoso, amable e íntimo con los padres de J, su hija y yo.

Análisis: Algunas experiencias musicoterapéuticas incorporan los fenómenos corpóreo-sonoro-musicales para lograr estados regresivos a la experiencia intrauterina. El bebé puede revivir experiencias gratificantes perdidas, para sentir seguridad y familiaridad (Benenzon, 2002).

El uso de sonidos que imitan la placenta y el latido cardíaco son utilizados con estos fines en la primera sesión realizada con J.

El uso del canto es un medio para generar un vínculo con ella, intentando en un comienzo, sincronizar el canto con su respiración y llanto, para luego estructurar la melodía y el ritmo en canción de cuna (6/8, pocos cambios melódicos, patrones rítmicos repetitivos, tempo lento, etc), tal como describe el método RBL y la técnica de “entrainment” (Haslebeck 2014;

Austin, 2011; Loewy, 2015). De este modo J logra regularse hasta que el ruido ambiental, dado por la impredecibilidad de la unidad, irrumpe la experiencia musical. Al ser una primera sesión, la posibilidad de sobreestimulación es mayor y perjudicial para su neurodesarrollo, motivo por el cual, buscando sintonizar con el estado interno de la bebé, es que se cierra la compuerta de la incubadora.

Lograr la regulación de J, es relevante para que pueda economizar niveles energéticos utilizados en conductas como el llanto, pues le permitirá más adelante usar esa energía para aspectos sanos de su desarrollo, tal como Haslebeck (2014) menciona.

Tomando en cuenta lo anterior, cuando J vuelve a llorar, el uso de la kalimba corresponde a una forma de responder a las necesidades que ella tiene, buscando nuevas alternativas de funcionamiento. Al sincronizar la forma de tocar la kalimba con su estado actual y luego de forma gradual cambiar la ejecución del instrumento para calmarla a través de la música, le proporciona nuevas herramientas para enfrentarse a situaciones estresantes que la rodean en su estadía.

Corresponde entonces al reflejo musical contingente de la vivencia interna y externa del bebé y al posterior entrenamiento de una vivencia tranquila y organizada, útil para su desarrollo.

Sesión 2: “El efecto Mariposa”: 8 minutos son como el batir de las alas de una mariposa.

Existe un viejo proverbio chino que dice: “El leve aleteo de las alas de una mariposa se puede sentir al otro lado del mundo”. Algo tan pequeño y aparentemente banal como el batir de

un ala o un mensaje de texto, puede tener un impacto que si bien no vemos en el momento, tarde o temprano lo haremos, viendo el germen de este cambio.

“*Significa mucho*” fue la frase con la que los padres abrieron la sesión, refiriéndose a lo sucedido la noche anterior. Ahí supe que el vínculo terapéutico había dado un giro y que este, sería la puerta para todo lo que vendría más adelante.

Durante esa sesión trabajamos en torno a la creación de una canción que les permitiese expresar sus emociones hacia J, para que esta a su vez pudiera calmarse, asociándola a estados de tranquilidad en los brazos de papá y mamá. Cambiamos la letra de la canción “Mi verdad” de Maná, puesto que era la canción que ellos consideraban que era de su bebé. No sabían muy bien cómo escribirla, por lo que les pedí que me contaran qué era lo que sentían por ella y cuáles eran sus deseos. Fue así, recopilando aquello que me decían, que creamos un extracto de lo que sería la canción de su hija (Veáse p. 60).

Análisis: Habiendo aumentado la confianza de los padres de J en el musicoterapeuta, se consolida un equipo.

De acuerdo a Federico (2013), cuando un bebé nace debe adaptarse a dos situaciones: el hospital y el hogar. En las sesiones de musicoterapia se puede establecer esta continuidad del útero al hospital y del hospital a casa, por medio de experiencias musicoterapéuticas.

Los padres de J sin tener estos conocimientos, cuando plantean sus expectativas del proceso, aciertan en una de las necesidades primordiales que tiene un bebé al nacer: la adaptación. De modo que el nuevo equipo consolidado, debe crear experiencias que faciliten estas adaptaciones para J, que dada su condición de prematura lo dificulta.

Para lograr la transición del hospital a casa, se requiere de algo invariable y constante que brinde familiaridad para poder ser utilizado una vez llegado el momento. También se necesita de lecturas y respuestas asertivas a la corporalidad del bebé, con el fin de lograr aprendizajes significativos como la regulación de este, que depende directamente del vínculo, que en consecuencia, le brindará la posibilidad de un desarrollo determinado (Oates, 2007).

Esta relación entre los padres y J se convertirá luego, en una estructura constante y coherente en el tiempo, que le otorgará seguridad a la hora de llegar a casa.

La promoción del apego seguro a través de conductas vinculantes, potenciadas desde el canto materno y paterno (en sintonía con el infante), permite contactos nutritivos que dan al bebé la capacidad de regularse, sentirse seguro y desarrollarse. La canción familiar, melodía que es parte de la historia familiar y en la que se depositan deseos, expectativas y amor hacia los hijos/as, permite esto. Ésta es transformada por el terapeuta en canción de cuna para evitar la sobreestimulación y porque funciona como un sostén emocional, que planta las raíces de esta relación. Es una envoltura sonora que abriga la relación vincular (Loewy, 2013; Loewy, 2015; Federico, 2013).

La canción “Mi verdad” es la canción familiar de J, creada con el fin de calmarla, siendo un elemento que perdura en el tiempo y que le otorga seguridad dentro y fuera del hospital. Esta herramienta permite a su vez favorecer el vínculo de la triada al conectarlos y entrega la oportunidad de que sus padres expresen emociones, fantasías, deseos y expectativas, ya que ellos también padecen con la situación actual.

Sesión 3: “Conociendo a J”

¿Cómo podríamos conocer a alguien que no habla, pero que aun así se expresa y manifiesta con cada parte de su ser? Habría que aprender a leer el lenguaje no verbal, para generar un diálogo, una comunicación analógica. Eso es precisamente lo que buscaba: Proveer a los padres de J con un puente, una nueva forma de comunicarse y conocer a su hija, una comunicación que no estuviese vestida con tenida de hospital.

Ese día luego de escribir más versos de la canción, quisimos conocer los gustos musicales de J. Ella dormía plácidamente en brazos de mamá, hasta que despertó inquieta. Al escuchar la guitarra, su corporalidad cambió de inmediato, sus ojos buscaban de dónde provenía el sonido, todo su cuerpo parecía estar atento a este nuevo estímulo y apenas escuchó algunos versos de su canción, se derritió en los brazos de su madre, incluso su respiración se notaba más pausada. Extendí la invitación para que cantaran ambos padres, pero prefirieron participar compartiendo este momento con su hija, quien los miraba atentamente. Estaban sorprendidos, nunca la habían visto reaccionar así y aprovechando el ambiente creado, les pedí que escogieran los instrumentos musicales que quisieran presentarle a J.

Escogieron primero la kalimba, sonorizando negras y corcheas en un compás de 4/4. Se la di a papá y la tocó. J por su parte, buscaba la fuente del sonido y los padres emocionados se daban cuenta de ello. Estaban tan conectados con la experiencia, que apenas escucharon el quejido casi imperceptible de su hija, papá se detuvo. Para evitar la sobreestimulación le dimos un tiempo a J y les expliqué qué significaba esto: Su cerebro no estaba listo para recibir tiempos

largos de estimulación musical dada su prematurez, por lo que el traspasar este umbral significaba en ella la aparición de conductas de estrés, dañinas para su desarrollo.

Una vez que estuvo lista, toqué el Hapi Drum a petición del padre, quien no se atrevía a tocarlo para ella y poco a poco J se relajó, alegó y nuevamente se calmó.

El palo de agua fue el siguiente. Su padre lo tocó con muchísimo cuidado y J a cambio se quedó dormida, despertando al rato después. Mamá se dio cuenta de que su pequeña estaba muy concentrada.

Papá volvió a tocar la kalimba y J se activó molestándose, como si hubiéramos interrumpido un momento de paz. Mamá la calmó hablándole y J se retorció en sus brazos. Dada la situación les expliqué que esto era un signo clásico de sobreestimulación, era su manera de comunicarnos que ya había sido demasiado. Papá pensaba que era culpa de él, por lo que resignificamos esto analizando que en un comienzo, J estaba más activa y por tanto más dispuesta a recibir este tipo de estimulación, pero que ahora que estaba más relajada, este instrumento la había activado. Papá me pidió la guitarra, pero J se agitó nuevamente. Por lo mismo cerramos la sesión con el tambor oceánico, sumiéndola en un tranquilo sueño.

Análisis: Tal como se ha descrito de antemano, la adaptación al hogar depende de herramientas que no fluctúen en el tiempo, como la canción familiar, por lo que se continúa con su composición.

Se observa que J la reconoce cuando se le canta un extracto. Seguramente porque es una melodía que ha escuchado desde el periodo de gestación.

Según Federico (2013) la música ayuda a organizarse en esta nueva etapa, dado que existen melodías conocidas que remiten al entorno intrauterino, esto es porque el sistema auditivo es uno de los primeros en desarrollarse en el feto, motivo por el que reconocen canciones y sonidos que han escuchado en este periodo una vez que nacen.

J la reconoce, se calma y hacemos uso de un elemento familiar que brinda gradualidad del proceso de embarazo al postnatal, incluyendo en un futuro el viaje a casa.

Por otra parte, se continúa con experiencias musicales útiles para la elaboración de un apego seguro (incluida sensibilidad comunicativa) entre los integrantes del sistema, por lo que en un segundo momento de la sesión, se tocan diversos instrumentos musicales, usándolos como un puente conector entre lo que le pasa a los padres y lo que sucede con su hija. Esta experiencia musical (medio sano utilizado por los padres desde prenatal) les da la oportunidad de conocerla con un foco ajeno al hospitalario y puesto en la salud, en oposición a una mirada desde la enfermedad. Pueden aprender nuevas cosas de su hija: Qué le gusta, qué no, cómo se siente, etc. porque la música y lo que sucede en torno a esta, es un instrumento diagnóstico para ellos, quienes intentan reconocer los efectos de los sonidos en su hija y para el musicoterapeuta, que también se encuentra conociendo al sistema familiar.

La bebé además logra regularse con ciertos sonidos y modos de ejecutar los instrumentos musicales a la hora de realizar “entrainment” para la estabilización. Asimismo, muestra conductas apropiadas de la etapa del desarrollo¹¹ en la que se encuentra.

Para empoderar a los padres, desde la perspectiva del enfoque familiar y la musicoterapia creativa, se les permite escoger y tocar los instrumentos que desean presentar a su hija.

¹¹ Los bebés, en especial del género femenino, prestan en esta etapa atención a diferentes sonidos, pudiendo seguir con sus ojos, la fuente de este (Standley, 2010, p. 21).

Hacia el final de la sesión, los temores y angustias del padre interfieren en su lectura, pero logra generar cambios a tiempo para reparar.

Para cerrar la sesión se toma el consenso en equipo de cerrar con el tambor oceánico, considerando que desde el método RBL, es un instrumento que replica el timbre y sonido de la placenta, reflejando el patrón respiratorio de J y regulando su frecuencia respiratoria, cardíaca y ciclo de sueño, quedando dormida.

Sesión 4: El hospital como un espacio de transición al hogar.

Parecía a momentos que la Unidad de Cuidados intermedios Neonatológica, era una suerte de purgatorio donde los padres debían esperar antes de poder llevarse a sus bebés a su hogar, su propio paraíso. Pero este purgatorio era ruidoso, estresante, angustiante y contracturante, al borde de parecerse a un mal sueño. Los bebés podían caer en la UCIN o tener el pase para ir a casa. Sí. Había personas en este lugar que hacían de todo por cuidar a estos “gladiadores”, como les llamaban algunos de los padres. ¿Pero quién cuidaba de los padres? ¿Cómo podría generarse una transición a casa que no fuese brusca como una ducha helada?

J dormía en brazos de mamá, quien comentaba que solo hacía falta que subiera de peso para al fin ir a casa. Comenzamos con un masaje para la madre y luego escribimos lo que quedaba de la canción para J, cantándosela.

Son pocos los momentos en los que se tiene la suerte de presenciar la belleza en su estado más puro. Ella le cantaba a J, quien le devolvía su amor a través de su cuerpo, su mirada, estaban conectadas.

A F#m
 Siempre hemos sido los dos,
 E
 Y llegó uno más... (una más)
 A F#m
 Eres todo para nosotros,
 E.
 Si no estás una parte
 nos faltará. F#m

D E
 Queremos que seas feliz,
 D A
 y que cumplas tus sueños.
 E F#m
 Queremos tenerte bien,
 D E
 y que nunca te falte nada...(nada)

D E
 Nos encantan tus sonrisas
 A
 Eres un bombón

D E
 Nos, llegaste a dar más amor
 F#m
 del que ya teníamos.
 Bm E
 Tú eres mi amor, mi alegría
 A
 La verdad de mi vida
 F#m Bm
 Mi Julieta que salta a mis brazos de prisa
 E A F#m
 Tú eres mi refugio y mi verdad.

Lograr la transición a casa era de vital importancia para la familia completa, motivo por el cual pedí a la madre, que contara a su bebé cómo era su hogar. Alegremente compartió con su pequeña una multitud de detalles que eran ideales para imaginarlo. Poco a poco, fuimos sonorizando con los instrumentos musicales que escogía, esta imagen que ella iba relatando: los árboles, la tranquilidad, la calidez. Quizá J algo imaginaba en ese momento también, ya que estaba muy atenta a todos los sonidos que emitíamos.

Para dar continuidad de esta sesión a la siguiente, le solicité que tanto ella como su pareja, trajeran distintos sonidos, objetos, olores, que representaran algo importante de su vida y que estuvieran vinculados con su hogar.

Para finalizar la sesión, la madre me contó acerca de cómo se había sentido en el último tiempo (dormía preocupada) y lo mucho que a J le había gustado la sesión.

Análisis: Los padres de bebés prematuros viven distintas fases de duelo. La angustia de tener un bebé expuesto a diversas complicaciones, potencia emociones difíciles de manejar, que en cada persona son expresadas de formas distintas. En el caso de la madre de J, la resistencia a conectarse con su emocionalidad “negativa” repercute en su cuerpo, que expresa aquello que no puede ser dicho de otra manera. Se debe trabajar con la corporalidad de ella para acceder a lo no dicho y transformarlo, con el fin de alcanzar la salud integral. Esto es importante para su salud mental, pero también para J, porque si bien la angustia de la madre no es explícita, existe y se traduce en su cuerpo, que es el primer medio de contacto con su hija, quien recibirá este mensaje.

Según Austin (2008, citado en Austin, 2011), la exhalación es la parte más relajante del ciclo de la respiración. El sistema nervioso se aquieta y los clientes pueden profundizar o meterse en la experiencia corporal y relajar, haciendo más fácil el estar presente emocionalmente en el momento y alcanzar un estado relativo de equilibrio.

Conectar con la respiración por medio de la relajación, es un método útil de incorporar al inicio de la sesión para lograr una disponibilidad emocional distinta, incluso si la madre de J no es consciente en un inicio de su estado anterior. Recién en este momento, cuando se evidencia un

cambio en su corporalidad, es posible iniciar una experiencia que involucre a la diada madre-hija.

Esto guarda relación con el hecho de que, cuando los padres toman en brazos a sus bebés traspasan su emocionalidad, incluso inconsciente, a través de sus signos vitales. De este modo cuando un bebé escucha el latido cardíaco, la respiración acelerada, o siente el cuerpo tenso de sus padres, advierte una amenaza y se intranquiliza, requiriendo de la regulación de su ambiente próximo (cuerpo sus padres) para su autorregulación (Haslbeck, 2013; Sansone 2004).

Este traspaso de emocionalidad, se genera porque la relación de la diada está dada en términos de sincronía. Cuando la madre y el bebé interactúan, coordinan desde las hormonas, hasta la frecuencia cardíaca (Fieldman, s/f citado en Shoemark, 2016).

De este modo comenzar la sesión trabajando con la corporalidad de los padres, les permite cambiar su vivencia en relación a un conflicto interno y transformar su estado, a uno que permite el equilibrio y armonía de su bebé.

Una vez alcanzado este estado de tranquilidad, se da continuidad al proceso de creación de la canción familiar y esta vez, a diferencia de otras, la madre canta. Según Thane (s/f, citado en Austin, 2011), nuestras voces resuenan hacia adentro para ayudarnos a conectar con nuestro cuerpo y expresar nuestras emociones y resuenan afuera, para ayudarnos a conectar con otro. Convirtiéndose el canto en la técnica perfecta para generar la transición entre la actividad corporal anterior, la búsqueda de vinculación con su bebé y el uso de un elemento familiar para la transición a casa.

Además, durante esta interacción hay un diálogo musical no improvisado entre J y su madre, marcado por el dar y el recibir, que se expresa en sus gestualidades, actitudes y

manifestaciones corporales. Tal como Stern (citado en Shoemark, 2016) describe, la relación de la diada sucede en el tiempo como una energía en movimiento, donde madre e hijo se mueven juntos en espacio y tiempo, compartiendo beat, ritmos y frases, con inicio y término, así como una danza.

Esto se evidencia en la interacción de J con su madre, quien se muestra disponible emocionalmente durante la experiencia musical, pues ambas se miran a los ojos y el tono de voz, la intensidad y el tempo del canto, es regulado por la madre en respuesta a J. En palabras de Fieldman (s/f, citado en Shoemark, 2016): En la música, una relación exitosa es cuando la diada coincide en gestos, expresiones y sonidos y eso es lo que sucede en esta sesión.

Finalmente, para profundizar en la experiencia de adaptación al futuro hogar, se incorporan sonoridades de la casa (seguramente escuchadas durante el embarazo por el bebé), haciendo uso del relato a través de la voz de la madre, que ya es familiar para J, y las sonoridades ya mencionadas.

Sesión 5: “Sin olvidar la lactancia”

A pesar de que mamá había traído los elementos sugeridos la sesión pasada, papá no se encontraba allí, por lo que decidimos dejar esa experiencia para el próximo encuentro.

Como era la hora de comer, aprovechamos de trabajar el reflejo de succión, como habían solicitado en un inicio. J succionaba al ritmo de la música improvisada para ella, sin embargo no tragaba. Posterior a esto cerramos la sesión con mamá contándome acerca de los elementos que había traído y que utilizaríamos al día siguiente.

Análisis: La succión tiene variados beneficios biológicos¹² para el bebé. En esta ocasión, se usa como recurso para alcanzar ambos objetivos trazados por los padres. Tomando si, un lugar secundario frente al objetivo primordial de adaptación.

Sesión 6: “El amor puede unificar la tristeza y la alegría”.

“Ha sido un día difícil” es lo que me dijo la madre cuando me acerqué a ellos (madre, padre y J). En la expresión de ambos noté que algo había cambiado, esa coraza que normalmente llevaban puesta había caído.

Resultaba ser que habían recibido una mala noticia, pues J tenía una hernia y debía ser sometida a cirugía. Nos tomamos un buen rato para conversar sobre los temores que tenían, las emociones que sentían en ese momento. Sabían que no era un gran riesgo, pero los había tomado por sorpresa y a pesar de sentirse optimistas, no podían evitar llorar, pues tal como me habían dicho, era un día difícil. Aun así, querían que hiciéramos la sesión.

Habían traído diversos objetos que contenían en si una variedad de recuerdos y emociones. La idea era presentarle estos objetos a su bebé, para familiarizarla con el lugar al que

¹² Contribuye a reducir el estrés, dolor en bebés hospitalizados, promueve el aumento de peso en prematuros, favorece la maduración y crecimiento gastrointestinal de estos y ayuda a transitar más rápido de sonda a alimentación oral completa, probablemente al mejorar el estado conductual del bebé (Guido, et al., 2012).

llegaría, a la vez que convertir el hospital en un lugar más hogareño para sus padres y ella, con la idea de reducir la angustia, el estrés y fomentar espacios y conductas de apego seguro.

Pusimos de fondo una grabación con sonidos de agua y aves, ya que me habían comentado que así sonaba el entorno de su casa. Una vez hecho esto, les comenté que no debían preocuparse de que J se encontrara dormida, ya que todo quedaría en su inconsciente, ellos rieron.

Comenzaron mostrándole algunas fotografías: La primera era de papá dándole un beso a la panza de mamá, le contaron que aún no sabían que había algo mal en el embarazo, que simplemente estaban disfrutando de la fortuna de haberla gestado. La segunda foto era una de sus abuelos, para que supiera quienes eran ellos y que algún día los conocería.

El segundo objeto que le presentaron a su bebé fue un peluche. Le contaron que ese había sido el regalo de cumpleaños de papá para mamá, justo ese día, supieron que la estaban esperando. La noticia había llegado a ellos duramente, ya que mamá había sangrado y el doctor de turno había pronunciado las frías frases de que tendrían que olvidar a ese bebé, pero ellos no lo quisieron así.

Papá sacó de una bolsa un elemento verde, secretaba un olor cítrico, similar al de un limón. Se lo mostraron a J, lo pasaron bajo su nariz para que ella también lo pudiera oler. Sonrientes y emocionados le contaban que así olía la casa, que este era un pedazo de los objetos que tenían dentro de una pecera y que toda la casa estaba impregnada a limón.

Progresivamente, los padres de J iban sacando distintos elementos de la bolsa en la que los habían traído, lo que entregaba a toda la situación una suerte de sorpresa, pues no se sabía que sería lo siguiente, que fue una bola de paja.

Su padre decía que no estaba muy seguro de lo que era, solo de que tenían muchas de esas en casa porque les gustaba la naturaleza y que más adelante J podría jugar con ellas.

Después, sacó de la bolsa una libreta de cocina: le contó a su bebé que ese había sido el primer regalo de su propia madre para él (abuela de J), relacionado con la carrera que había escogido. De ese libro le decía, sacarían recetas para cocinarle pastas, que por cierto a mamá le gustaban mucho.

Pensé que pasarían a un próximo objeto, pero dentro del libro de cocina había un papel con algo escrito. En ese momento, mamá nos contó que se trataba de un cupón que papá le había dado, un “cupón de amor”. Esta era una tradición que mantenían en el tiempo, siempre lo hacían. En vista de lo anterior, les propuse que escribieran un cupón para J incluyéndola en esta antigua tradición. El padre tomó a J en brazos y la madre se puso de inmediato a escribir un nuevo cupón para su hija. Juntos lo fueron creando y resultó en “Un cupón de comida, solo canjeable en la pechuga de mamá. Hasta agotar stock” y “Un cupón de amor eterno y muchos besos, canjeable solo en mamá y papá” (Véase Anexo p. 162).

Al finalizar este momento, cantamos a J su canción, quien se había mantenido tranquila toda la sesión. Sin embargo tanto mamá como papá, no pudieron evitar dejar caer algunas lágrimas, ya que había tanto que quedaba por decir a su pequeña, tanto que no podían controlar, como esta cirugía. Para ellos todo “iba tan bien” y de un momento a otro había cambiado. Frente a tantas emociones, les propuse que cantáramos lo que querían decirle a J y que aún no habían

tenido oportunidad de decir. Escogieron una secuencia de dos acordes: La M y Re M, porque sonaba más alegre. Comencé a tocar la guitarra, pero como no cantaban, entoné: “J, te dejamos amor y cariño”. Estaban tan cerca los tres acariciándose, que había un clima de gran intimidad del que yo era solo testigo. Papá le decía a J que solo querían que estuviera bien, yo repetía esto a través del canto. Para continuar con esta contención emocional-musical, continué cantando lo que ellos ya habían dicho en otros momentos: “Te dejamos salud, amor, que la operación salga bien”. Ellos se veían cada vez más afectados, por lo que decidí utilizar el recurso del humor y cantando “pronto irás a casa, harás uso de tu cupón y te alimentarán, hasta quedar obesa y rodar como las bolitas de paja que te mostraron hoy”. Frente a esto los padres rieron y cambió el tono de la sesión. Algo fundamental, ya que la idea era cerrar la sesión traspasándole emociones positivas a J.

Terminamos la sesión con una reflexión de lo sucedido. La experiencia había sido significativa para ellos, ya que me solicitaron para una próxima vez, mostrarle el diario que había escrito mamá para su bebé, junto con las fotografías que habían quedado dentro de este. Comentaban que este espacio les hacía bien, porque les permitía pensar en otras cosas, deseando continuar con las sesiones.

Análisis: Tal como Reviere plantea, la afectación de un área interfiere necesariamente en la otra. En esta sesión particular, la palabra se abre como un puente de expresión emocional, ya no solo es desde el cuerpo, aunque se expresa también a través de este medio (llanto). Es la primera vez durante su estadía que se expresan de esta manera y una de las primeras que el padre se muestra vulnerable, incluso frente a su pareja, según refieren. Es necesaria esta catarsis emocional para generar contención y luego poder trabajar con la triada.

Se utiliza como sostén sonoro-emocional los sonidos naturales, que son familiares tanto para los padres como para el bebé (durante la gestación), incorporando un nuevo elemento, aunque conocido, que califica dentro de las herramientas a ser utilizadas en el hogar, además de la canción familiar creada.

Se profundiza en las modalidades de transición a casa, haciendo uso de la sensorialidad y corporalidad (aspecto relevante desde el inicio con esta familia).

Por un lado, con un enfoque centrado en la familia y la musicoterapia creativa, se entrega control a los padres sobre la posibilidad de realizar la sesión o no, a la vez de la elección de los elementos a escoger, para cumplir los objetivos que ellos mismos han propuesto hasta entonces. Por medio de la experiencia sensorial logran establecer una relación íntima entre ellos y su hija, compartiendo desde el área emocional, mental, corporal y social, integrándolas sin utilizar en esta ocasión, mecanismos evitativos como al inicio.

Aparece la integración de aspectos positivos y negativos, que hablaría de un funcionamiento familiar más saludable. Hay clara evidencia de que si bien su bebé duerme, están atentos, sensibles y receptivos a las señales que esta da. En respuesta, J se mantiene regulada y tranquila durante toda la sesión. El musicoterapeuta es un facilitador de la experiencia que los mismos padres van creando en el momento.

El padre ha logrado flexibilizar su rol pudiendo expresar su emocionalidad, ya no solo como alguien que apoya, sino como alguien que también requiere ser apoyado, con temores y emociones propias que se manifiestan en su relación parental.

Además logran incluir a J en su sistema familiar a través de tradiciones que antes comparten solo entre ellos, es decir, no solo se ha logrado trabajar la transición gradual de J al

hogar, sino que ellos han hecho el ejercicio mental (transición paulatina) de llevarla imaginariamente a casa, a tradiciones extra hospitalarias. Sin planearlo, a través de su vínculo han traído su historia, su hogar al hospital.

Por otro lado, el efecto de la canción familiar se ve potenciado por la actividad anterior, expresando los deseos y emociones de los padres. Integran la belleza de esto, con sensaciones de tristeza, angustia, poco control y necesidades de decir y expresar sus emociones. Para facilitar la manifestación de lo anterior, se introduce la improvisación musical a través del canto sobre la base de dos acordes.

Según Austin (2008, citado en Austin 2011) una estructura de canción o una progresión de acordes, tiene la habilidad de proveer un sentido de seguridad en el cliente. Motivo por el que se escoge una secuencia de dos acordes para la improvisación, en la que se depositan deseos y necesidades de los padres de J, con el fin de que la experiencia no sea amenazante para ninguno. Al no surgir el canto de los padres de forma espontánea, se utiliza el reflejo musical y la interpretación, con la seguridad que otorga el vínculo terapéutico formado con el sistema familiar, para expresar aquello que los padres no pueden en ese momento. Se finaliza con el recurso del humor para evitar desbordes emocionales y posteriormente, para integrar lo sucedido se cierra con el proceso mental de la reflexión.

Sesión 7 : “El vínculo como una danza: Una energía en movimiento”

J se encontraba en brazos de su madre, escuchando de fondo los sonidos naturales (agua y aves) que ya comenzaban a ser parte habitual de las sesiones y la voz de mamá, leyendo los

versos que había escrito para ella en un diario. A medida que J escuchaba su historia de vida, sus gestos faciales y su cuerpo se iban relajando, su respiración enlentecía.

Su madre leía entonando suavemente, todos los momentos hermosos que habían compartido desde que supieron que la esperaban hasta ese mismísimo día (Véase Anexo p. 163).

Cuando J finalmente quedó dormida, su madre me solicitó que tocara para ellas el tambor oceánico y a cambio le pedí que vocalizara. Por la posición en la que se encontraban, J despertó incómoda y su madre al identificar lo que sucedía, cambió de posición, calmando inmediatamente a su pequeña. Ese día cerramos la sesión cantando delicadamente su canción.

J se mostraba relajada, mirando directamente a los ojos de su madre, quien a su vez, la acercaba cada vez más hacia sí. Cantando se comunicaban, creando una atmósfera especial porque se estaban comunicando en un nivel más profundo.

Durante la reflexión hablamos acerca de la necesidad que sintió de tener más cerca a su hija, aproximándola mientras le cantaba. El canto acompañado de un holding (Sostén físico y emocional) consciente, permitió que la madre se sintiera reconocida por J, intensificando su conexión.

Para esta sesión, ya se encontraba más tranquila respecto de la cirugía de su bebé, con deseos de que todo sucediera rápido para al fin ir a casa. Comentó que necesitaba más momentos como estos, espacios en lo que pudiera olvidar que se encontraba en el hospital. Así había sido para ella las últimas sesiones. También, aprovechó de contar que J ya se estaba tomando toda la leche.

Análisis: La lectura del diario de vida, incorpora la voz de la madre como un elemento familiar y seguro para la bebé. De igual manera sucede con el entorno sonoro del hogar (sonidos naturales), que han sido escuchados desde el pre-natal.

La importancia de esto subyace en la capacidad de los neonatos para reconocer la voz de sus padres desde antes del nacimiento y además, de recordar los sonidos del entorno durante su gestación (Federico, 2013).

Por otro lado, Eliacheff (1993), propone que los neonatos, no poseen la capacidad de expresar lo que les sucede a través de la palabra, por lo que se expresan sintomatizando en el cuerpo. Por lo mismo, reflejar verbalmente aquello que le sucede al bebé, su historia, influye en el alivio de algunos síntomas.

En lo que respecta al caso, no se debe desmerecer la epidemiología biológica de la hernia de J, pero tampoco se puede relevar la información de que existen teorías referidas a los aspectos psicológicos y emocionales de algunas condiciones/ enfermedades.

Bourbeau (2000) menciona que aquel que tiene una hernia se siente arrinconado, buscando salir de esta situación mediante la ruptura o separación, pero que el temor a carecer de algo en el plano material lo impide, por lo que esta “salida” se manifiesta en la hernia, que es una hinchazón de los tejidos blandos a través de la pared muscular, donde existe un punto débil que permite la salida.

Si se toma esta linealidad causal de la hernia, podríamos pensar que los padres de J se encuentran conectados con esta necesidad de su hija, motivo por el que escogen como meta el lograr la transición gradual del hospital a casa, como una forma de aliviar esta presión y

necesidad de su bebé. La lectura del diario también responde a esto, en el sentido de que, al poner en palabras la experiencia vital de J, sus padres la están ayudando a elaborar las situaciones traumáticas por las que ha pasado, integrando también aquellas positivas.

La madre se muestra receptiva a las señales de J, respondiendo adecuadamente a esta cuando se incomoda por ejemplo, lo que habla de un vínculo afiatado.

Durante el canto de la canción familiar creada, se vuelve evidente la danza de la diada, un aumento en la intimidad a través del intercambio de beat, ritmos, frases y esta energía en movimiento de la que habla Stern (citado en Shoemark, 2016).

Se ve promovida la regulación mutua de la madre y su hija, siendo el canto en vivo un elemento que permite sincronizar los estados de la madre con el estado de J, facilitando la reciprocidad en la relación, que además favorece el desarrollo neuroconductual y el sentido de autoeficacia de los padres (Shoemark, Hanson & Stewart, 2015).

Asimismo, aquellos tempos que perduran (en este caso el de la canción familiar), potencia la coordinación emocional entre el bebé y su progenitor, que se evidencia en fijación visual del infante en la imagen de su madre durante el canto (Nakata & Trehub, 2004, citado en Austin).

Sesión 8: “La música sana el alma”

Al día siguiente operarían a J, quien dormía tranquilamente a pesar de su ansiosa madre. En vista de esto, iniciamos la sesión musicalizando con un instrumento a elección (kalimba) esta

emoción, para finalizar con una relajación, luego de la cual el dolor que mamá sentía en los hombros había desvanecido.

Luego papá se incorporó a la sesión y los tres conversamos respecto de cómo se sentían con la cirugía: “Asustados”. Les pedí que escogieran una secuencia de acordes y les propuse que hiciéramos un “manto de protección” para J a través del canto.

Mamá comenzó cantando con voz aireada, mientras acariciaba y miraba a su hija que se encontraba durmiendo en su cuna:

“J, te dejo mi amor y en mi corazón, para que todo salga bien. Mañana te regalonearemos, para que nos podamos ir a casa pronto. Queremos que estés bien, y que todo salga bien, te amamos pequeña bebé. Queremos que esa operación salga muy bien. Te dejo, te dejo todo mi amor, para que no te sientas solita. Te amamos pequeña bebé”.

Una vez que se detuvo, mantuve la secuencia de acordes para no romper el momento y cantando invité a papá:

“Y papá también quiere decir algo” -rieron-. El padre hasta ese momento, se encontraba brindando apoyo y acariciando a la madre mientras esta cantaba. Luego de mi invitación comenzó a hablar entonadamente, aunque sin cantar:

“Mañana vamos a estar tempranito acá, muy temprano, para que salga bien, para llevarte luego para la casa, para jugar con tus pelotas y en realidad falta tan poquito para que la llevemos. Mi cosita”.

Luego miró a mamá y le dijo: “Se te va a cagar todos los días, a cada rato más encima. No pero igual te voy a ayudar a cambiar los pañales”.

Para promover lo que estaba sucediendo, canté reforzando a papá: “Y papá te cambiará los pañales, que tanto...- hice una pausa y mamá cantó:- Popó tendrán” Ambos rieron bastante.

Continué: “Porque te alimentarán con mucha comida”. Apuntándola rieron, ya que en ese preciso instante J había hecho el reflejo de succión mientras dormía.

Papá dijo: “Lo bueno es que nunca se perderá, porque es muy blanca”. Reforzando canté: “No te perderás, eres tan blanca, que no te perderás”. Ellos rieron y papá siguió con el juego: “Va a resaltar”. Entonces canté: “Resaltarás y brillarás.Y juntos, relucirán”. Con esto estallaron en carcajadas, intentando no reír tan fuerte para no despertar a J, pero mamá miraba a papá riendo y apuntándolo, afirmando que así era. Se continuaron haciendo cariño mientras la guitarra seguía sonando, pues era claro que lo que estaba sucediendo no se debía interrumpir.

Papá tomó la pequeña mano de J y le contó que ya quedaba menos, continuo repitiéndolo y apoyándolos canté lo mismo que él decía. Así terminamos con esta sección de la sesión, luego de la cual me contaron lo que sentían. Habían tantas cosas que querían decirle a su bebé, sabían que todo sería para mejor y ahora les quedaba ser pacientes.

Para dar un cierre a la intervención, cantamos la canción de J. Mamá le dijo a papá antes de comenzar que a su pequeña le gustaba esta canción y por primera vez, ambos cantaron juntos a su hija que dormía pacíficamente en su cuna.

Se sentían mal, pero ya estaban más tranquilos. Para ellos había sido un proceso difícil, pero mencionaban que con las sesiones al menos tenían momentos de placer y entretenimiento, inclusive, habían comenzado a grabar un video con la canción de J, en la que amigos y compañeros de trabajo estaban incluidos.

Análisis: Gricke y Wilgram (2008, citado en Austin, 2011) mencionan que al ser la estructura musical de la musicoterapia receptiva predecible, el cliente siente un nivel de confianza en la experiencia musicoterapéutica.

La relajación musical, predecible en su estructura, permite justamente disminuir la actividad del sistema nervioso central, generando un estado de mayor calma y facilitando la contención emocional (Austin, 2011). Es la contención, evidentemente necesaria en el caso de esta madre, que se encuentra ansiosa por la situación que están viviendo.

La expresión y catarsis a través del cuerpo y la palabra, le permiten reducir las tensiones expresadas a nivel corporal en el dolor de hombros, que se difumina una vez tomado en cuenta. Se trabaja desde la musicoterapia en este sentido, en los distintos planos que integran al ser humano, alineando lo mental, psicológico, emocional, espiritual y social, con el fin de poder realizar la experiencia posterior con la triada. Esto con la idea de que aquellos elementos inconscientes no elaborados, no interfieran en los objetivos propuestos.

La idea del manto de protección surge espontáneamente, sin embargo Loewy (s/f, citada en Austin 2011), habla del término “manto de sonido” para visualizar y sugerir un modo o descripción musical, que puede ser tocada en momentos de estrés. Este evoca la imagen visual de un manto tonal, que envuelve y rodea un cuerpo y espíritu vulnerable, una voz aireada nutritiva que provee de un tono contenedor.

En este caso particular se utiliza este concepto, depositando a su vez deseos de protección y fantasías de los padres, para generar un estado de mayor tranquilidad en ellos y el bebé, con el fin de prepararlos para este momento crucial del proceso: la cirugía.

Por otro lado, la modalidad de improvisación de ambos padres es distinta, cada uno pareciera estar en una etapa diferente en su relación con J.

El “protocanto” del padre, se asemeja a la etapa de “motivo semi-cantado¹³” del canto contingente.

La madre en cambio, canta enseguida un motivo melódico, usando palabras conjugadas con elementos musicales y manteniendo una especie de interrelación con la bebé, a pesar de que esta esté durmiendo, se conecta a la experiencia sin salir de esta.

Esto da cuenta de que el padre a pesar de estar más abierto a las experiencias, a compartir emociones y probar roles diferentes que al comienzo -no solo desde el apoyo como pareja- , aún le queda desarrollar con mayor profundidad lo anterior, elaborando ciertos temores no manifestados, para que no interfieran en su relación con J (reiteradas veces piensa que despertará a su bebé, lo que lo detiene a tener ciertas interacciones con esta por ejemplo).

Para mantener el manto de sonido, incluso en momentos de silencio, se continúa con la progresión de acordes escogidos por los padres. Esto es principalmente porque el uso de dos acordes, establece un contenedor psicológico musical predecible y seguro, manteniendo al usuario en su estado emocional actual (Austin, 2008, citado en Austin, 2011).

¹³ Se trataría de la transición del habla al canto, como una manera de introducirse al canto contingente, esperando paulatinamente las respuestas del bebé (Austin, 2011).

El punto cúlmine de la sesión se produce cuando al finalizar, ambos cantan la canción familiar. En este momento el padre pasa de los motivos semi-líricos, al motivo lírico propiamente tal, conectándose completamente a pesar de los temores, con su pareja y bebé.

La reflexión final, permite integrar los elementos de la sesión.

Sesión 9. “La fuerza de acompañar al otro: Abriendo espacios”

La cirugía había salido bien y J se encontraba en la UCIN. Tenía mucha hambre, pero no podía comer nada hasta varias horas más tarde. Llegué a la sesión a la hora de término de visita del padre, para que pudiera pasar más tiempo con su bebé, considerando la situación actual y las limitadas horas que tenían para verla.

Me comentaron que ese día lo que más necesitaban era compañía, entonces les propuse que utilizáramos el habitual sonido de naturaleza al que J ya estaba acostumbrada y que hiciéramos eso, acompañarnos. Conversamos toda la sesión como viejos amigos frente a una fogata, creándose un espacio para estar tranquilos, compartiendo historias, expectativas y preocupaciones. Me contaron sobre sus familias de origen, que coincidentemente eran muy similares, de cómo sus padres habían estado poco presente en sus vidas, y cómo el destino se había encargado de unirlos para crear algo totalmente distinto para su hija.

Lentamente se iban abriendo nuevas historias. Él me mostró un tatuaje en su muñeca con tres flechas, explicándome que las flechas grandes de los costados los representaba a ellos y la pequeña flecha de en medio, resguardada por las otras, había sido de un bebé que habían perdido. No sabían que lo esperaban, solo se enteraron al momento de perderlo, pero no querían olvidarlo.

Estas vivencias habían marcado e influido en todos los temores que tenían respecto de J, cobrando su manera de funcionar mayor sentido. Me contaron nuevamente la historia de su pequeña: La madre en su cumpleaños había sangrado, tras lo cual partieron a la clínica, allí le dieron la orden de raspado, diciéndoles que su bebé no sobreviviría. Pero no querían rendirse, por eso fueron a otro hospital y gracias a esto era que J, estaba ese mismo día justo ahí, al lado de ellos.

Luego de esto, hicimos en pareja un masaje con pelota a papá y a mamá, después del cual hablaron acerca de los temores que ahora tenían. Él tenía miedo de no tener tiempo para estar con J, por la extensa jornada laboral. Fuimos conversando acerca de la calidad y cantidad, sobre los recuerdos que atesoramos los hijos y estos temores comenzaron poco a poco a transformarse en los deseos que ambos tenían para J, de cómo serían como padres, de cómo la apoyarían más adelante y de lo que deseaban hacer una vez que llegasen a casa.

Aquí terminó la conversación con un “tengo hambre de estar con ella”, cerrando la sesión con la canción de J y los dos comentando estar más tranquilos, habiéndose sentido acompañados, cumpliéndose el objetivo de la sesión.

Análisis: En esta ocasión ambos padres deciden no realizar mayores intervenciones con J, lo que habla de una mayor sensibilidad comunicacional con su bebé, dado su estado.

Por primera vez toman este espacio como algo destinado a su propio bienestar, sin dejar de lado a su bebé (uso de sonidos naturales). Todas las emociones con las que normalmente no desean conectar al inicio del proceso, en este momento se retoman, vinculándolas a la propia historia de vida (familiar, pérdida de un bebé). Esto de alguna manera cierra el ciclo de sesiones,

volviendo al inicio, pero desde un lugar diferente. Los padres de J ya no son los mismos, han crecido en su proceso: se expresan, conectan con todo tipo de emociones, comprenden a su bebé y su vínculo es más fuerte que nunca. Esto da cuenta de un apego seguro que se convierte en un factor protector en el desarrollo de su bebé.

El vínculo terapéutico por su parte, se ha construido de tal forma que en esta última sesión, la música no necesita ser el puente de aquello que no pueden manifestar o decir, ellos mismos pueden hacerlo y se han empoderado lo suficiente como para tomar las decisiones sobre qué harán y hasta dónde están dispuestos a llegar.

Sesión 10: “Lo que sucede tras el telón”

Ya habían pasado dos semanas desde el alta de J y no habíamos podido realizar una sesión de cierre, por lo que le pedí a la madre que tuviésemos una última sesión para cerrar el proceso. Para esto nos prestaron la oficina de la doctora a cargo de la unidad.

J se encontraba durmiendo en brazos de mamá, por lo que nos dedicamos a conversar acerca de lo que había sido el proceso para ellos, qué había significado, entregándole además un feedback de lo que había observado a lo largo de las sesiones.

Me contó acerca de la transición a casa, del cansancio que ambos sentían y la felicidad inmensa de tenerla en su hogar a pesar de esto. Continuaban trabajando en el video de la canción de J, ya que preferían esto a grabar la canción de otra manera y me lo enviarían cuando estuviera listo.

Les había gustado el proceso porque había sido algo diferente dentro de la rutina, pudiendo olvidarse del contexto hospitalario; conectarse con J; conocer qué le gustaba y qué no;

expresar sus propias emociones; sentirse más relajados; y tener el control y la posibilidad de escoger cuándo participar o no de la terapia.

En casa continuaban cantando con diversos fines y utilizando “Mi verdad” modificada para calmarla, e incluso en un momento en el que ya nada funcionaba, habían buscado desesperados “la canción de los sonidos naturales” usada en las sesiones, funcionando de inmediato: “¡lo que dijiste del inconsciente era verdad!”.

La madre me explicó que fue distinto ver las sesiones de otros, a participar de su propia experiencia musicoterapéutica. Una vez que aceptaron formar parte del proyecto, la posibilidad de vivenciarlo cambió su percepción respecto de lo que el proceso musicoterapéutico trataba. Entendieron el porqué de las actividades, no solo era música “porque sí”. Después de una larga conversación, nos agradecemos por todo lo vivido y nos despedimos, abriendo la posibilidad de comunicarnos más adelante.

“La vida después de las sesiones”:

Luego de las sesiones mantuvimos un contacto intermitente, gracias al cual pude saber que todos se encuentran felices, saludables y familiarizados con sus nuevos roles. Aún recuerdan con cariño nuestras sesiones, habiendo disfrutado la oportunidad de conocernos.

Recuerdan haberse sentido “ayudados” con la tristeza que tenían, por lo que “jamás podrán olvidar” todas las experiencias vividas. De esta manera, ahora el diario de vida de J, contiene extensas palabras de nuestros encuentros humanos y musicales, que más adelante podrá leer.

Análisis: Las herramientas desarrolladas a partir de las experiencias musicoterapéuticas, hacia el final del proceso ya se encuentran integradas al funcionamiento del sistema familiar. Este funcionamiento se proyecta incluso fuera del contexto hospitalario en casa, obteniendo resultados beneficiosos para la familia, como los ya mencionados, lo que da cuenta de que visualizan significativamente el impacto del proceso. Asimismo, las últimas sesiones dan cuenta del cumplimiento de las expectativas de los padres y por tanto de los objetivos musicoterapéuticos propuestos, de los cuales hablaré en el apartado 6.1, p. 107.

5.1.2 Descripción y Análisis Caso II: “La conexión madre-hijo: Biología y emocionalidad”

Con “V” fueron quince los encuentros que tuvimos. Iniciamos las sesiones un 4 de abril y las terminamos un 8 de mayo. Comencé pensando que todo aquello que iríamos trabajando en las sesiones era en pos del bienestar de él, su madre y su padre. Pero no contaba con darme cuenta de que había algo que los atravesaba a todos, una conexión inquebrantable en la que la salud de cualquiera de ellos, dependía invariablemente del otro.

Como se detallará más adelante, parecía haber algo allí, que desafiaba la lógica y que llamaba a la intuición: Una conexión entre el bebé y sus padres que trascendía lo racional, influyendo en lo fisiológico. Una conexión que durante la gestación comenzaba con elementos físicos, por medio de la bioquímica corporal, las hormonas y los fluidos, en tempos y ritmos específicos, pero que luego había sido transformado, porque ya no sólo se trataba de algo que habitaba la dimensión física, sino que se trataba de algo que iba más allá, repercutiendo en el

sistema familiar en todas sus aristas. Este algo no podría ser influido por la palabra, tendría que ser trascendido por algún elemento o experiencia que conectara más allá de la dimensión física y este algo, era la música.

Tal como decía Plato (s/f citado en Wordsworth Dictionary of Musical Quotations, 1991, p. 45): *“La armonía se sumerge en lo más hondo del alma y toma su más fuerte asentamiento ahí, entregando gracia al cuerpo y la mente. La música es una ley moral. Le da alma al universo, alas a la mente, vuelo a la imaginación, un encanto a la tristeza y vida a todo. Es la esencia del orden”*.

Caso Clínico: Antecedentes y Generalidades del proceso

V tenía 31 semanas de edad gestacional (habiendo nacido de 25), se encontraba en incubadora con sonda de alimentación y tenía displasia broncopulmonar¹⁴, por lo que utilizaba un CPAP¹⁵ para ayudarlo respirar.

Era descrito por su madre como un bebé tranquilo, pero el equipo lo caracterizaba como alguien inquieto e irritable. No le gustaba que lo tocaran y había aprendido a sacarse el CPAP. Sus niveles de SATO₂¹⁶ bajaban constantemente y el equipo mencionaba que se ponía muy

¹⁴ Es una de las enfermedades pulmonares crónicas más frecuente en recién nacidos, predominantemente de neonatos prematuros con bajo peso al nacer, siendo una de las principales causas de mortalidad. Se trata de una dificultad respiratoria, con dependencia de oxígeno (Gasque, 2010).

¹⁵ La presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). Es una forma de ventilación no invasiva utilizada como soporte respiratorio en recién nacidos, con problemas respiratorios. Ayuda a aumentar el volumen pulmonar, que los alvéolos no colapsen, entregar más oxígeno a los tejidos, un ritmo respiratorio regular y reducir la apnea obstructiva (Mühlhausen, 2004).

¹⁶ Nivel de oxígeno que hay en la sangre. Idealmente en bebés prematuros debiera fluctuar entre 88 % y 94 %, para no producir daños (OMS, 2010).

nervioso cuando lo tomaba su madre, quien le ponía el chupete incluso cuando notaban que él no lo quería. Los profesionales esperaban que con las sesiones la madre pudiese contener de mejor manera a V, repercutiendo en sus estados de alerta tranquila, puesto que era un bebé muy ansioso, lo que podía afectar su evolución.

El padre de V asistía al hospital cada vez que podía, pero los horarios de visita posibles, conjugado con su jornada laboral, dificultaba la posibilidad de que pudiese participar de todas las sesiones de musicoterapia que habíamos planificado (3 semanales), por lo que todo lo que se hiciera en sesión, sería mencionado en nuestro grupo de Whatsapp y la madre le contaría lo sucedido, estando siempre invitado a participar cuando pudiese.

La primera vez que conocí a la madre de V pude percibir su angustia, ansiedad, cansancio, tristeza y una rabia intensa.

Ella tenía 36 años de edad y estaba casada. V era su primer hijo luego de 5 años de intentos frustrados y dos pérdidas. Estas habían sido muy dolorosas según relataba: física, mental, emocional y espiritualmente. Cuando supieron que estaba embarazada, recién al tercer mes se había permitido junto a su marido emocionarse. Recordaba perfectamente que el doctor se había mostrado más entusiasmado que con los embarazos previos, diciendo: “hay un puntito” y así era como ahora lo llamaban: Puntito.

Para ese momento habían querido hacerlo participar de todo: de las plantas y sus olores, de los animales, referido por ellos como sus hermanos menores, he inclusive le hablaban, cantaban y bailaban juntos. Estaban todos involucrados en el desarrollo de V durante su gestación: ella, el padre de V, tíos/as, abuelos y suegros, contando con una red amplia de apoyo.

Durante la gestación temía tener diabetes gestacional, ya que su hermana la había padecido. Como solución había eliminado todo azúcar y a lo largo de esta etapa intentó rodearse de felicidad y amor, rechazando lo negativo.

Preguntaba a su madre cómo había sido su propio embarazo, pidiéndole consejos. A su parecer todos la consentían, demostrándole su alegría.

El entorno de su embarazo sonaba a ladridos, maullidos, aves y música que ponían durante el almuerzo y la noche, como una manera de conectar con su bebé, en especial la canción “Cachito mío” de Nat King Cole, que había sido seleccionada especialmente para V (Véase Anexo p. 166).

Me contaba que se sentía en una especie de duelo, había pasado mucho tiempo sintiéndose culpable por salir, tener su espacio y hacer sus cosas, replegándose en casa y el hospital. Sentía rabia cuando veía a los demás haciendo sus propias cosas, haciendo su vida, pero había intentado cambiar esto en el último tiempo, luego de una sesión con la psicóloga del hospital. Más adelante, yo me daría cuenta de que esto no había cambiado tanto y esos sentimientos de tristeza, rabia y culpa perduraban, interfiriendo su relación con V y mermando las posibilidades de autocuidado fuera del hospital. Quizá necesitaba antes de poder cuidarse, sentirse apoyada y validada en torno a lo que sentía y pensaba.

En cuanto a nuestras sesiones, tenía una idea acerca de lo que era la disciplina, porque como educadora de párvulo había asistido a sesiones de biodanza y musicoterapia.

Ella deseaba que las sesiones impactaran en el carácter de V, para que se convirtiera en una persona pasiva y comprensible, “alguien bueno”.

En general era una madre que intentaba mostrar permanentemente una visión optimista, pero si se ahondaba en su experiencia, estaba inundada por la rabia, el estrés, la culpa, la tristeza y la ansiedad. En las primeras sesiones tendía a acelerar el tempo de la música, a pesar de estar acompañada por la guitarra y cantaba fuerte, en tonalidades menores. Su bebé en respuesta se agitaba, tendía a bajar su saturación rápidamente y aumentar su frecuencia cardíaca, acompañado de gesticulaciones de sobreestimulación. Era un bebé que toleraba muy poco, lo que indicaba por un lado, que su nivel de desarrollo no estaba listo para largas sesiones de estimulación sensorial, pero también que estaba estresado. A pesar del amor que había entre ambos y de la sintonía/fusión afectiva existente, no eran conscientes de esto.

Por lo mismo, las sesiones siempre eran divididas en dos secciones, una primera parte en la que se trabajaba en torno a la emocionalidad y corporalidad de la madre, para regularla, y una segunda, donde interveníamos juntas como equipo con su bebé. También había momentos en que dejábamos las sesiones completas para ella.

La idea de las sesiones no era mostrarle su dificultad para leer las señales de V y hacerla sentir juzgada como sentía que era por el personal. Sino por el contrario, mostrarle nuevas modalidades de comprender e interactuar con su bebé y la necesidad de cuidarse a si misma para ayudarse y por consecuencia a V. Por lo que fuimos conversando respecto del efecto de “caja de resonancia” de la incubadora, de la sobreestimulación y la necesidad de ir lentamente introduciendo nuevos elementos. También conversamos en torno a cómo los bebés se regulan de su medio ambiente más próximo cuando nacen, que es el cuerpo de la madre (incluyendo ritmo

cardíaco, respiración y voz) y cómo su propia biología podía influir en el estado de su hijo, calmándolo cuando ella también estaba calmada. Su visión de lo que sucedía y de cómo era V, difería muchísimo de la visión del personal, mas lentamente se irían encontrando a lo largo del proceso.

Realizamos muchísimas actividades para cumplir los objetivos propuestos al inicio (véase apartado 6.2, p. 111), pero también experiencias que acogían las necesidades inmediatas, urgentes y cambiantes que conlleva estar en la UCIN, validando también todo lo que sentía y pensaba. Utilizamos relajaciones musicales, masajes con pelotas, relajaciones con movimiento (espejados por el terapeuta), canciones de saludo y despedida, canciones familiares, creación de canciones, canto improvisado, dibujo libre con música, imagerías con música del periodo de gestación, improvisación con instrumentos musicales, canto de canciones escogidos por abuelos, relajación progresiva, vocalizaciones, reflexiones, uso del cuerpo como instrumento, recursos artísticos para expresión emocional, manto musical con voz, e instrumental para V, canto contingente, constelaciones familiares a través de instrumentos musicales y voz, canciones improvisadas para fomentar reflejo succión, uso de la respiración para regular a V, canto de cuento musicalizado (véase Anexo p. 166), uso del movimiento vestibular, entrainment, habla dirigida al bebé y grabación de la canciones creadas por padres.

Análisis:

❖ La fusión emocional

Existiría una manifestación a lo largo de las sesiones de la unión emocional entre el V y su madre.

El bebé como ser social, busca su regulación a través de su medio ambiente más próximo, que usualmente es el cuerpo de la madre. Pero ocurre que existen otros elementos subyacentes, que no requieren necesariamente de un contacto físico, pero afectan el estado de regulación del bebé: La fusión emocional (Gutman, 2015). En el caso de V y su madre, esto se muestra más evidentemente que en otros casos. La madre llora y V llora, la madre se angustia y V se angustia, afectando sus parámetros fisiológicos.

Por otro lado, habría que cuestionarse la irritabilidad del neonato. ¿Qué está expresando esa irritabilidad? o mejor dicho ¿Por qué la madre de V está tan enojada? El rol del musicoterapeuta a lo largo del proceso, fue de validar y permitir la expresión de estas emociones a través de las experiencias musicales, con el fin de generar la regulación de la madre y por ende de V.

El duelo que esta vive, junto con las opiniones del equipo médico, influyen en la dinámica que tiene con su hijo, en la representación mental que tiene de este y la lectura de lo que le sucede a V, lo que repercutirá en el apego que forme con él.

A continuación se ejemplifican momentos de fusión emocional:

Sesión 2: “La expresión de la propia emoción a través de la voz”

- Parámetros fisiológicos inicio de la sesión:
- SATO2: 99
- Frecuencia Cardíaca (F.C): 167

- Parámetros fisiológicos en cierre:
 - SATO2: 98
 - F.C: 170

V se encontraba en su incubadora durmiendo. Inicié solo con la madre una relajación y masajes con pelota de tenis para descontracturar. La idea era disminuir su ansiedad manifestada en tensión corporal, gestos y voz, para que esto no repercutiese a la hora de intervenir con su hijo.

Para dar inicio a la sesión con V, canté su canción de saludo y él se mostró tranquilo. Después la madre cantó para él su canción familiar “Cachito Mío”. Su voz parecía acelerarse, ya que ansiaba cantarle a su pequeño, pero no sabía las repercusiones de llevar un paso tan rápido con este. Él en respuesta se movía molesto y fruncía la cara, bajando su SATO2 y subiendo su F.C. Nos detuvimos 15 segundos, dándole tiempo para volver a un estado de equilibrio y finalizamos con la canción de despedida. Una vez que hubo terminado la sesión, se realizó educación a la madre sobre la voz (bebés recuerdan y se calman), la incubadora como caja de resonancia, y las señales y efectos de la sobreestimulación.

Sesión 3: La conexión emocional/biológica entre un hijo y su madre

- Parámetros fisiológicos inicio de la sesión:
 - SATO2: 97
 - Frecuencia Cardíaca (F.C): 169

- Parámetros fisiológicos en cierre:
- SATO2: 94
- F.C: 161

V estaba durmiendo en su incubadora. Al finalizar las experiencias musicoterapéuticas (en la que se reiteró la aceleración del tempo, la atonalidad y la desaturación de V), su madre lloró y aunque la incubadora estaba cerrada, pareció ser que V lo sabía incluso a la distancia, ya que comenzó a desaturar hasta el momento exacto en que se logró contener emocionalmente a la madre, que fue cuando V logró regularse nuevamente.

Sesión 6: La calma emocional

- Parámetros fisiológicos inicio de la sesión:
- SATO2: 77
- Frecuencia Cardíaca (F.C): 163
- Parámetros fisiológicos en cierre:
- SATO2: 80
- F.C: 175

V se encontraba durmiendo en los brazos mamá. A lo largo de las experiencias musicoterapéuticas, ella se mostraba tranquila y él también, permaneciendo dormido.

Sesión 15: El cuerpo de la madre como fuente de regulación

- Parámetros fisiológicos inicio de la sesión:

- SATO2: 97

- Frecuencia Cardíaca (F.C): 147

- Parámetros fisiológicos en cierre:

- SATO2: 97

F.C: 159

V dormía en el pecho de mamá, despertando repentinamente molesto. Era la hora de alimentarse y su mejoría, dependía también de este hecho. Por lo mismo, comenzamos a improvisar una canción para que succionara el pecho de su madre, por medio de la técnica de entrainment. Me acople al ritmo al que él iba succionando. Se durmió y sonrió varias veces, lo que alegró a su madre bastante.

Una vez sincronizados en el tempo, comencé sutilmente a acelerar la melodía, con el objetivo de lograr la activación y una mayor succión, sin que V se durmiese. Logrado lo anterior (comió todo), cantando lo felicité e improvisé una canción para que pudiese “tirarse un chanchito”.

Para favorecer un momento de mayor intimidad y cercanía luego de la alimentación, invité a la madre a cantar lo que fuese observando de su bebé. Esto le permitiría a V un reflejo de su “sí mismo”, a la vez que una mayor vinculación con su madre (canto contingente). De este

modo, ella fue cantando lo que iba haciendo V; la manera en que se miraban; cómo se movía; y él poco a poco iba saturando más y relajándose, disminuyendo su F.C.

Cuando su madre se detuvo, se agitó y usamos un modelaje de respiración para calmarlo resultando efectivo (regulación a través de los signos vitales de la propia madre). Al final de la sesión, la madre comentó sentirse relajada, bostezando ambos al mismo tiempo. Cuando yo ya me encontraba lejos, observé a V y su madre, quien continuó cantándole la misma melodía utilizada durante el canto contingente.

Sesión 18: La regulación de la madre, brinda seguridad y confianza al bebé

- Parámetros fisiológicos inicio de la sesión:

- SATO2: 90
- Frecuencia Cardíaca (F.C): 174

- Parámetros fisiológicos en cierre:

- SATO2: 95
- F.C: 154

En esta sesión se intentó incorporar instrumentos como lo hacíamos en las primeras sesiones, pero V se sobresaltaba, calmándose solo con la voz de su madre, por lo que continuamos con el canto de ella “a capella”, teniendo efectos inmediatos en los signos vitales de V, regulándolo. Ella me comentaba que se sentía bien, contenta, pues nunca pensó que tendría una canción para él (habíamos creado su canción, en conjunto con su marido en sesiones

anteriores). A partir de esta sesión fue más evidente la preferencia de V por la voz de su madre, lo que hablaba de que él también notaba que ella estaba más tranquila, permitiéndole sentirse contenido, afectando directamente en su biología y emocionalidad.

❖ **La armonía y disarmonía en la voz:**

Otro fenómeno interesante que se produce desde lo musical, es cómo la voz de la madre a lo largo de las sesiones, se va transformando en la medida que su emocionalidad es expresada, convirtiéndose en una manera de valorar su bienestar/malestar. Además de la expresión emocional, el bienestar también se produce por la receptividad de su bebé a la voz materna (preferencia por esta a los instrumentos, a diferencia del inicio del proceso y la calma que genera en V) y por la comprensión que tiene la madre de la manera en que afecta a su bebé, influyéndose mutuamente. Por otro lado, va logrando proyectar a su hijo en el tiempo, algo que previamente no sucedía. De esta manera su voz pasa de la “disarmonía” a la “armonía”.

Lo anterior se va logrando a través de la psicoeducación, el uso de la canción familiar, el canto materno, el canto contingente, el entrainment durante la alimentación, imagerías con música, entre otros. Son estas experiencias, las que le van permitiendo conectarse consigo misma y a la vez con su bebé, entendiendo el impacto que esto tiene en ambos.

Se presentan algunas ejemplificaciones de esto:

Sesión 4: Una de las experiencias musicoterapéuticas de esta sesión, fue la de cantar a su bebé mientras este tomaba pecho por primera vez. Ella se veía sumamente afectada (emocionada), su vocalización era atonal, sonaba triste, casi como un llanto musical y V se desregulaba con este.

Segunda parte sesión 4: Creamos un pedazo de lo que luego sería la canción de V. La madre cantó por primera vez la sección 1, alternando entre lo tonal y atonal.

A **D**

Hola valentinito, cómo estas tú?

E **A**

Que rico que viniste a verme.

A **D**

Yo estoy muy contenta y muy feliz,

E **A**

porque tu estas junto a mi.

A **D**

Puntito puntito, yo estoy aquí.

E **A**

Soy tu mamita que te quiere a ti.

A **D**

Quiero abrazarte y ser feliz.

E **A**

Siempre juntitos, mi amor.

Segunda parte creada más adelante con el padre en el proceso:

A **D**

Yo soy tu papito, junto a ti,

E **A**

Que te quiere mucho, y ver feliz.

A **D**

A pesar de ser tan chico, eres más grande,

E **A**

que todo nuestro amor.

Sesión 19: El paso de la disarmonía a la armonía

V había salido bien de su cirugía, por lo que iniciamos con su madre tocando distintos instrumentos para su bebé, intentando representar en cada uno de ellos a diversos familiares, tal como habíamos hecho en sesiones previas. Ella había decidido repetir esta experiencia, dado que su bebé había salido bien de su cirugía. Quería que él tuviese “visitas” de estos, trayéndolos al Setting musicalmente, puesto que eran personas que le habían brindado mucho apoyo.

Posteriormente cantó a V su canción, llorando al final. Era un llanto de alivio, de tranquilidad, porque al fin podrían ir a casa. Aquí, fue la primera vez que realizó un canto tonal, lo que introducía un nuevo elemento y daba cuenta de un cambio generado.

Cuando acompañé su voz con la guitarra, como solíamos hacer, V se quejó, por lo que continuamos con el canto a capella, tras lo cual se calmó y durmió.

Al finalizar la sesión me comentó que se sentía bien, que estaba cada vez más consciente del poder de su voz en su bebé, lo que la tranquilizaba y ponía feliz a la vez. Ella trataba de traspasar en su voz todo su amor a él.

Sesión 20: La armonía en todos sus sentidos

- Parámetros fisiológicos inicio de la sesión:

- SATO2: 90
- Frecuencia Cardíaca (F.C): 146

- Parámetros fisiológicos en cierre:

- SATO2: 94

F.C: 160 (luego de comer aumenta, lo que es normal).

La madre estaba contenta porque les darían el alta a la semana siguiente. Decidimos conjuntamente, dividir la sesión en dos partes. Iniciamos con V en su cuna, escuchando el tambor oceánico para generar un efecto de relajación y cuando me detuve, su madre me solicitó que siguiera.

Durante la segunda parte de la sesión, le pedí que lo tomara en brazos, ya que no quería alejarse de él y realizamos una imaginación con música. Al finalizar conversamos acerca de lo sucedido, relatándome aquello que había imaginado. Se encontraba en un campo de flores, rodeada de los “suyos” (familia y mascotas). V tenía 4 años y corría hacia ella, siendo una bella y emotiva imagen para ella. Me comentó que se sentía rara físicamente, sentía una especie de electricidad que recorría su cuerpo, “pero rica, mis pies se sienten tan livianos”. Luego de la experiencia llegó la matrona al ser la hora de alimentación, por lo que enfocamos el resto de la sesión al fomento de la succión (entrainment) por medio del canto, pero esta vez, facilité que la madre lo hiciera sola (luego de una psicoeducación). Se impresionó al terminar por lo sucedido,

ya que V terminó sincronizándose con ella. Su canto era cada vez más tonal y no se escuchaba tristeza en su voz.

“Come, come Valentino” -sonidos de succión- “tomando papita rica”- sonidos succión-
“hijito lindo come la papita” - succión- “rica rica la papita” -succión- “va tomando la papita,
Come come Valentino” - succión- “hijito lindo la papita” -sonidos de succión-...”

Sesión 21: La última sesión

- Parámetros fisiológicos inicio de la sesión:

- SATO2: 91
- Frecuencia Cardíaca (F.C): 175

- Parámetros fisiológicos en cierre:

- SATO2: 92

F.C: 171

Cantamos a V un cuento musicalizado, que su madre había querido compartir con él de hacía tiempo. Fui apoyando con la guitarra, mientras su madre y padre le iban cantando. Ambos estaban contentos, no creían que pudiésemos hacerlo de corrido con V tan tranquilo (habíamos querido hacerlo antes, pero siempre estaba dormido). Él por su parte, miraba atentamente a sus padres a lo largo de toda la experiencia.

Luego de reflexionar en torno a esto, bajamos a una oficina que nos habían facilitado y grabamos la canción de V sobre las pistas que tenía previamente hechas, haciendo distintas versiones hasta que logramos una que les gustó. Mientras escuchábamos la grabación, la madre de V emocionada intentaba retener sus lágrimas: “Quedó muy linda”. Ambos la habían cantado en tonalidad mayor esta vez (anteriormente no lo hacía, a pesar del acompañamiento de la guitarra).

Luego reflexionamos en torno al proceso, las herramientas adquiridas, los cambios logrados en las sesiones y el nuevo periodo de adaptación que vendría en casa. Ambos agradecieron lo vivido y yo también lo hice, cantando una canción creada especialmente para ellos y V, la que canté una vez que volvimos a la UTI. La madre de V me dijo que harían todo lo que la canción decía y a la semana siguiente V y su familia ya se habían ido a casa.

❖ **El impacto de la Musicoterapia luego de las sesiones:**

Ya habían pasado 9 meses aproximadamente desde la última vez que había visto a V y sus padres, por lo que recibir un mensaje a través de nuestro grupo de Musicoterapia en Whatsapp, me había tomado por sorpresa. Me invitaban a celebrar con ellos el primer cumpleaños de V.

El día que fui, pude sostener por primera vez a V en mis brazos, compartir con sus padres, amigos y familiares, incluido sus abuelas, quienes también habían formado parte de algunas sesiones. Me contaron que gracias a nuestros encuentros musicoterapéuticos,

continuaban cantándole permanentemente a V y aún hacían uso de su canción, con la que se calmaba cada vez que se encontraba inquieto.

Luego de la fiesta, la madre hizo un pequeño discurso en donde agradeció a otras madres que también habían estado en el hospital, a su familia que había sido un apoyo fundamental, a sus amigos siempre presentes y su musicoterapeuta, que había acompañado su proceso, mencionando que gracias a las sesiones, hasta el día de hoy cantaban todos los días junto a V.

5.1.3 Descripción y Análisis Caso III: “Los obstáculos como fuentes de aprendizaje en el proceso de musicoterapia”

Todo lo sucedido en los procesos mencionados, no puede ocurrir sin un facilitador que lo permita: El vínculo terapéutico. Con “G” y sus padres tuvimos 46 sesiones y fue en este proceso, que entró en juego el cuestionamiento propio, la reflexión de la persona del terapeuta, las actitudes, la transferencia y la contratransferencia, pero por sobre todo, la comprensión real de lo que significa formar un vínculo auténtico para acompañar a un otro en su proceso. La reflexión de cómo aquello que sucede en la propia vida del terapeuta y por tanto en su práctica, puede impactar el proceso terapéutico con el bebé, los padres y vice versa. Fue en este caso que me di cuenta, tal como decía Fisher, que la pausa es tan importante como la nota.

Generalidades del proceso:

G había sido planificado desde hacía mucho tiempo. En ese entonces tenía 37 semanas de edad gestacional, habiendo nacido 27. Su padre era carabinero y su madre asistente de párvulo. Habían intentado tener un bebé de hacía mucho tiempo atrás (5 años), pero no lo habían logrado.

Su madre había tenido diabetes gestacional y riesgo de preeclampsia. Pero el haber recibido la noticia de estar embarazados, les brindaba a toda la familia mucha felicidad. Le ponían música y además, papá y el resto de la familia le hablaban a la panza. La música que escuchaban era mayormente romántica, bachata, cumbia, música para niños (La Brujita Tapita, Cuncuna Amarilla) y su canción “Chiquito mío” que sería luego su canción familiar (Véase Anexo p. 172).

La madre tenía mucho temor al parto, pensaba que podía morir, pero G la había ayudado a salir adelante. Todo el embarazo se había dado en un contexto emocional tranquilo, de mucho apoyo.

El entorno no solo tenía música, sino que aspiradoras, niños jugando y perros.

G había nacido prematuro extremo, de bajo peso, con displasia broncopulmonar y sospecha de daño neurológico. Durante su estadía en UCI Neonatológica había tenido pulmonía, pero cuando iniciamos nuestro proceso ya se encontraba estable. Su alimentación era a través de sonda y recibía tratamiento de kinesioterapia respiratoria (más adelante recibiría motriz también para incorporar patrones normales de movimiento).

Era un bebé que lograba regularse cuando era contenido por la madre y el personal.

Ambos padres se sentían con energía para dar frente a este difícil proceso. Además, podían identificar que G se calmaba con su canción “Chiquito Mío” y con la voz de ellos. Por su parte, lograban poner en palabras lo que le sucedía a su hijo y le hablaban para calmarlo.

La expectativa que tenían, era poder conocer a G a través de la música, pues el temor de la madre era no entenderlo una vez que llegasen a casa.

Las primeras sesiones apuntaban a ver las reacciones de G frente a las distintas sonoridades de los instrumentos, chequeando la lectura de la madre frente a esto, pero también buscando empoderarla, al hacerla tocar los instrumentos y distinguir las preferencias y lenguaje corporal de su hijo.

A lo largo de las sesiones se fue incorporando también al padre y juntos, creamos canciones para G (Véase Anexo pp. 169-171), cantamos canciones seleccionadas del periodo de embarazo, incluimos en el repertorio su canción familiar (Chiquito mío), improvisamos música instrumental y vocal, utilizamos el canto contingente para potenciar la lectura de los padres a las necesidades de G promoviendo el contacto íntimo, utilizamos el entrainment para facilitar la succión (puesto que fue difícil la adaptación a la alimentación por biberón), hicimos relajaciones con los padres, dimos uso al cuerpo como instrumento sonoro para regular a G (Respiración, percusión corporal al ritmo del corazón, sonidos imitando la placenta), reflexionamos, hicimos contenciones emocionales y análisis/devoluciones del proceso constantemente, grabamos las canciones creadas, utilizamos principios de la estimulación multimodal¹⁷ una vez que tuvo el

¹⁷ Protocolo de estimulación, en el que se utiliza el canto y paulatinamente la guitarra, introduciendo gradualmente estímulos visuales, táctiles y vestibulares. De esta manera el bebé va aumentando su tolerancia y capacidad de autorregulación para otro tipo de intervenciones. Este protocolo es apropiado para neonatos que pueden recibir niveles mínimos de estimulación, es decir entre las semanas 30 y 32 de edad gestacional (Haslbeck, 2011; Haslbeck s/f).

desarrollo adecuado para esto, los padres siempre traían nuevas canciones y material para cantar a las sesiones, baños sonoros, grabación de mensajes para G (cuando la madre estuvo enferma, poníamos la grabación de sus mensajes), cantábamos a G las emociones que manifestaba corporalmente y se apoyaron algunas sesiones kinesiológicas, etc .

A partir de la sesión 9, la madre ya se sentía más confiada respecto de la lectura de las señales de G, en parte porque ahora podía sostenerlo (ya no estaba en incubadora además) y por las sesiones realizadas. Los padres sabían perfectamente qué cosas molestaban a G, qué instrumentos y canciones le gustaban, qué gestos hacía cuando estaba molesto e incómodo y qué pasaba con su corporalidad cuando estaba tranquilo y relajado, pudiendo también identificar las razones de por qué se encontraba así. Ya no necesitaban mirar la máquina de signos vitales para saber si su hijo se encontraba bien o no.

A medida que avanzaba el proceso, el vínculo terapéutico se iba afiatando cada vez más. Se atrevían a cantar, crear y jugar con G, me pedían conversar para expresar aquello que sentían, lo que necesitaban y proponían ideas constantemente. Pero sucedió también con el tiempo, que la salud de G iba y venía. Cuando ya estaba estable en UTIN, fue trasladado dos veces a UCIN y durante su estadía en UTI, también tuvo que ser traspasado de cuna a incubadora más de una vez.

Nadie sabía que tenía G, pues cuando parecía mejorar, retrocedía, cuando parecía que iba a comenzar a alimentarse por biberón, terminaba vomitando todo, retrocediendo más de una vez. Sus padres eran fuertes, habían pasado y aguantado mucho, pero ya habían transcurrido varios meses y mientras todos los bebés de los padres a su alrededor al fin iban a casa, ellos y G aún no podían hacerlo. Se habían convertido en los padres más conocidos de la UTI y la UCIN, porque eran los que llevaban más tiempo. Con esto, como terapeuta observaba que iban decayendo, e

intentábamos abordar en las sesiones todas las urgencias y necesidades, conteniendo emocionalmente a quien lo requiriera.

Las sesiones eran significativas, pero requerían de mayor apoyo, por lo que se sugirió a la psicóloga de la Unidad, que pudiese acompañarlos en su proceso también. Sin embargo, dada una licencia que debió tomar, esto no se alcanzó a concretar.

Mientras esto ocurría, el padre de G había comenzado a presentar crisis de pánico, la madre había enfermado antes de esto, sin poder ingresar a ver a su bebé, y G cada vez pasaba más tiempo solo en la UTIN, por lo que también fueron aumentando las sesiones individuales con él. Asimismo, los profesionales del equipo le comentaban a los padres, que lo más probable era que G tuviese daño neurológico, lo que podría tener implicancias importantes a futuro.

Motrizmente no se movía como era esperado y además tendía a fijar la mirada durante largos periodos de tiempo sin conectar con su entorno. Por lo mismo, como medida preventiva, iniciamos un trabajo principalmente de estimulación musical y apoyo motriz.

Luego de algunos meses, la fijación de la mirada comenzó a disminuir y empezó a mostrarse más reactivo, interactuando con su entorno: Reía, balbuceaba, seguía con la mirada, etc.

Pasadas algunas semanas, la madre llegaba cada vez más tarde a visitarlo y el equipo frente a esto la criticaba duramente, amenazándola con trasladarla a otro servicio. Esto había sido muy duro para ellos: ella me comentaba que estaba cuidándose, tal como habíamos hablado, porque mientras mejor estuviera, G también estaría mejor. Se sentía atacada, porque sabía que era una buena madre, siempre hacía todo lo que G necesitaba y últimamente había tenido que hacer muchos trámites que no podían ser retrasados.

Se veían, ella y su marido, cada vez más cansados, pero también más enrabados. Sentían rabia con el personal, e incluso a veces, rabia con G. Ella sentía que G no ponía de su parte para salir del Hospital. Habíamos tenido que abordar estas temáticas en terapia, dado que estaba afectando el vínculo con su bebé. Poco a poco, habían podido ver la situación de otra manera, pero continuaba siendo complejo.

Coincidió que durante esas fechas, justo un tiempo antes de que la madre comenzara a disminuir sus tiempos de visita, tomé un reemplazo en el Programa Chile Crece Contigo del mismo hospital, debiendo cambiar mis horarios de práctica. Esto en conjunto con mi trabajo en un Hospital Diurno, me habían dejado con poco tiempo y menos energía para abordar el proceso. El cambio de horario, suponía que nos viésemos con menor frecuencia con los padres, puesto que no siempre coincidíamos en las horas (en vez de 3 días a la semana, nos veíamos 2, en los que el tercer día veía solo a G).

Por otro lado, sabían que las sesiones de musicoterapia acabarían durante ese mismo mes, lo que los afectaba bastante según decían, porque sospechaban también, que ellos quedarían en el hospital luego de que me fuera.

Para ir cerrando el proceso, continuamos trabajando el vínculo con G y su madre desde un lugar amoroso y placentero, creando canciones que le pudieran servir para trabajar aspectos que aún no se habían logrado completamente durante mi estadía, con la idea de que quedasen con más herramientas para los meses venideros.

La última sesión con G y sus padres, expresaba de manera casi caricaturesca, las experiencias que deben vivir los padres dentro del contexto hospitalario: cambiantes, rápidas y complejas.

Antes de que llegaran, me senté al lado de G y le conté lo que sucedería de ahora en adelante. Le conté cómo había sido el proceso, lo que ahora sucedería y él me miraba atento y tranquilo. Cuando llegaron sus padres, reflexionamos respecto del proceso musicoterapéutico, lo que había significado para ellos y lo que había observado en el curso del tiempo.

Posterior a esto, le ofrecí a los padres que decidieran qué hacer en esa ocasión (yo tenía una propuesta como plan b). Me pidieron que hiciéramos un recorrido de su estadía en el hospital, a través de toda la música que habíamos cantado y creado para su bebé.

Llegamos a la mitad de la primera canción (a la madre le corrían lágrimas de emoción), pero el proceso fue interrumpido por los radiólogos, quienes ingresaron dos veces a la unidad, debiendo salir todo el personal y visitas. Cuando al fin pudimos volver con G, se encontraba durmiendo. Conversamos afuera acerca de lo sucedido, de cómo la vida y la evolución de G era justamente de esa manera, inesperada, pero lo importante era qué hacer con eso.

Para finalizar el proceso, les regalé una canción creada para ellos y al escuchar las palabras dedicadas, la madre de G lloraba mientras su marido la abrazaba (véase Anexo p. 174). Fue así que luego, nos entregamos palabras de afecto y cariño, en referencia a la experiencia que habíamos vivimos juntos y ellos me entregaron un regalo para simbolizar lo vivenciado, invitándome nuevamente a cantar la canción de G, cuando realizasen su bautizo.

Cuando se fueron, volví donde G y me despedí comentándole que pronto nos veríamos en su bautizo, que luego de un encuentro con los padres fuera del Hospital, fue agendado para marzo del 2018.

❖ **La influencia bidireccional entre los distintos sistemas:**

En este caso es evidente lo que sucede cuando un bebé nace prematuro, consecuencias que ya he discutido previamente. Sin embargo, la “sobrestadía” en el ambiente hospitalario, agrega una serie de consecuencias distintas para el bebé y su familia.

En el caso de los padres de G, la comparación de su bebé con el de otros, la búsqueda de alguien en quien poner la responsabilidad de esto (en G, en el equipo, etc), la representación mental distorsionada de G al pensar que no ponía de su parte para recibir el alta, la fatiga, entre otros, son elementos que van mermando la vinculación entre los padres, su bebé e inclusive el personal.

Sumado a lo anterior, las decisiones del musicoterapeuta dentro y fuera del hospital, influyen en el sistema familiar durante el periodo de tiempo que la familia está en el servicio.

Cuando tomé el reemplazo en el programa Chile Crece Contigo, jamás pensé en las repercusiones que podría tener esto en el proceso terapéutico con G y sus padres. El aumento de mi jornada laboral, el cansancio y el cambio de horarios que realicé en la práctica, fue un factor, me atrevería a decir, de riesgo para el proceso musicoterapéutico que se estaba llevando a cabo.

Todo lo expuesto, tiene que ver principalmente con la forma en la que distintos sistemas influyen al bebé, incluso, el momento y la manera en la que interactúan entre si, tal como propone el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.

Valga la redundancia, las decisiones tomadas por la musicoterapeuta, fuera del contexto de las sesiones; las vivencias y experiencias de los padres fuera y dentro del hospital; las percepciones, decisiones y aproximaciones de los integrantes del hospital a la familia; lo que sucede con otras familias de la unidad, son elementos que impactan directamente en el funcionamiento familiar de G y por tanto en su propio desarrollo.

Son los mesosistemas y su interacción, los que agregan un contexto aún más estresante para los padres de G, quienes evitan a modo defensivo, el pasar tanto tiempo en el hospital.

Por lo mismo, fue relevante usar el espacio musicoterapéutico, desde las experiencias sanas ya creadas, como un puente interdisciplinario, con el fin de beneficiar a G y su familia, sin adoptar una figura de juicio frente a estos, ya que esto había influido negativamente en su funcionamiento, que ya estaba siendo alterado. De este modo, se retoman espacios añorados por los padres antes de cerrar el proceso y se genera nuevamente la derivación pertinente a la nueva psicóloga de la Unidad una vez finalizado el proceso, acogiendo las frustraciones, temores, y tristezas de los padres de G.

VI. Síntesis y Evaluación del proceso

6.1 Evaluación Resultados Caso I: “J”

1. Igualar el ritmo de succión al de la música tocada en vivo por el musicoterapeuta por un periodo de tiempo mayor al usual para J.

Se logró en aquellas ocasiones en las que se trabajó succión no nutritiva por medio del entrainment. Al final del proceso de musicoterapia, J se alimenta por pecho materno y biberón, sin requerir el uso de sonda alimentaria.

2. Adaptación de J al hospital y luego al hogar por medio de experiencias musicoterapéuticas junto a sus padres.

Se otorgó a J por medio de sesiones musicoterapéuticas, la prolongación de experiencias intrauterinas, para luego transitar gradualmente a las dos adaptaciones que debió hacer, en especial la referida a su futuro hogar.

El facilitar estos espacios que conectan con lo sano, permitió a los padres profundizar, integrar lo positivo y lo negativo, jugar, disfrutar y olvidar dónde se estaba, y al mismo tiempo, les permitió proyectar lo aprendido al periodo de post egreso, haciendo uso de todos los recursos musicoterapéuticos y propios, obtenidos o reconocidos a lo largo de las sesiones. A modo de ejemplo: El uso de canciones y melodías utilizadas en musicoterapia para calmar a J, una vez que llegan a casa.

3. Promoción de espacios de expresión emocional, en la que los padres de J puedan integrar, conectarse y manifestar aquello que sienten por medio de experiencias musicoterapéuticas, con el fin de disminuir estrés y ansiedad paterna/materna.

Si bien al comenzar el proceso, los padres tuvieron dificultades para expresar emociones consideradas por estos como negativas, al final pueden y desean hacerlo.

Al encontrarse en situación de riesgo, todo lo que sucedió en las sesiones musicoterapéuticas impactó con mayor fuerza en la triada. Esto significó que las emociones positivas emergentes de las sesiones, fuesen vividas con mayor intensidad, he ahí la razón de llamarles espacios de expansión emocional, porque de alguna manera permitieron transportarse a un lugar diferente, conectándose con las emociones negativas del momento, pero posibilitando a la vez, experiencias placenteras y gratificantes a modo de generar la armonía.

La musicoterapia en este caso, abrió un campo en el que los padres pudieron expresarse, vivenciando al mismo tiempo, experiencias de bienestar dentro de un contexto que no se los permitía de otra manera, disminuyendo la ansiedad y el estrés experimentado.

4. Disminución de sintomatología ansiosa en los padres de J, a través de relajaciones y técnicas corporales, para poder conectar con su bebé desde un lugar saludable.

Luego de masajes y relajaciones, los padres lograron liberar tensiones corporales que potencialmente podrían haber sido ser traspasadas a J. Esto se evidencia en su discurso: “Ya no me duele la espalda” “ Me relajé”, etc.

5. Reconocimiento de señales no verbales y preferencias de J por parte de sus padres, durante experiencias musicoterapéuticas.

Se creó el contexto propicio para la gestación de conductas de apego sanas, ya que la representación mental que los padres tenían de su bebé, se transformó a una positiva y realista. Esto sucedió una vez que tuvieron la posibilidad de conocerla en un contexto distinto, lo que fomentó la sensibilidad comunicativa. En otras palabras, la lectura asertiva de las señales y gestualidades de J, promoviendo su salud presente y a futuro.

A la vez, las sesiones permitieron a J demostrar aquello que sentía y gustaba, dando a conocer su identidad, aunque en formación, a sus padres, quienes al final del proceso reconocían signos de sobreestimulación, pero también preferencias sonoro-musicales de J.

6. Respuestas asertivas de los padres a las señales de J, durante las experiencias musicoterapéuticas.

La madre desde un comienzo logró, leer y responder de manera asertiva a su bebé. El padre en cambio, durante las primeras sesiones presentó dificultad para comprender y responder adecuadamente, logrando si, reparar a tiempo.

Es recién cuando el padre pudo expresar emociones y temores con respecto a su bebé, que dejaron de interferir de la misma forma que al inicio. Es decir, si bien aún anticipaba ciertas conductas de la bebé por temor a dañarla (“va a llorar, va a despertar, no le gustó, conmigo no se calma”, etc), tendieron a ser más cercanas a la realidad que en un principio, participando sin frenarse, a pesar de sus temores.

7. Promover la participación del padre, no solo desde su rol como pareja, sino como padre de J, durante las experiencias musicoterapéuticas.

Se trabajó desde un enfoque primordialmente familiar, haciendo inclusión del padre a todas las sesiones que este pudiese participar.

El padre se presentaba únicamente como el sustento económico y emocional de su pareja, pero luego de un tiempo logró expresar qué le sucedía a él respecto de su parentalidad, participando en la mayor parte de las sesiones.

8. Empoderar a los padres respecto de su propia terapia a lo largo del proceso, permitiéndole a través de las experiencias musicoterapéuticas tomar decisiones.

Los espacios musicoterapéuticos permitieron a los padres tener el control sobre su estilo parental, empoderándolos a tomar decisiones de cómo hacer su propia terapia (decidir instrumentos, intervenciones, si deseaban la terapia o no). En consecuencia, esta fue otra vía para fomentar la formación de un vínculo sano, a la vez que un desarrollo biológico con menor tendencia a evolucionar en patologías o estructuras cerebrales que llevasen a maladaptaciones neuroconductuales.

El musicoterapeuta se transformó en un facilitador, que temporalmente fue parte del sistema familiar, constituyéndose en una suerte de equipo, que permitió a los padres liderar su proceso, validando y entregándoles roles equivalentes a cada uno de los integrantes, lo que repercutió inmediatamente en la madre y el bebé.

Para mayor comprensión del logro de objetivos, se recomienda revisar Anexo p. 155.

6.2 Evaluación Resultados Caso II: “V”

Si bien planteo una serie de objetivos trazados al comienzo del proceso musicoterapéutico, a lo largo de nuestros encuentros hubieron sesiones que tuvieron objetivos acotados y específicos, puesto que trabajar en el contexto hospitalario está supeditado a cambios constantes a nivel de salud física y mental, recurso humano y otros condicionantes.

1. Potenciar el reflejo de succión y los comportamientos alimentarios de V, mediante el uso de recursos musicoterapéuticos.

Se logró, pudiendo V sincronizar su succión al tempo de la música del terapeuta y de su madre cuando se trabajaba succión nutritiva y no nutritiva. De modo tal que, pasó de succión con chupete y sonda alimentaria, a pecho materno, y luego biberón, sin mayor dificultad.

2. Contribuir a la regulación de aspectos fisiológicos de V, tales como la respiración, el ritmo cardíaco, la presión arterial y la saturación de oxígeno, durante y luego de las sesiones a través de técnicas musicoterapéuticas.

Esto se logró primordialmente realizando un trabajo vincular a través del cuerpo y el uso de la música.

3. Contribuir a la regulación de estados comportamentales de V: ciclos de sueño, estrés, tiempos de calma activa y llanto inconsolable, por medio de técnicas musicoterapéuticas.

4. *Reducir síntomas de estrés y ansiedad materna-paterna por medio del uso terapéutico de la música y el cuerpo, desarrollando recursos para dar respuesta a las necesidades de V.*
5. *Promover espacios de expresión emocional en la que ambos padres puedan manifestar aquello que viven por medio de experiencias musicoterapéuticas.*
6. *Fomentar a través de técnicas musicoterapéuticas, lecturas y respuestas asertivas a las conductas de V, como un medio para favorecer el desarrollo mental, cognitivo, físico y emocional de este.*

Los objetivos 2, 3, 4, 5 y 6 se entrelazaron más evidentemente en este caso, siendo indisociables unos de otros. En este sentido, notamos como en un inicio, la madre estaba invadida por sus emociones que eran transmitidas por medio de su corporalidad, gestos faciales y tono de voz a su bebé, sin necesidad de que existiese un contacto físico. Lo que generó la desregulación de los signos vitales de su hijo.

A medida que la madre de V iba elaborando y expresando estos aspectos verbal y corporalmente, V también comenzaba a aprender otros modos de funcionamiento, más desde la calma, confiando en su madre como una figura de apego a la que podía acudir para lograr la seguridad requerida, por ejemplo, por medio de la voz de esta. Esto se dio en la medida que la madre también comenzaba a comprender de forma más clara las necesidades de su bebé, a la vez que entender el impacto que ella tenía sobre él y viceversa. Este feedback constante, podía llevar a respuestas negativas y/o positivas.

Lo mencionado se fue dando en un contexto que permitía la expresión corporal, emocional y mental de la madre, dada por las experiencias musicoterapéuticas (sobre todo el uso de la voz cantada, la expresión corporal y la psicoeducación), que permitieron facilitar este

proceso de contención y expresión. Pero por sobretodo, en la confianza depositada en las capacidades de la madre, a pesar de la visión general del equipo.

Se observa más hacia el final que ambos lograron regularse de manera efectiva y disfrutar de los momentos compartidos, sin verse inundados por emociones como la tristeza, la culpa o la rabia, lo que impactó directamente en los signos vitales de V, pero también en el desarrollo saludable de ambos.

Se mostraron cada vez más tranquilos, alegres y saludables, pasando de incubadora a cuna, alimentación por pecho y así sucesivamente, hasta irse a casa.

V transitó de la intranquilidad cuando escuchaba la voz de su madre, acelerada, atonal y aplanada (se escucha la tristeza en su voz), a tranquilizarse con esta a lo largo de las sesiones, tornándose la voz de ella en una más pausada y con tonalidades mayores, lo que tuvo efectos positivos en su bebé (regulación de signos vitales), por sobre el uso de los instrumentos, que era algo a lo que se apuntaba en las intervenciones.

Esto fue impactando en la modalidad de las sesiones y en el curso de estas. Al final del proceso por ejemplo, ella ya no requería tener sesiones solo para si, ni tampoco los momentos del inicio para ella.

La musicoterapia brindó la posibilidad de trabajar sobre aspectos no verbales, como: el tono de voz, tempo, tensiones corporales y vocales, que siendo observadas y mediadas por el musicoterapeuta a través de relajaciones, modulación del tempo cuando se cantaba en vivo, empoderamiento de los padres a partir de la información entregada, etc, que permitieron a V y su madre, transitar a un estado de mayor salud y sensibilidad comunicativa para la regulación de los signos vitales, vínculo y un desarrollo sano, en conjunto con el resto de los objetivos.

7. Inclusión de otros familiares relevantes para el sistema al proceso musicoterapéutico, como un medio de apoyo emocional para la madre y V.

La inclusión de los demás miembros del sistema familiar (tías, abuelos/as), sólo pudo ser alcanzado a través de experiencias musicoterapéuticas orientadas a esto (improvisación musical para representar a familiares, elección de canciones por abuelas, etc), fortaleciendo las redes de apoyo y permitiéndole a ellos también formar parte del proceso, algo que agradecieron cuando nos reencontramos luego de la hospitalización en el cumpleaños de V.

6.3 Evaluación Resultados Caso III: “G”

A medida que se fueron cumpliendo los objetivos propuestos al inicio, comenzaron a aparecer nuevos elementos con los que trabajar, dada la complejidad del caso. Por lo mismo, a pesar de que se empezó haciendo hincapié en que los padres conocieran mejor a su hijo, con el tiempo se tornó punto focal del tratamiento: a) El vínculo saludable entre G y sus padres, ya que sobretodo hacia el final del proceso, la representación mental que tenían de su bebé se encontraba distorsionada; b) la expresión emocional de los padres; c) y la estimulación de conductas nutritivas, motrices y cognitivas adecuadas para la edad de G, apoyando el trabajo kinesiológico y fonoaudiológico efectuado por los profesionales de la unidad.

1. Potenciar el reflejo de succión y los comportamientos alimentarios de G, mediante el uso de recursos musicoterapéuticos.

G se caracterizó por su dificultad para alimentarse exclusivamente por biberón, teniendo un régimen mixto de sonda nasogástrica y biberón. No succionaba durante largos periodos y vomitaba lo ingerido.

Se estimuló la succión no nutritiva y nutritiva por medio de improvisaciones y canciones creadas por la madre, haciendo uso de entrainment. G logró durante las intervenciones, succionar al ritmo de la música, prolongando el tiempo de alimentación por biberón.

Una vez que reflujos fueron tratados médicamente, G pudo beber completamente del biberón.

2. Proveer espacios musicoterapéuticos de apoyo a la estimulación motriz y cognitiva, con el fin de prevenir retraso neurológico de G.

Luego de reiteradas sesiones de estimulación musical, G pasó de un estado en el que conectaba poco con su mundo circundante (mirada fija, poca reactividad a estímulos), teniendo también un ánimo irritable, a reaccionar notoriamente a juegos musicales e interacciones con el musicoterapeuta y otras personas, riendo y manteniendo un ánimo más estable.

Es posible que lo anterior se haya logrado por: desarrollo evolutivo neurológico de G, sesiones de kinesioterapia, sesiones de musicoterapia, interacción con padres y personal, etc.

3. Reducir síntomas de estrés y ansiedad materna-paterna por medio del uso terapéutico de la música, desarrollando recursos para dar respuesta a las necesidades de G.

Esto se logró sobre todo al principio del proceso, pero una vez que la condición de G empeoró, la ansiedad de los padres solo disminuía durante y luego de las sesiones. Aún así,

hicieron uso de técnicas aprendidas en sesiones cuando sentían angustia fuera del hospital, lo que podría ser visto como una prolongación del espacio musicoterapéutico en el hogar.

4. Promover espacios de expresión emocional en la que ambos padres puedan manifestar aquello que viven por medio de experiencias musicoterapéuticas.

Los padres usaron el espacio musicoterapéutico durante todo el periodo de tratamiento, buscando reflexionar y expresar verbal y musicalmente aquellas emociones surgidas de la hospitalización de G, comentando sentirse aliviados después de las sesiones.

5. Fomentar a través de técnicas musicoterapéuticas, lectura de señales de G y respuestas de apego seguro por parte de sus padres, como un medio para favorecer el desarrollo mental, cognitivo, físico y emocional de este.

Luego de varias sesiones orientadas a conocer las preferencias de G, sus características y reacciones frente a distintas sonoridades; sus respuestas a canciones y otras modalidades de contacto con él, los padres aprendieron a reconocer: señales de sobreestimulación, qué instrumentos le agradaban, cuáles lo activaban y cuáles lo relajaban. Sin embargo, y a medida que los tiempos de hospitalización se extendían por la variabilidad de su estado de salud, la interacción contingente entre los padres y su hijo, comenzó a ser movilizada por creencias distorsionadas en relación a éste (dadas por el duelo vivido). Esto fue trabajado a lo largo de reiteradas sesiones, en las que los padres pudieron reflexionar y resignificar estas creencias, iniciando un trabajo interdisciplinario con la psicóloga del programa Chile Crece Contigo, una vez finalizado el proceso de musicoterapia.

6. *Promover la participación del padre, no solo desde su rol como pareja, sino como padre de G, durante las experiencias musicoterapéuticas.*

La expectativa del padre cuando dimos inauguramos el proceso, fue que las sesiones de musicoterapia estuviesen destinadas a su pareja, a quien él estaba dedicado a apoyar. Desde el espacio musicoterapéutico, se promovió la participación de ambos equitativamente, posterior a una profunda reflexión en torno a los roles de género en una de la sesiones llevadas a cabo. A partir de ese momento, el padre de G hizo uso del espacio musicoterapéutico como un recurso no solo para su pareja y G, sino que también para él.

7. *Empoderar a los padres respecto de su propia terapia a lo largo del proceso, permitiéndoles tomar decisiones por medio de las experiencias musicoterapéuticas.*

Los padres lograron empoderarse del tratamiento, lo que se expresó hasta la última sesión, tomando decisiones y optando cuándo o no realizar las intervenciones musicoterapéuticas.

Para mayor comprensión del logro de objetivos, se recomienda revisar Anexo p. 158.

6.4 Evaluación General del Proyecto de práctica

Se entregó al término del proyecto de práctica un total de 14 encuestas (véase Anexo p. 149), con el fin de poner en evidencia la perspectiva del personal administrativo, técnico y profesional en cuanto al impacto de la musicoterapia en la Unidad de Neonatología. Ésta fue

desarrollada en seis ítems referidos a: Apego, Estrés y ansiedad, Desarrollo físico, cognitivo y emocional del bebé, Regulación signos vitales, Regulación estados comportamentales y Respuesta del personal/ambiente sonoro. Cada uno de estos contenía preguntas específicas a evaluar, para lo que se utilizó la Escala Likert, que va desde “Muy bueno”, “Bueno”, “Regular”, “Poco”, a “Muy poco”.

Con respecto al Item Apego: 59,5 % de las respuestas fueron evaluadas “Muy Bueno”, 30,9% “Bueno”, 7,83 % “Regular” y 1,1% “Poco”.

Item Estrés y ansiedad: 62,2% de las respuestas fueron evaluadas “Muy Bueno”, 32,6% “Bueno” y 5,1% “Regular”.

Item Desarrollo físico, cognitivo y emocional del bebé: 57,1% de las respuestas fueron evaluadas “Muy bueno, 32,1% “Bueno”, 8,03 % “Regular” y 1% “Muy poco”.

Item Regulación signos vitales: 76,7% de las respuestas fueron evaluadas “Muy Bueno”, 23,21% “Bueno”.

Item Regulación Estados comportamentales: 49,2% de las respuestas fueron evaluadas “Muy Bueno”, 24,6% “Bueno”, 13% “Regular”, 10,1% “Poco” y 2,8% “Muy poco”.

Item Respuesta del personal y Ambiente sonoro: 51,8% de las respuestas fueron evaluadas “Muy Bueno”, 17,94% “Bueno”, 7,6% “Regular”, 12,82% “Poco” y 10,25% “Muy poco”.

Además, se añadió una sección de preguntas orientadas a las opiniones del personal en torno a la repetición de la experiencia, sugerencias, e intereses en torno a la temática.

Todas las opiniones en relación con la repetición de la experiencia de práctica de musicoterapia en la unidad fueron favorables: Sensaciones agradables para el personal al escuchar instrumentos y cantos, observación de que los bebés que son intervenidos por medio de la musicoterapia se calman, beneficioso para los bebés y padres, repercusiones positivas en la conducta de los pacientes, padres y personal, percepción de que aquellos padres que participan de musicoterapia se encuentran muy involucrados, visualización de efectos positivos en el desarrollo de los bebés y en la vinculación de estos con sus padres de manera notoria, inclusión de la figura del padre a los cuidados del bebé, mejoramiento del ambiente laboral favoreciendo participación del personal en el desarrollo de las sesiones, favorece el desarrollo neuromotor de los bebés intervenidos, ayuda con la recuperación de los bebés, interés al descubrir cómo la música logró disminuir el estrés y ansiedad de ciertos pacientes y motivar a los padres y funcionarios a conectarse con el arte, entregando paz, tranquilidad y armonía.

Si bien desean que se repita la experiencia, existe la percepción de que al personal le es difícil participar por la alta carga laboral, observan que el hacinamiento de la unidad puede afectar el efecto de los tratamientos, por lo que dos equipos de musicoterapia simultáneos no es lo idóneo en términos de espacio y contaminación acústica.

En cuanto a las sugerencias del personal se encuentran: Hacer más participe a los funcionarios, enseñándoles técnicas para cuando el equipo de musicoterapia no se encuentre en el servicio; Apoyo de las musicoterapeutas a las terapias de succión nutritiva y kinesiterapia motora, aprovechando el valor sensorial de la terapia; Mejorar coordinación de horarios para realizar sesiones cuando haya menor circulación de personas en la unidad; Sesiones más frecuentes y atención a mayor cantidad de pacientes; Instruir más al personal sobre la iniciativa;

Incorporar al personal para que toquen instrumentos y creen canciones para las madres; Compartir con personal resultados de la intervención socializando la metodología de trabajo.

Para finalizar, el equipo de la Unidad plantea como intereses en relación a la musicoterapia: Conocer resultados y parámetros de los pacientes intervenidos; Conocer el efecto a largo plazo de los bebés intervenidos; Conocer herramientas que el personal podría utilizar para influenciar por medio de la música a los pacientes; Realizar musicoterapia a los funcionarios, con el objetivo de disminuir estrés y angustia; Interés en colaborar.

En síntesis, se obtuvieron resultados que fueron visualizados en su mayoría de manera positiva por el equipo. Estos resultados incluyeron la evaluación de los tratamientos realizados por las dos musicoterapeutas en práctica que estuvimos en la unidad. Las opiniones dan cuenta de los logros, pero también de aspectos que deben ser reforzados para una próxima ocasión, en donde usuarios/as y personal, puedan comprender que la musicoterapia no se trata de simplemente aplicar técnicas y modelos. Es sobre un proceso que se sustenta en la relación que se crea entre el paciente, su familia y el musicoterapeuta, tomando las necesidades que surgen a partir de estos, co-construyendo los objetivos, el espacio y tiempo propicio para abordarlos.

VII. Conclusiones

7.1 Fortalezas y Debilidades

Aunque me quede un largo camino que recorrer aún, mirando hacia atrás, poco cambiaría respecto de mi proceso de práctica. Fueron los mal llamados errores, los que hoy en día me permiten situarme desde un lugar en el que puedo observar, aprender e inspirarme para lo que sigue en mi camino como musicoterapeuta.

El informarme antes y durante mi proceso de práctica, me dio la seguridad para embarcarme junto a los padres de la unidad, en procesos llevados a cabo seriamente, pero también me entregó márgenes sobre los cuales trabajar y frescura en el proceso cuando habían ocasiones en las que la terapia se encontraba estancada en algún punto.

La flexibilidad, el humor, la calidez, el compromiso profesional y los vínculos auténticos formados tanto con los profesionales de la unidad, como con los padres y sus bebés con quienes tuve la oportunidad de trabajar, me permitió navegar con mayor facilidad en las sesiones, estructurando tratamientos hechos a la medida para cada uno, lo que tenía un impacto incluso cuando el número de sesiones que se alcanzaban a realizar eran bajos. Fueron también estos vínculos auténticos y profundos, que permitieron que el encuadre se proyectase más allá de la Unidad de Neonatología, siendo invitada por los padres a cumpleaños, bautizos y reuniones con los bebés.

La inclusión de las tecnologías a las intervenciones por medio del grupo de whatsapp, fue un detalle que realzó los aspectos trabajados durante las sesiones musicoterapéuticas. Hasta el

día de hoy ningún padre o madre ha borrado su grupo de musicoterapia del teléfono y escriben para dar noticias respecto de sus bebés, a pesar de ya no estar en el complejo hospitalario.

Fue fundamental también, tener un enfoque empoderador e igualitario del rol tanto del padre como de la madre en los cuidados del bebé, porque facilitó la emergencia de nuevos elementos para las intervenciones: toma de decisiones por parte de la madre y el padre (tratamiento no asistencialista), mayor protagonismo de los padres (género masculino), aparición de temáticas relacionadas con el vínculo de pareja, entre otros.

Algunos aspectos que dificultaron el proceso, de los cuales pude abstraer aprendizajes, fueron aquellos relacionados principalmente con la rigurosidad de registro y evaluación utilizada para el tratamiento. En primer lugar, la elección de instrumentos de evaluación, debiese estar orientada a evaluaciones que el profesional conozca y maneje. En este caso escogí el STAI, escala estandarizada para medir el nivel de ansiedad de los padres. Estos tendían a perderla, en ocasiones no comprendían el vocabulario y al mismo tiempo, no se pudo puntuar de manera adecuada por falta de material (manual), perdiéndose estos datos que aportan mayor objetividad a los resultados.

Además, la encuesta confeccionada para padres de los usuarios, que fueron aplicadas al término del tratamiento, constaban de preguntas que apuntaban a las mismas respuestas, siendo redundante, por lo que en una próxima ocasión sería importante revisar esto (Véase Anexo p. 154).

En lo que respecta a este mismo punto, sería relevante también, ocupar una misma estrategia para que los padres respondan la encuesta, ya que en el caso de J y G la encuesta fue a

través de una entrevista directa, mientras que en el caso de V, se entregó la encuesta para ser respondida de forma escrita, sin ser devuelta por los padres (motivo por el que no se encuentra en los anexos).

En segundo lugar, el tipo de material utilizado para registrar las sesiones debiese ser corto y preciso. Al inicio confeccioné un registro de sesión extenso y detallado, por lo que tuve que cambiar la modalidad de registro en el camino, dadas las condiciones de trabajo.

Con respecto a las grabaciones, hubieron ocasiones en las que no se grabaron videos/ audios, por hacer uso de la música del mismo dispositivo de grabación (celular), y también por sugerencia del personal, al no contar con la aprobación del hospital (a pesar de sí tener el consentimiento informado de los padres), perdiéndose algunos registros objetivos que ayudan a valorizar el proceso.

En tercer lugar, aunque se realizó una inducción al equipo de la Unidad, respecto de lo que haríamos con mi compañera de práctica, siendo incluidos también en algunas intervenciones y conversaciones, hizo falta más espacios para que comprendiesen el uso de la musicoterapia. Si bien creo que esto se logró, me parece que no en profundidad o como el personal hubiese esperado, evidenciado en las respuestas de la encuesta al personal.

En cuarto lugar y referido al rol musicoterapéutico, un aprendizaje importante obtenido, fue no depender de las máquinas al momento de intervenir con los bebés y sus padres, puesto que era más importante observar su corporalidad. Esto lo logré una vez que me sentí con mayor confianza y con menos temores en relación a dañar a los bebés derivados. Finalmente, cuando se trabaja con otros, se trata de conectar con ese ser desde un lugar auténtico, con la menor cantidad de interferencias posibles.

7.2 Reflexión Final

Ser musicoterapeuta, conlleva observar lo sonoro, pero también lo silencioso. El silencio, a veces dice más que lo que suena, porque permite ver los diálogos invisibles y tomar consciencia del bagaje que trae cada persona. La propia historia, la historia de otros, lo que sucede en casa fuera del hospital, lo que sucede con abuelos, hermanos, tíos, lo que pasa entre los funcionarios y profesionales del hospital, entre estos y las familias o bebés que están en la unidad, lo que ocurre entre las distintas madres y padres que están en este espacio. Porque todo esto, influye en las sesiones que se harán y en lo que pase con ese bebé, esa mamá, ese papá.

Una canción creada por las distintas madres de la unidad, en conjunto con las profesionales, técnicos y funcionarias, para un bebé que está por irse, tal como se hizo en una oportunidad, une y resuena. Esa canción favorita, en la que se acompaña musicalmente a una matrona durante su largo turno, une y resuena. La improvisación musical que hicimos con mi compañera de práctica, los doctores, matronas, técnicos y madres, para los bebés de la unidad, cantando sus nombres, une y resuena. Cuando se canta con una madre a su bebé, la canción que la abuela escoge para este, une y resuena. Cuando una madre está enferma y no puede ver a su bebé, la grabación de un mensaje para éste, hace la diferencia. La musicoterapia unifica cuando pareciera haber distancia y resuena, dejando una huella, porque no es ajena a lo que ocurre alrededor y porque la música comulga y perdura. El musicoterapeuta, debe tener esto presente.

Se dice que la magia no existe, que se trataría de una ilusión. Sin embargo, trabajar con un sistema familiar que está en formación continua, que sufre sacudidas y que se encuentra en un

contexto que difícilmente puede contenerlo, requiere de generar experiencias casi mágicas, pseudomágicas.

Las intervenciones destinadas a bebés prematuros y sus padres, requieren de algo que los transporte de este lugar tan amenazante y ambiguo en el que se encuentran. Si este espacio no existe, decrece la probabilidad de generar factores protectores para que ese niño/a y su familia no se vean trasquilados, afectando aspectos como el apego, la estabilidad biológica del bebé, la emergencia de trastornos a futuro, el neurodesarrollo y la sanidad mental de los padres, arriesgándose todo en este momento.

La musicoterapia en este contexto, es un campo intersubjetivo de relación, que sirve como un lugar de contención. Una “isla” positiva y replicable, dentro de un ambiente impredecible (Austin, 2011).

Es dentro de esta isla que la magia sucede y al emerger, poco a poco comienza a teñir otros elementos a distancia, permitiendo fortalecer el potencial de la triada y prevenir estos riesgos. Y es que a través del vínculo terapéutico y de la música como co-terapeuta, que se abre un mundo en que los padres pueden expresar temores, preocupaciones y penas, a la vez que disfrutar de la experiencia de estar con su bebé. Ya no solo se trata de sufrir, de temer, sino que también de disfrutar y al disfrutar transmiten a sus hijos/as la belleza de estar vivos. Los padres comienzan a calmarse, a reír, a soñar y con esto se abren las puertas a nuevas posibilidades. Ya no solo miran a su bebé como la fuente de algo terrorífico que puede suceder, sino que de todo lo que es y todo lo que puede ser posible. Los bebés a su vez responden a esto: también se calman, se alimentan, incluso sonríen, disfrutan y se duermen. La triada aprende a funcionar como un

sistema sano, donde también, cada individuo aprende a ser sí mismo, transformándose y empoderándose.

El musicoterapeuta inicia su práctica poniendo en juego los conocimientos obtenidos previamente. Quizás busque en su “gorro mágico” elementos de la musicoterapia creativa como el canto contingente o el enmascaramiento del sonido, intentando ser sensible a lo que ocurre en el momento. Quizás desee seguir las palabras de Benenzon o el Método RBL, intentando dar al bebé aquella continuidad de la experiencia dentro del útero, pretendiendo facilitar un desarrollo más sano para este. Puede que incluso quiera incorporar al padre en las intervenciones tal como propone Ettenberg, dado que socialmente casi no se le da un rol dentro de la relación de apego con su hijo/a. Todo esto lo puede realizar para satisfacer objetivos variados: Psicológicos (desarrollo del si mismo, elaboración del duelo), Emocionales (Identificación, expresión y regulación de emociones), Neuroconductuales (gasto energético), Fisiológicos (regulación de signos vitales), Ambientales, Sociales (apego), y Físicos (reflejo succión, patrones de sueño).

Las posibilidades teóricas dentro de ese “gorro” son infinitas y maravillosas, pero lo que realmente cuenta, es desarrollar una sensibilidad adecuada para saber qué es lo que ese sistema familiar requiere realmente. Esa familia y ese bebé, no son espectadores de un truco de magia, sino que desean y necesitan ser partícipes de estos momentos y hay que permitirlo. La imposición no cuenta, el control no vale, pues la musicoterapia debe marcar la diferencia. El control y el tempo con que lleven su proceso está en ellos y debemos ser pacientes, somos simples facilitadores. Ese bebé y esos padres podrán aprender mucho del proceso musicoterapéutico y uno como terapeuta, también aprenderá de ellos.

La sensibilidad está en la lectura, pero también en acompañar a esa familia para que de sus primeros pasos y puedan maravillarse con la creación.

Cuando trabajamos en estos contextos se debe ser humilde, hay que dejarse sorprender y usar recursos no solo musicales, sino que humanos también. Se debe ser auténticos y aunque podamos llevar la risa, la belleza y el placer, a los lugares más inhóspitos, debemos ser serios al respecto. Porque allí, a diferencia de otros lugares en los que la esencia de cada persona se enmascara, allí se encuentra expuesta. El musicoterapeuta se tendrá que contactar con la fragilidad de la vida, pero también con el potencial de esta. Allí está la importancia de conocerse, amarse, energizarse con la vitalidad propia, ya que si el terapeuta no cuenta con esta vitalidad, mucho podrá recibir, pero poco tendrá para entregar.

A veces tendremos la sensación de estar facilitando la creación de espacios como los que ya he mencionado, pero en otros consideraremos que ciertas intervenciones no tienen impacto. Con el tiempo nos daremos cuenta que incluso pequeños detalles, valen más para los usuarios y sus padres, de lo que podríamos siquiera imaginar. Pero esto solo sucede cuando se facilitan experiencias musicoterapéuticas, valga la redundancia, con objetivos terapéuticos, de forma profesional e informada.

Para finalizar, me gustaría hacer mención del Trisquel, símbolo proveniente de la simbología celta. Se trata de un motivo artístico que contiene tres espirales unidas desde su centro. Se dice que era un símbolo sagrado utilizado por los druidas para aliviar y sanar enfermedades. Representa el equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu; entre el pasado, el

presente, y el futuro, manifestando el principio y el fin, la perpetua evolución y aprendizaje de todo ser.

El ejercicio musicoterapéutico es como este símbolo, un proceso de aprendizaje, de evolución, en donde hay que mirarse, cuidarse como profesional para poder estar con un otro. Si se logra esto, nos acercaremos más a estar en el centro de estos tres espirales, para apoyar a un otro en su proceso, buscando la salud por medio de la “armonía musical”.

VIII. Referencias Bibliográficas

- Austin, D. (2011). *Voicework in Music Therapy: Research and Practice* (1a Ed.). Londres, Inglaterra: Baker, F. & Uhlug, S.
- Benenzon, R. (2002). *De la Teoría a la Práctica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Bleichmar, D. E. (2009). Una Teoría sobre el Conocimiento Intersubjetivo Implícito. *Revista Clínica y Salud* 20 (3), 211-224.
- Bruscia, K. (2010). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. España: Editorial Agruparte.
- Bourbeau, L. (2000). *Obedece a tu cuerpo: Amate*. España: Editorial Sirio.
- Crowell J.A., Waters E. y Szajnberg N. (1995). *Implications of Attachment Theory for Infants and Preschoolers Who Require Hospitalization*. Springer, Nueva York: Eder R.A. Craniofacial Anomalies.
- Cyrlunick, B. (2014). *Cuando el niño se da muerte*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Davis, W., Gfeller, K. y Thaut, M. (2008). *An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice*. Estados Unidos: American Music Therapy Association.
- De Toro, M. (2000). *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid, España: Morata.
- Eliacheff, C. (1993). *El Cuerpo y la Palabra: Ser Psicoanalista con los más pequeños*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Ettenberger, M., Odell-Miller, H., Rojas Cárdenas, C., Torres Serrano, S., Parker, M. y Camargo, S. (2014). Music Therapy With Premature Infants and Their Caregivers in

Colombia: A Mixed Methods Pilot Study Including a Randomized Trial. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 14 (2), 1-28.

Ettenberger, M., Rojas, C., Parker, M. y Odell- Miller, H. (2016): Family-centred music therapy with preterm infants and their parents in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in Colombia: A mixed-methods study. *Nordic Journal of Music Therapy*.
doi: 10.1080/08098131.2016.1205650

Ettenberger, M. (2017). Music therapy in the neonatal intensive care unit: Putting the families at the centre of care. *British Journal of Music Therapy*. doi:
[10.1177/1359457516685881](https://doi.org/10.1177/1359457516685881).

Federico, G. (2013). *Viaje musical por el embarazo*. Argentina: Kier.

García, F. (2001). Conceptualización del Desarrollo y la atención temprana desde las diferentes escuelas psicológicas: Modelo Ecológico/Modelo Integral de intervención en Atención Temprana. *XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias*. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf

Gasque, J. (2010). Displasia Broncopulmonar. *Revista mexicana de pediatría*, 77(1).
Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sp101g.pdf>

Gifre, M., Guitart, M. (2012). Consideraciones Educativas de la Perspectiva Ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos Educativos*, 15, 79-92.

Guido, M., Ibarra, M., Mateos, M. y Mendoza, N. (2012). Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretérmino. *Perinatología y reproducción humana*, 26(3).

Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000300006

Gutman, L. (2015). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Barcelona, España: Grupo Editorial Planeta

Hanson-Abromeit, D., Loewy, J.V. y Shoemark, H. (2008). Newborn Intensive Care Unit. En Ghetti, C.M., Hannan, A., Hanson-Abromeit, D., Loewy, J.V., Tuden, C., Shoemark, H. & Walker, J. *Medical Music Therapy for Pediatrics in Hospital Settings: Using Music to Support Medical Intervention* (pp. 15-55). Maryland: Hanson-Abromeit, D. & Coldwell, C.

Haslbeck, F.B. (2014). Creative music therapy with premature infants: An analysis of video footage. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 5-35. doi: 10.1080/08098131.2013.780091

Haslbeck, F.B. (2014) The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: A qualitative analysis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 36-70. doi: 10.1080/08098131.2013.790918

Hemsey, V. y Kesselman, S. (2003). *Música y Eutonía: El cuerpo en estado de arte*. México: Grupo Editorial Lumen.

Loewy, J.B., Stewart, K. y Homel, P. (2013). The effects of music therapy on vital signs, feeding and sleep in premature infants. *Pediatrics* 131(5), 902-919. doi:10.1542/peds.2012-1367

Loewy, J. (2007). *Musictherapy in the Neonatal Intensive Care Unit*. Estados Unidos: Satchnote Press.

Loewy, J.B (2015).NICU music therapy: song of kin as critical lullaby in research and practice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 178–185. doi: 10.1111/nyas.12648

Mclean, E. (2016). Fostering Intimacy through Musical Beginnings: Exploring the Application of Communicative Musicality through the Musical Experience of Parents in a Neonatal Intensive Care Unit. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 16 (2), 1-15.

Ministerio de Salud Pública. (2002). *Embarazo Ectópico: Orientaciones Metodológicas para el Manejo y Control de todo el Sistema de Salud de las Mujeres con Embarazo Ectópico y sus complicaciones*. Cuba.

Muhlhausen, G. (2004). Uso actual de Presión Positiva Continua en la Vía Área (CPAP) en recién nacidos. *Revista pediátrica electrónica*, 1 (1). Chile. Recuperado de <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2004/vol1num1/pdf/cpap.pdf>

Oates, J. (2007). *Relaciones de Apego: La primera infancia en perspectiva*. Reino Unido: Child and Youth Studies Group.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Nacimientos Prematuros*.

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Manual de Oximetría de Pulso Global*.

Recuperado de <http://www.lifebox.org/wp-content/uploads/WHO-Pulse-Oximetry-Training-Manual-Final-Spanish.pdf>

García, L. (2016). *Querida mamá de un bebé prematuro*.

Recuperado de <https://www.facebook.com/DraVeronicaKristanavicius/posts/723922671094934>

Sansone, A. (2004). *Mothers, babies and their body language*. Gran Bretaña: Karnak Books.

Standley, J.M. y Walmorth, D. (2010). *Musictherapy with premature Infants: Research and developmental Interventions (2a Ed.)*. Maryland: Wordsetters & Elkins, A.K.

Posch, S. (2002). *Musicoterapia: Programa de Formación para Mediadores en Musicoterapia y Discapacidad*. Madrid

Posch, S. (2006). *Compendio de Musicoterapia Vol. 2*. España: Herder

Sabbatella, P. (2002). *Musicoterapia: Programa de Formación para Mediadores en Musicoterapia y Discapacidad*. Madrid

Sacks, O. (2007). *Musicophilia: Tales of Music and the Brain*. New York: Vintage Books.

Sassenfeld, A. (2011). Afecto, vínculo y desarrollo del Self. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (2): 261-294. doi: ISSN 1988-2939

Schwartz, F., Abrams, B., Dassler, A., Lee, S., Loewy, J., Silverman, F...Nolan, P (2007). *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit*. Estados Unidos: Loewy, J.V.

Shoemark, H., Hanson-Abromeit, D. y Stewart, L. (2015). Constructing optimal experience for the hospitalized newborn through neuro-based music therapy. *Front. Hum. Neurosci* 9(487). doi: 10.3389/fnhum.2015.00487

Neurosci 9(487). doi: 10.3389/fnhum.2015.00487

Wordsworth Dictionary of Musical Quotations. (1991). Editorial: Derek Watson, Ware,
Hertsfordshire, Wordsworth Editions Ltd.

IX. Anexos

Criterio de inclusión de pacientes

- Se recomienda que el infante prematuro tenga más de 30 semanas, a menos que se encuentre estable.
- El infante debe encontrarse medicamente estable.
- Idealmente, el infante debe tener al menos 1 semana de vida, antes de comenzar con musicoterapia.
- Se recomienda el tratamiento para aquellos infantes prematuros que no se encuentran con exceso de sedativos.
- No se recomienda para prematuros que hayan sido extubados recientemente.
- Para la atención de un infante prematuro, se requiere tanto el consentimiento de los padres, así como la disponibilidad de estos para estar presentes en algunas sesiones.

EXPEDIENTE CLÍNICO

ANTECEDENTES FAMILIARES GENERALES

<i>Nombre del Padre</i>	
<i>Nacionalidad</i>	
<i>Edad</i>	
<i>Estado Civil</i>	
<i>Hijos</i>	
<i>Ocupación</i>	
<i>Educación</i>	
<i>Nombre de la Madre</i>	
<i>Nacionalidad</i>	
<i>Edad</i>	
<i>Estado Civil</i>	
<i>Hijos</i>	
<i>Ocupación</i>	
<i>Educación</i>	
<i>Hermanos del bebé (roles)</i>	
<i>Conocimiento de la Musicoterapia</i>	
Datos Generales	
<i>Nombre completo</i>	
<i>Edad gestacional</i>	
<i>Fecha de nacimiento</i>	
<i>Horarios de visita de los padres</i>	
<i>Motivo de consulta</i>	

DATOS MÉDICOS	
<i>Diagnóstico médico</i>	<i>Principal: Secundario: Síntomas:</i>
<i>Diagnóstico psicológico (si lo hay)</i>	
<i>Diagnóstico fonoaudiológico</i>	
<i>Diagnóstico nutricional</i>	
<i>Tratamientos recibidos</i>	<i>Fármacos: Procedimientos clínicos: Cirugía: Terapias:</i>
<i>Tratamientos actuales</i>	<i>Fármacos: Procedimientos clínicos: Cirugía: Terapias:</i>
<i>Tipo de alimentación</i>	<i>Lactancia materna Exclusiva: Lactancia materna mixta: Biberón: Pecho: Sonda:</i>
<i>Horas de alimentación</i>	
<i>Horas de las intervenciones actuales</i>	

DATOS MÉDICOS	
<i>Parámetros fisiológicos normales para el bebé en distintos momentos del día</i>	<p><i>Mañana:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SATO2 - F.C - F.R <p><i>Tarde:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SATO2 - F.C - F.R <p><i>Noche:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SATO2 - F.C - F.R <p><i>Antes de alimentarse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SATO2 - F.C - F.R <p><i>Luego de alimentarse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SATO2 - F.C - F.R <p><i>Luego de una intervención:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SATO2 - F.C - F.R
<i>Momentos en los cuáles no es recomendable intervenir</i>	
<i>Otras recomendaciones del personal</i>	

ESFERA CONDUCTUAL	
<i>Conductas luego de una intervención del personal</i>	
<i>Conductas frente la interacción con personal médico</i>	
<i>Conductas observadas frente a la interacción con sus padres</i>	
<i>Conductas alimenticias</i>	<p><i>Reflejo de succión:</i></p> <p><i>Nivel de coordinación reflejo-deglución-respiración:</i></p>
<i>Patrones de sueño</i>	
<i>Estados de alerta tranquila</i>	<p><i>Conductas:</i></p> <p><i>Cantidad de horas:</i></p>
<i>Puntuación en Test de dolor</i>	<p><i>Puntaje:</i></p> <p><i>Conductas de dolor expresadas:</i></p>

ESFERA PSICOLÓGICA	
<i>Situaciones de mayor estrés</i>	
<i>Momentos de mayor bienestar</i>	
<i>Regulación</i>	<i>Momentos de mayor regulación: Habilidades de regulación: Personas con las que se logra regular:</i>
<i>Temperamento del bebé</i>	<i>Temperamento: Carácter:</i>
<i>Ansiedad</i>	<i>Niveles de ansiedad: Conductas de ansiedad: Momentos de mayor ansiedad:</i>
<i>Relajación</i>	<i>Momentos de relajación: Personas con las que se logra relajar:</i>
<i>Apego</i>	<i>Conductas de apego frente a la presencia de padres: Conductas de apego sin la presencia de padres:</i>

ESFERA EMOCIONAL	
<i>Emocionalidad predominante</i>	
<i>Gama de emociones expresadas</i>	
<i>Modalidad de expresión emocional</i>	

ETAPA PRE-NATAL

ESFERA FÍSICA/SENSORIAL PRE-NATAL	
<i>Transformaciones físicas durante embarazo</i>	<i>Cambios físicos: Vivencias en torno a estas transformaciones: - Pensamientos: - Emociones:</i>
<i>Aspectos subjetivos positivos</i>	<i>Aspectos agradables:</i>
<i>Aspectos subjetivos negativos</i>	<i>Aspectos desagradables:</i>
<i>Complicaciones en el embarazo</i>	

ESFERA PSICOLÓGICA PRE-NATAL	
<i>Consciencia del bebé</i>	<i>Planificado vs Sorpresa: Cómo lidiaron con la noticia: Qué hicieron cuando supieron:</i>
<i>¿Cómo vivieron el vínculo prenatal? (Lo tomaron en cuenta, lo ignoraron...)</i>	<i>Lo tomaron en cuenta/Ignoraron: Recursos utilizados para fortalecer vínculo:</i>
<i>Personas involucradas en el proceso</i>	<i>Quiénes: Cómo:</i>
<i>Ansiedad</i>	<i>Frente a qué: Cómo lidiaron con esta:</i>
<i>Pensamientos recurrentes</i>	<i>Qué pensamientos: ¿Momento particular? Acciones:</i>
<i>Procesos inconscientes</i>	

ESFERA EMOCIONAL PRE-NATAL	
<i>Gama de emociones</i>	<i>Emociones por las que transitaron: En qué momentos: Acciones:</i>
<i>Emociones predominantes</i>	
<i>Recuerdos emergentes de la propia vida</i>	
<i>Temores de la etapa</i>	
<i>Momento más emocionante</i>	
<i>Momentos de mayor agrado</i>	
<i>Momentos de menor agrado</i>	

ESFERA ESPIRITUAL PRE-NATAL	
<i>Pensamiento respecto de la propia existencia</i>	
<i>Pensamientos de trascendencia</i>	
<i>Atmósfera que circunscribe el embarazo</i>	<i>Contexto emocional: Contexto social: Contexto físico:</i>

ESFERA SONORO-CORPÓREO-MUSICAL	PRE-NATAL
<i>Sonidos comunes de la vida cotidiana</i>	<i>Trabajo: Hogar: Otro:</i>

ESFERA SONORO-CORPOREO-MUSICAL	PRE-NATAL
<i>Ambiente sonoro en momentos de relajación</i>	<i>Momentos de mayor relajación</i> <i>Ambiente sonoro:</i>
<i>Ambiente sonoro en momentos de ansiedad</i>	<i>Momentos de mayor ansiedad:</i> <i>Ambiente sonoro:</i>
<i>Ambiente sonoro en momentos placenteros</i>	<i>Momentos de mayor alegría/placer:</i> <i>Ambiente sonoro:</i>
<i>Sonidos agradables para la madre</i>	
<i>Sonidos que disgustan a la madre</i>	
<i>Música favorita de la madre</i>	
<i>Sonidos agradables para el padre</i>	
<i>Sonidos que disgustan al padre</i>	
<i>Música favorita del padre</i>	
<i>Música utilizada en embarazo</i>	
<i>Emociones en torno a esta música</i>	
<i>Canciones utilizadas para establecer vínculo</i>	
<i>Música utilizada en momentos de relajación</i>	
<i>Música utilizada en momentos de placer-alegría</i>	
<i>Uso de la voz como medio vinculante</i>	
<i>Uso del canto como medio vinculante</i>	

ETAPA POST-NATAL

ESFERA FÍSICA (sobre los padres)	
<i>Experiencia de lactancia</i>	<i>Ha podido hacerlo:</i> <i>Cantidad de leche:</i> <i>Sensación física (tensión/relajación):</i> <i>Emociones:</i> <i>Pensamientos:</i>
<i>Energía vital</i>	<i>Nivel de energía de la madre:</i> <i>Nivel de energía del padre:</i>
<i>Apetito</i>	<i>Cambios en la alimentación:</i>
<i>Ciclo de sueño</i>	

ESFERA FÍSICA (sobre los padres)	
<i>Sensaciones corporales</i>	<i>Lugares del cuerpo con mayor tensión en la madre:</i> <i>Desde cuándo:</i> <i>Lugares del cuerpo con mayor tensión en el padre:</i> <i>Desde cuándo:</i>

ESFERA PSICOLÓGICA (padres)	
<i>Mecanismos de defensa activos</i>	<i>Primitivos:</i> <i>Alto funcionamiento:</i>
<i>Ansiedades manifiestas e inconscientes</i>	
<i>Recursos positivos de los padres</i>	
<i>Experiencia de duelo</i>	<i>Etapas de duelo en la que se encuentra:</i> <i>Formas de lidiar:</i>
<i>Reacciones conductuales frente a intervenciones medicas con el bebe.</i>	
<i>Puntuación en Test de Ansiedad Parental (STAI)</i>	<i>Puntaje en Test :</i> <i>Acciones:</i>
<i>Conductas de Apego</i>	<i>Madre:</i> <i>Padre:</i>
<i>Apego</i>	<i>Tipo de apego</i>

ESFERA EMOCIONAL (padres)	
<i>Sentimientos y emociones predominantes</i>	
<i>Iniciativas de autocuidado</i>	<i>Actividad:</i> <i>Participantes:</i> <i>Cuántas veces a la semana:</i>
<i>Espacios de mayor bienestar</i>	
<i>Reacciones emocionales frente a intervenciones medicas en el bebé</i>	

ESFERA ESPIRITUAL	
<i>Espiritualidad actual</i>	

INTERVENCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA (Post-natal)

EQUIPO MÉDICO	
<i>Expectativas</i>	
<i>Peticiones</i>	
<i>Indicadores de estrés/dolor/angustia</i>	<p>Conductas de Estrés: -Gestos: -Corporalidad: -Sonidos emitidos: -Cambios fisiológicos:</p> <p>Conductas de Dolor: -Gestos: -Corporalidad: -Sonidos emitidos: -Cambios fisiológicos:</p> <p>Conductas de Angustia: -Gestos: -Corporalidad: -Sonidos emitidos: -Cambios fisiológicos:</p>
<i>Indicadores de placer</i>	<p><i>Expresiones gestuales:</i> <i>Expresiones corporales:</i> <i>Sonidos emitidos:</i> <i>Cambios fisiológicos:</i></p>
<i>Sonidos que saben que le molestan al bebé</i>	
<i>Sonidos que agradan al bebé</i>	
CUIDADORES PRIMARIOS	
<i>Expectativas</i>	
<i>Peticiones</i>	
<i>Sonidos que saben que agradan al bebé</i>	
<i>Sonidos que saben que desagradan al bebé</i>	
<i>Reacción del bebé al uso de la voz/canto</i>	<p><i>Voz dirigida:</i> <i>Canto dirigido:</i></p>
PRE-INTERVENCIÓN	
<i>Diagnóstico Musicoterapéutico</i>	
<i>Objetivos de intervención</i>	<p><i>General:</i> <i>Específicos:</i></p>

PRE-INTERVENCIÓN	
<i>Marco metodológico</i>	<i>Modelo: Métodos: Técnicas:</i>
<i>Sesiones proyectadas en el tiempo</i>	<i>Número de sesiones: Día sesiones:</i>
<i>Fundamentación</i>	
<i>Registro de voz de la madre</i>	
<i>Registro de voz del padre</i>	
<i>Instrumentos a utilizar</i>	<i>Melódicos: Aerófonos: Percusiones:</i>

REGISTRO SESIONES

NÚMERO Y FECHA DE SESIÓN:	
<i>Hora/momento de la intervención</i>	<i>Hora: Antes o después de alimentación: Antes o después de intervención: Medición Db Ambiente:</i>
<i>Bebés del área</i>	<i>Diagnóstico y síntomas de los bebés a su alrededor: Cuidados a considerar:</i>
<i>Objetivo</i>	<i>Objetivo General: Objetivos Específicos:</i>
<i>Técnicas utilizadas</i>	
<i>Participantes</i>	
<i>Aspectos generales del desarrollo de la sesión</i>	
<i>Estilo de vinculación musical inicial con el bebé (llora, rie, mueve, busca estímulo, se duerme, alerta pasiva, succiona, utiliza voz, se ve agradao, etc)</i>	
<i>Estilo de vinculación musical inicial de la triada (De qué manera interactúa con él, conductas asociadas, uso de instrumentos o voz, disposición, percibe las necesidades y expresiones del bebe, qué hace en torno a esto, intenta transmitir mensajes o no, es adecuado, etc).</i>	
<i>Reacción inicial de los padres a las intervenciones</i>	

NÚMERO Y FECHA DE SESIÓN:	
<i>Resultados bebés del entorno</i>	<p>Nombre:</p> <p>-SATO2: Antes: Después:</p> <p>-F.C: Antes: Después:</p> <p>-F.R: Antes: Después:</p> <p>- Conductas: Antes: Después:</p>
<i>Resultados Bebé</i>	<p><u>Nivel físico:</u> - Expresiones corporales: *PIPP: Antes: Después: *ATA Pain: Antes: Después:</p> <p>- Expresiones faciales (Antes, durante, después)</p> <p><u>Nivel fisiológico:</u> -SATO2 (Antes, durante, después): -F.C (Antes, durante, después): -F.R (Antes, durante, después):</p> <p>-Comentarios:</p> <p><u>Nivel conductual:</u> - Alimentación (Antes, durante, después) - Ciclo sueño (Antes, durante, después)</p> <p><u>Nivel emocional:</u></p>
<i>Resultados Padres</i>	<p>Madre: -Nivel físico: -Nivel conductual: -Nivel emocional:</p> <p>Padre: -Nivel físico: -Nivel conductual: -Nivel emocional:</p>

NÚMERO Y FECHA DE SESIÓN:	
<i>Potencialidades</i>	
<i>Inconvenientes</i>	
<i>Transferencia</i>	
<i>Contratransferencia</i>	
<i>Comentarios del personal</i>	
<i>Aspectos a considerar/mejorar para la próxima sesión</i>	
<i>Breve Planificación próxima sesión</i>	
<i>Breve análisis</i>	
<i>Coordinaciones realizadas con personal</i>	Profesional: Motivo:

Percepciones sobre el Proyecto de Práctica de Musicoterapia para bebés prematuros

Entrevistador/a: _____

Fecha: ____/____/____

País 1 Chile

Grupo 1 Matrones/as
2 Médicos
3 Personal Técnico
4 Personal de Aseo

A continuación encontrará una serie de preguntas destinadas a conocer su opinión sobre diversos aspectos del Proyecto de Práctica de Musicoterapia para bebés prematuros. Mediante esta encuesta queremos conocer lo que piensa la gente como usted sobre esta temática.

El cuestionario tiene tres secciones. Por favor lea las instrucciones al inicio de cada sección y conteste la alternativa que más se acerca a lo que usted piensa. Sus respuestas son confidenciales y serán reunidas junto a las respuestas de muchas personas que están contestando este cuestionario en estos días. Muchas gracias.

SECCIÓN 1:

¿Cuál diría usted que es su percepción frente a los siguientes temas? Evalúe su en una escala de 1 a 5, donde 1 es muy poco, 2 es poco, 3 es regular, 4 es bueno y 5 es muy bueno.

Por favor encierre en un círculo la alternativa que más se parece a lo que usted piensa.

A. Apego

Tema	Apego				
	Muy Poco	Poco	Regular	Bueno	Muy Bueno
101. Padres logran establecer conductas de apego a través de técnicas adquiridas en sesiones de musicoterapia	1	2	3	4	5
102. Se incluye a la figura del padre de manera significativa durante las sesiones.	1	2	3	4	5
103. Bebés en sesiones de musicoterapia se vinculan de manera más cercana con sus padres.	1	2	3	4	5
104. Bebés logran calmarse más fácilmente con la figura de sus padres gracias a las sesiones de musicoterapia.	1	2	3	4	5
105. Padres aprenden a leer mejor señales de sus bebés gracias a sesiones de musicoterapia.	1	2	3	4	5
106. Padres aprenden a responder de manera adecuada a las necesidades de sus bebés gracias a sesiones de musicoterapia.	1	2	3	4	5

B. Estrés y ansiedad

Tema	Estrés y ansiedad				
	Muy Poco	Poco	Regular	Bueno	Muy Bueno
Padres que participan de musicoterapia se observan con menos niveles de estrés.	1	2	3	4	5
Padres que participan de musicoterapia se observan con menos niveles de ansiedad.	1	2	3	4	5
Bebés que participan de musicoterapia se observan con menos conductas de estrés.	1	2	3	4	5
Bebés que participan de musicoterapia se observan con menos conductas de ansiedad.	1	2	3	4	5
Padres se observan relajados en las sesiones de musicoterapia.	1	2	3	4	5
Bebés se observan relajados en las sesiones de musicoterapia.	1	2	3	4	5
Padres pueden expresar emociones negativas y positivas en sesiones de musicoterapia.	1	2	3	4	5

C. Desarrollo físico, cognitivo y emocional del bebé

Tema	Desarrollo físico, cognitivo y emocional				
	Muy Poco	Poco	Regular	Bueno	Muy Bueno
Bebés que participan de musicoterapia, se ven favorecidos en su desarrollo físico, viéndose facilitado el movimiento o relajación motora de este.	1	2	3	4	5
Sesiones de musicoterapia complementan el trabajo kinesiológico.	1	2	3	4	5
Bebés que participan de musicoterapia se ven favorecidos en su neurodesarrollo.	1	2	3	4	5
Musicoterapia sirve para favorecer el desarrollo cognitivo del bebé (atención, memoria, lenguaje, inteligencia).	1	2	3	4	5
Musicoterapia sirve para que el bebé pueda conocer una gama diversa de emociones.	1	2	3	4	5
Musicoterapia permite que el bebé pueda expresar su variedad emocional.	1	2	3	4	5
Musicoterapia permite que el bebé conozca sus gustos.	1	2	3	4	5
Musicoterapia refleja estados del bebé, permitiéndole conocerse y desarrollar su identidad.	1	2	3	4	5

D. Regulación de signos vitales

Tema	Regulación signos vitales				
	Muy Poco	Poco	Regular	Bueno	Muy Bueno
La respiración del bebé se regula durante las sesiones de musicoterapia.	1	2	3	4	5
La frecuencia cardíaca del bebé se regula durante las sesiones de musicoterapia.	1	2	3	4	5

Tema	Regulación signos vitales				
	Muy Poco	Poco	Regular	Bueno	Muy Bueno
La saturación de oxígeno mejora durante las sesiones de musicoterapia.	1	2	3	4	5
Bebés que participan de musicoterapia aprenden a regular mejor sus ritmos fisiológicos manteniéndose más estables a la larga.	1	2	3	4	5

E. Regulación estados comportamentales del bebé

Tema	Regulación estados comportamentales del bebé				
	Muy Poco	Poco	Regular	Bueno	Muy Bueno
Los bebés que se encuentran en musicoterapia logran tener ciclos de sueño más regulados.	1	2	3	4	5
Los bebés que se encuentran en musicoterapia desarrollan con mayor facilidad la succión no nutritiva y nutritiva.	1	2	3	4	5
Los bebés que se encuentran en musicoterapia desarrollan mejores conductas alimentarias.	1	2	3	4	5
Bebés que participan en musicoterapia tienen mayores periodos de calma activa.	1	2	3	4	5
Bebés que participan en musicoterapia tienen menos episodios de llanto inconsolable.	1	2	3	4	5

F. Respuesta del Personal y Ambiente Sonoro

Tema	Respuesta del personal				
	Muy Poco	Poco	Regular	Bueno	Muy Bueno
Durante sesiones de musicoterapia el ambiente sonoro de la Unidad se torna más tolerable.	1	2	3	4	5
Durante sesiones de musicoterapia el personal de la unidad logra relajarse.	1	2	3	4	5

Tema	Respuesta del personal				
	Muy Poco	Poco	Regular	Bueno	Muy Bueno
Personal logra aprender acerca de la Musicoterapia.	1	2	3	4	5
En ocasiones el personal puede participar de ciertas actividades de musicoterapia realizada a los bebés (Creación de canciones, tocar algún instrumento, observar las sesiones, escuchar experiencias de musicoterapia).	1	2	3	4	5
Personal adquiere ciertas técnicas de musicoterapia para aplicar con bebés.	1	2	3	4	5
Personal se siente participe del proyecto de Musicoterapia.	1	2	3	4	5

SECCIÓN II: Opinión Personal

Por favor conteste estas preguntas con la mayor honestidad posible.

1. ¿Le gustaría que se repitiera esta experiencia nuevamente? ¿Por qué?
2. Sugerencias para una próxima ocasión
3. ¿Tiene interés en conocer más acerca del tema? ¿Qué?

Encuesta padres

¡Te agradecemos contestar esta encuesta de la manera más honesta posible! ¡Muchas gracias!

Bienestar Parental:

1. ¿Qué cambios, en relación a tu propio bienestar sientes que se produjeron en relación a las sesiones de musicoterapia (M.T)?
2. ¿Sientes que te pudiste relajar? ¿Cómo?
3. ¿Sientes que olvidaste el contexto Hospitalario? ¿Cómo?

Vínculo

4. ¿Sientes que la M.T, te ayudó a vincularte mejor con tu hijo/a? ¿De qué maneras?
5. ¿Sientes que te vinculaste de una manera distinta? ¿De qué manera?

Promoción del Desarrollo del Bebé

5. ¿Qué herramientas sientes que obtuvo tu bebé gracias a las sesiones de M.T?
6. ¿Qué cambios tuvo tu bebé que relacionas con las sesiones de M.T?
7. ¿Qué herramientas sientes que obtuviste para utilizar cuando estás sol@ con tú bebé en casa? ¿Te han sido de utilidad?

Aprendizaje

7. ¿Qué aprendiste durante las sesiones de M.T?

Limitaciones

8. ¿Qué limitaciones tuvieron las sesiones de M.T?
9. ¿Te hubiese gustado que algo fuese distinto? ¿Qué?
10. ¿Se cumplieron tus expectativas? ¿De qué manera?

Otro

11. ¿Hay algo más que te gustaría comentar acerca del proceso de M.T?
12. ¿Crees que la M.T debería implementarse de manera oficial en el Hospital? ¿Por qué?
13. ¿Sientes que la M.T te ayudó a ti y a tu bebé de una manera distinta a otras terapias?

¡Muchas gracias por responder esta encuesta!

Encuesta Madre de “J”

Bienestar Parental:

1. *¿Qué cambios, en relación a tu propio bienestar sientes que se produjeron en relación a las sesiones de musicoterapia (M.T)?*

“Me relajé, sintiendo que estaba aprendiendo a entenderla a ella (J), las cosas que le gustaban, las que no, cómo tratar de relajarla un poco. También me ayudó a mí, a sentirme mas relajada con la situación por la que estaba pasando”.

2. *¿ Sientes que te pudiste relajar? ¿Cómo?*

“Sí, porque pudimos liberar cosas que no habíamos liberado y pudimos relajarnos. Además sentir que ella estaba más acompañada con el tema de la música”.

3. *¿Sientes que olvidaste el contexto Hospitalario? ¿Cómo?*

"Sí, nos olvidamos totalmente del contexto hospitalario. Formamos la isla en la que estábamos nosotros cuatro no más. Era como: ¡Ah! Hoy nos toca musicoterapia. Era hacer algo distinto. Era como salir del espacio y estar solo nosotros. Era algo entretenido, distinto, algo fuera de lo que hacíamos todos los días. Nuestra rutina diaria cambiaba con eso”.

Vínculo

4. *¿Sientes que la M.T, te ayudó a vincularse mejor con tu hijo/a? ¿De qué maneras?*

“Sí, totalmente. Ahora nos entendemos. Cuando se pone bética nos ayuda. Ahora cuando se pone de mal humor, podemos calmarla a través de la música. Nos ayudó a entender qué cosas le gustan y cuáles no, y eso nos ayudó a aplicarlas después, cuando ya no estábamos en el hospital”.

5. *¿Sientes que te vinculaste de una manera distinta? ¿De qué manera?*

“Cuando J estuvo aquí, después de las sesiones yo la sentía que quedaba más tranquila, más relajada. Ahora cuando estamos en la casa y le cantamos, se relaja mucho, se tranquiliza”.

Promoción del Desarrollo del Bebé

5. *¿Qué herramientas sientes que obtuvo tu bebé gracias a las sesiones de M.T?*

“Puede ser que empezó a distinguir lo que le gusta de lo que no, las cosas con las que se siente tranquila, con las que se enoja.

El otro día por ejemplo, sonó el pito del microondas. Yo creo que lo asoció al de las máquinas porque se asustó. Noté lo que paso, le canté y se calmó. Quizás a través de la música asocia situaciones”.

6. *¿Qué cambios tuvo tu bebé que relacionas con las sesiones de M.T?*

IDEM.

7. *¿Qué herramientas sientes que obtuviste para utilizar cuando estás sol@ con tú bebé en casa? ¿Te han sido de utilidad?*

“Cuando se pone muy enojada, que no quiere nada con el mundo, recorro a lo aprendido, a través de la música, o las melodías: su canción”.

Aprendizaje

7. *¿Qué aprendiste durante las sesiones de M.T?*

“Para calmarla le cantamos, bailamos y también durante las sesiones hubo una melodía que elegimos que representaba la casa, se la buscamos, pusimos y la reconoció, sirvió también”.

Limitaciones

8. *¿Qué limitaciones tuvieron las sesiones de M.T?*

“Quizá el espacio era muy pequeño, quizá no estaba la suficiente tranquilidad siempre para hacer lo que queríamos hacer. La sala es muy pequeña, de repente no tienes la privacidad que quisieras tener. Pero de la musicoterapia nada, era el lugar más que nada”.

9. *¿Te hubiese gustado que algo fuese distinto? ¿Qué?*

“No. Fue siempre distinto, y algo en lo que pudimos aprender o apoyarnos de eso”.

10. *¿Se cumplieron tus expectativas? ¿De qué manera?*

“Sí, aprendimos mucho. Fue más salir del momento en el que estábamos. Nos ayudaba a irnos más tranquilos a la casa”.

Otro

11. *¿Hay algo más que te gustaría comentar acerca del proceso de M.T?*

“Fue entretenido, nos ayudo mucho, nos relajamos mucho, conversamos mucho también. Fue una buena experiencia, fue bonito”.

12. ¿Crees que la M.T debería implementarse de manera oficial en el Hospital? ¿Por qué?

“Sí, totalmente. Te ayuda de verdad. Cuando yo lo veía de afuera era distinto a como yo lo viví. Era distinto. Era como raro, como no sabíamos lo que era, no entendíamos lo que hacían. Decíamos: Mira lo que están haciendo, por qué harán eso. Después entendimos. Entendimos el por qué, el cómo les ayudaba y cómo te ayudaba a ti también”.

13. ¿Sientes que la M.T te ayudó a ti y a tu bebé de una manera distinta a otras terapias?

“Sí. Es que no era algo obligado, a diferencia de otras terapias que si no cumples el proceso no funciona. Entonces acá si no queríamos o no estábamos de ánimo, podíamos escoger. Fue bueno porque nos podíamos entender entre todos”.

¡Muchas gracias por responder esta encuesta!

Encuesta padres de “G”

¡Te agradecemos contestar esta encuesta de la manera más honesta posible! ¡Muchas gracias!

Bienestar Parental:

1. *¿Qué cambios, en relación a tu propio bienestar sientes que se produjeron en relación a las sesiones de Musicoterapia (M.T)?*

Madre: “Estar más segura, a través de esto pudimos aprender a conocer a G. Sentir seguridad a través de otro medio”.

Padre: “Por medio de la M.T nos dimos cuenta de que G... Conocerlo más, en el sentido de que nos dimos cuenta de que le gustaba el tambor oceánico, que lo calmaba. Eso me ayudó a mi, para hacer el ruido “shh”. Le gusta ese ruido, se calma cuando lo hago. Nos ayudó a conocer más a G”.

2. *¿ Sientes que te pudiste relajar? ¿Cómo?*

Madre: “Sí, mucho, mucho. Era como: Nosotros decíamos M.T, y era un relajo. Todo lo que vivimos en el momento, los masajes, las relajaciones, nos sirvió para relajarnos, no estar tanto con la presión que se siente acá dentro, estar bien nosotros. Los consejos tuyos nos sirvieron mucho”.

3. *¿Sientes que olvidaste el contexto Hospitalario? ¿Cómo?*

Padre: “Las primeras sesiones sí, me sentí relajado. Cuando nos hiciste conocer los instrumentos, hacer las actividades, tocar los instrumentos. Ahí pudimos olvidarnos”.

Vínculo

4. *¿Sientes que la M.T, te ayudó a vincularte mejor con tu hijo/a? ¿De qué maneras?*

Madre: “Aprendiendo a conocerlo a través de los instrumentos, qué tipo de instrumentos le gustaban a él, y nos dimos cuenta de que le fascina el tambor oceánico”.

Padre: “Y la guitarra”.

Mama: “Cuando la tía Fran le toca, él está ahí pendiente”.

5. *¿Sientes que te vinculaste de una manera distinta? ¿De qué manera?*

Madre: “Puede ser que sí, porque cuando estábamos en el otro lado (UCI), G solo se podía ver en la incubadora. Tu llegabas y me decías: Tómallo, porque vamos a hacer la sesión en brazo, me enseñaste masajes que hiciéramos con él. A través de todo eso pudimos vincularnos con G”.

Promoción del Desarrollo del Bebé

5. *¿Qué herramientas sientes que obtuvo tu bebé gracias a las sesiones de M.T?*

Madre: “Saber que le gusta la música”.

Padre: “Más para nosotros que para él”.

6. *¿Qué cambios tuvo tu bebé que relacionas con las sesiones de M.T?*

Padre: “Sí”.

Madre: “Está más conectado... cuando le tocas la guitarra. Más conexión con la música”.

Padre: “Sí, está más despierto, más atento. Lo hizo despertar un poco. Más observador. Por ejemplo, cuando tu te escondías para acá para allá, lo mismo hizo con la técnico después, la siguió. Lo ayudó a observar más, a conocer”.

7. *¿Qué herramientas sientes que obtuviste para utilizar cuando estás sola/o con tu bebé en casa? ¿Te han sido de utilidad?*

Madre: “El cantar una canción que a él le guste y le tranquilice, eso es lo que más me dejó marcada. Cuando le cantaba su canción se conectaba y se calmaba”.

Aprendizaje

7. *¿Qué aprendiste durante las sesiones de M.T?*

Madre: “Es importante para las madres darnos cuenta que solo con la música, esté en la incubadora o donde sea, ellos se sienten bien”.

Padre: “Fue un apoyo importante. Fue una ayuda para los tres, porque nos hizo afiatarnos más, conocer cosas nuevas, inventar una canción, inventar cosas que nunca pensamos que íbamos a hacer. No se escuchó en la radio, pero es para él, todo iba vinculado a él”.

“Conocer cosas que yo no conocía, como por ejemplo el tambor oceánico, que también fueron novedosos para mí”.

“Y lo otro es que nos hicimos de dos amigas más, que yo siempre sentí un apoyo importante que nos dieron a nosotros, sobre todo a mí, que me escuchaste, conversaste, a mi señora también. La disponibilidad, sobre todo de ti, cuando te necesitábamos estabas. También yo le decía a mi mujer que la Fran tiene vocación en lo que hace, porque por ejemplo ahora, nos juntábamos ahora, y llegábamos a la noche a la casa, y nos llegaba un mensaje que decía: Les tengo lista la canción junto con una grabación, y tu podías estar descansando, pero llegabas a hacer cosas para nosotros, te importaba”.

“Lo importante es que todo esto es relacionado a él, cada vez que vienes con tus instrumentos, él estaba atento, ayer por ejemplo, le gustaba el sonido de la guitarra, estaba atento”.

Limitaciones

8. *¿Qué limitaciones tuvieron las sesiones de M.T?*

Padre: “De repente yo me acuerdo que una vez, cuando G estaba en la UCI y la matrona me dijo que saliera mientras hacíamos la sesión, eso siento que limitó la sesión, porque esto es parte de las herramientas del trabajo de acá, y no se complementaron los dos. No debió hacer eso”.

9. *¿Te hubiese gustado que algo fuese distinto? ¿Qué?*

Madre: “No, no”.

Padre: “Que G vaya a la casa. No. Sentí que todo bien. No, encuentro que no. Todo bien. Empezamos bien. Encontré que estuvo bueno primero empezar a conocerlo y después empezar a trabajar con el niño”.

10. *¿Se cumplieron tus expectativas? ¿De qué manera?*

Madre: “Ahora con esto aprendimos a conocerlo, el miedo de llevarlo a la casa ya no está. Ahora es: ya vámonos”.

Padre: “Cuando mi señora me contó que te habías acercado a ofrecer musicoterapia, cuando escuché terapia fue bueno, porque lo pensé en mi mujer, no en mí, quería que la ayudaran, porque era la que estaba más mal, estaba llorando, se veía mal”.

Otro

11. *¿Hay algo más que te gustaría comentar acerca del proceso de M.T?*

Madre: “Para mi fue bueno. Creo que fue como un apoyo, me sentí apoyada en todo momento. Aprendimos a través de todo los instrumentos qué le gusta a G. Conocerle. El apoyo fundamental que nos dieron. Sin ustedes (compañera de práctica y yo) hubiese sido más aburrido, esperar”.

12. ¿Crees que la M.T debería implementarse de manera oficial en el Hospital? ¿Por qué?

Padre: “Sí”.

Madre: “Sí, porque son un apoyo fundamental para los papás. En los momentos más difíciles es cuando están ustedes. Y a través de la música uno puede salir del momento que estás viviendo. Yo también se lo dije una vez a la matrona jefe: Que fome que fuera solo una práctica y no algo que el hospital lo dejara para siempre, porque eso es algo que nos hace sentir bien a nosotros como papás, más apoyados, más acompañados”.

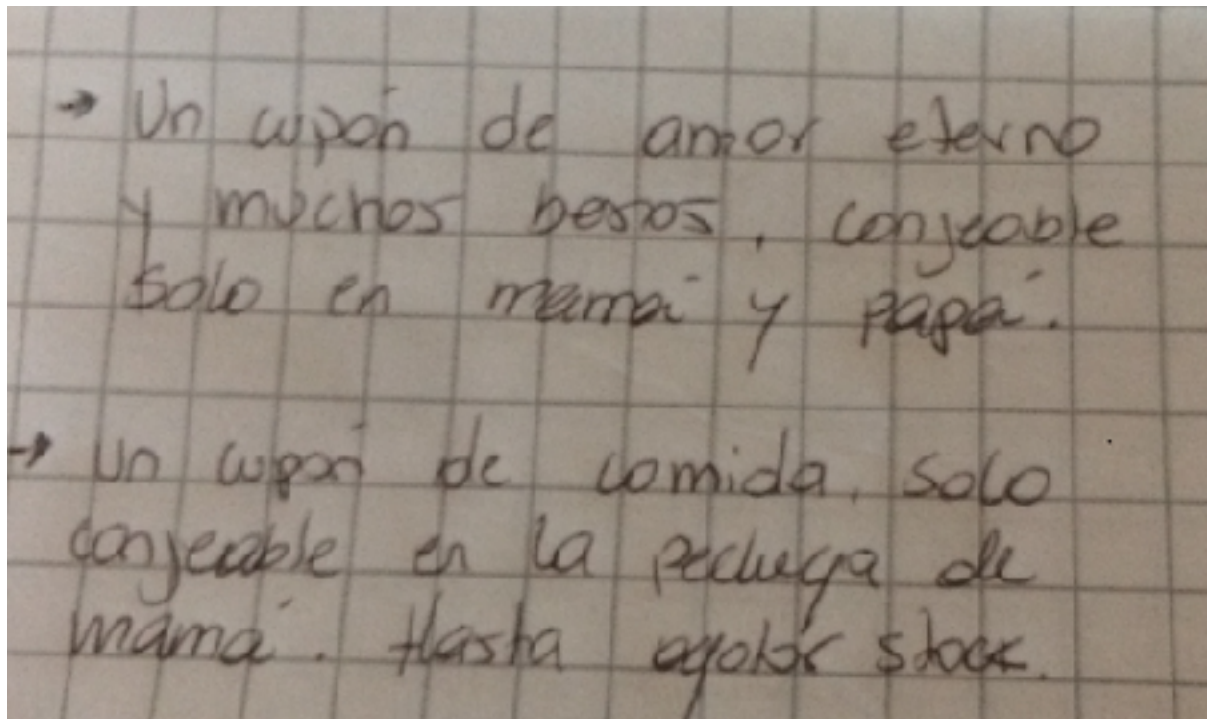
Padre: “Acá damos fe de que resultó”.

13. ¿Sientes que la M.T te ayudó a ti y a tu bebé de una manera distinta a otras terapias?

Madre: “Es que otras terapias no hemos tenido, esto ha sido distinto. Hemos tenido con la psicóloga...Pero un proceso que fuera con sesiones como las tuyas, no hemos tenido”.

CASO "J"

II. Cupones de regalo a J



III. Diario de vida J

Con mucho amor
Para nuestra querida hija
y Julieta Amparo

14.12.2016
Mi princesa hoy fuimos a ver al doctor.
Papi no pudo acompañarme porque está
trabajando, pero tu abuela Ana y tu tío
Rafael fueron conmigo. El doctor nos dio
la bacteria necesaria de que por una
buenas raras, creemos muy fuertes de
lente en nuestras vidas.
te ama mamá

* 25 de 2017
Querida hija, hoy fue el día más feliz de
nuestras vidas, después de haber estado
hospitalizada en mi y mamá por culpa
nuestro en el embarazo. Los doctores
decidieron que debían interrumpir mi ciclo
de mi vida. Después de haber estado
te salud y tu mamá. A las 3 am cuando
con la preparación y más o menos una
hora después me saaron del parto
en camino al hospital, te papi y te
tía papi siempre estarás esperando.
Cuando ya está del parto y en un

• 12 de 2016
Querida hija hoy es solo un día de muchas
esperanzas, con la familia queremos de saber
de ti y que en este momento, el test de em-
barazo salió positivo, nos falta de semanas
porque no tenemos planeado que llegaras
tan pronto y también de mi parte porque
era todo nuevo para nosotros, pero a
pesar de todo estamos muy felices de
que llegaras a nosotros juntos y aunque
seas un pequeño chiquitito te queremos con
todo el corazón.

Con amor, mamá.

• 16 de 2016
Hija mía hoy tuvimos la primera ecografía,
te vimos por primera vez y fue muy
emocionante, con el papá lloramos de
la emoción al ver que crecías en mi
panza. El doctor nos dijo que estás
sana y eso nos dejó muy tranquilos
y felices.

Con amor, mamá.

Querida hija, nunca olvidare tu venida,
con papá sentimos que nuestra vida
se volvió de emoción. Luego te llevamos
a tu en cuerdos y a mi a la sala de
ecografía.

No pudimos verte el resto del día porque
yo estaba recuperándome de la cesárea y
papá no podía entrar a verlo porque no
tenía agua en el hospital, pero de la
noche llego una hermana a decirme que
estabas bien y que más nada más me
daba y besa.

Con amor, mamá.

• 26 de 2017

Hoy también pude verlo hija porque los médicos
dijeron que se está haciendo son muy felices
y me tienen mucha esperanza, pero papá está
conigo y pudo haberle pero para que pudiera
verlo, una hermosa hija y también está muy
feliz de que hemos llegado a este punto.

te ama mamá

Sala muy grande y luminosa, tenía mucho
movido de que algo malo pudiera ocurrir,
con faltaban 8 semanas para tu real para
de nacimiento y eres muy pequeña. Un
rato después dejaron entrar a papá, me
acompañó, apoyó y tranquilizó en todo
momento, me hubiera sentido muy sola si
el no hubiera podido estar. A las 9:40
de la mañana escuchamos tu llanto por
primera vez, con el papá nos miramos y
lloramos juntos, unos segundos después
apareció una matrona con un paño blanco
en sus brazos y bajo el se veía un
bulto chiquitito, te puso a mi lado,
pude darte unos besitos y te llorabas,
te dije "tranquila mamá no lloras"
y al escuchar mi voz dejaste de llorar,
con papá nos miramos y sonreímos, luego
te mire y te dije a papá que eres
igual a mí, el llorando de emoción
me dije "Si mi amor", fue un momento

CASO “V”

I. Canción Familiar

Cachito, Cachito, Cachito mio

Pedazo de cielo que Dios me dio

Te miro y te miro y al fin bendigo

Bendigo la suerte de ser tu amor

Me preguntan por que eres mi cachito

Y yo siento muy bonito al responder

Por que eres de mi vida un pedacito

Que yo quiero como a nadie he de querer.

II. Canciones significativas:

Cuento musicalizado “Negrito Sambo”.

Vivía en la selva, un negrito con papá y mamá
Mamamumba y Papalumba lo sacaban a pasear.

Negrito Sambo: Mamamumba yo te quiero.

Mamamumba: Hijo mío, te quiero yo a ti.

Negrito Sambo: Papalumba yo te quiero.

Papalumba: Hijo mío, te quiero yo a ti.

Y juntos muy contentos en la selva vivían feliz.

Mamamumba, Papalumba, sambo yo
Mamamumba, Papalumba, sambo yo

Mamamumba, Papalumba,
Mamamumba, Papalumba,
Sambo, sambito yo.

Lindo traje tengo yo,
Mamamumba me lo regalo
En la selva pasearé
Y ahí lo luciré

Ropa nueva le compraron y el negrito feliz bailó
Caminando por la selva, cuatro tigres se encontró.

Los tigres: Negrito, negrito, te voy a comer.
Negrito Sambo: No me coman, no me coman, no me coman por favor.
Los tigres: Negrito, negrito, te voy a comer.
Negrito Sambo: No me coman, no me coman, mi ropita les daré.
(Los tigres le quitan la ropa al negrito y el negrito en la selva muy triste cantó)

Pobre negrito sin su ropa se quedo, y así en la selva muy triste canto :

Mamamumba, Papalumba, sambo yo
Mamamumba, Papalumba, sambo yo
Mamamumba, Papalumba,
Mamamumba, Papalumba,
Sambo, sambito yo.

Lindo traje tuve yo,
Mamamumba me lo regaló
En la selva lo perdí
Ay qué será de mí.

Tigre 1: Con mi chaqueta roja, el más elegante soy yo. No hay un tigre en la selva más elegante que yo.

Todos los tigres: No hay un tigre en la selva más elegante que YO!.

Tigre 2: Con mis pantalones azules, el más elegante soy yo. No hay un tigre en la selva más elegante que yo.

Todos los tigres: No hay un tigre en la selva más elegante que YO!.

Tigre 3: Con mis zapatos morados, el más elegante soy yo. No hay un tigre en la selva más elegante que yo.

Todos los tigres: No hay un tigre en la selva más elegante que YO!.

Tigre 4: Con mi paraguas verde, el más elegante soy yo. No hay un tigre en la selva más elegante que yo.

(Los tigres se ponen a pelear sobre quién es el más elegante) (yo con mi X soy el más elegante!)

Y tanto pelearon estos cuatro tigres malos, que en mantequilla se transformaron. Y así el negrito toda su ropa recuperó y muy contento en la selva otra vez cantó.

Mamamumba, Papalumba, sambo yo

Mamamumba, Papalumba, sambo yo

Mamamumba, Papalumba,

Mamamumba, Papalumba,

Sambo, sambito yo.

Lindo traje tengo yo,

Mamamumba me lo regalo

En la selva pasearé

Y ahí lo luciré.

CASO “G”

I. Canciones para la Activación

La brujita tapita
Vivía en un tapón
Que no tenía puertas ni ventana ni balcón
La brujita tapita
Vivía en un tapón
Con una escobita y un enorme escobillón

La brujita hacia brujerías
Abracadabra pata de cabra, pum!!!

La brujita tapita
Quería navegar
Y se subió a un corcho
Justito en la mitad
La brujita tapita
También quiso volar
y se subió a una flecha justito en la mitad

Pero el corcho se hundió
y la flecha se rompió

Abracadabra pata de cabra, pum!!!

II. Canciones creadas por madre.

Estimulate Gonzalo porfavor!

C
De guatita levanta la cabeza
C. G
No te entierres en la frazada

C F
 Eres un flojito, te gusta todo fácil.
 G C
 No te gusta hacer ejercicios, estimularte.
 C
 Arriba un bracito, abajo un bracito
 C G
 Arriba el otro bracito, abajo el bracito.
 C F
 Una piernita arriba y la otra también
 G C
 No te gusta hacer ejercicios, estimularte
 C
 Mueve tu cabeza para un lado,
 C
 Luego para el otro,
 G C
 Y luego para arriba, y luego para abajo.
 F G C
 Muy bien Gonzalo, lo has hecho con esfuerzo.

Gonzalo tomate la papa por favor!

A.
 Gonzalo Gonzalo, tomate esa papa
 E. E7 A.
 por favor avanza Gonza.
 A.
 Succiona succiona
 A
 Hasta que acabe la leche,
 E.
 Vamos que tu puedes,
 A.
 Sin jugar sin jugar
 D
 Para luego botar tu chanchito ,
 A.
 Por arriba y por abajo
 D E
 Ja ja ja ja ja..

III. Canción creada por ambos padres

Gladiador de la vida

Verso

D Em7
Con amor te esperamos años
G Aadd2
Tanto que nos costó
D Em7 G Aadd2
Fuimos perseverantes, con alegría.
D Em7
Nunca perdimos la paciencia
G Aadd2
Nunca nos dimos por vencidos
D Em7 G Aadd2
Tanto esperamos tu llegada y te adelantaste

Pre-coro

Em7 Aadd2
Eres un guerrero que lucha por vivir.
Em7 G Aadd2
Gracias hijo por existir.

Coro

D Em7
(Eres un) Gladiador de la vida,
G
que luchas por vivir.
A
Eres un ejemplo de vida,
Bm
Un ejemplo de existir
G
Gladiador de la vida,
Em7
mira lo que haces sentir,
A
Eres un ejemplo de vida,
D

Un ejemplo de existir.

Verso

D Em7

Grandes pasos distes,

G Aadd2

pero también decaíste.

D Em7 G Aadd2

Tremendo susto que nos diste,

D Em7

pero con tu lucha y fuerza,

G Aadd2

nos demostraste a todos

D Em7 G Aadd2

que hay un Dios que existe.

IV. Canción Familiar

Chiquito mío- Álvaro Torres

Desde el primer latido de tu corazón
desde tu primer alito de vida siento
que me motiva una nueva ilusión
un amor que me inspira cada día

Que hermoso es el milagro de verte
crecer y disfrutar tus tiernas
travesuras y cuidar con amor de ti
defensor ser pequeño manojito de
ternura.

Voy a luchar por ti para que seas
feliz chiquita mía y yo pondré mi
vida para que tu vivas chiquita mía
a donde vayas tu siempre seré tu
luz chiquita mía y llorare tu llanto
porque tu sonrías mi chiquita mía

No cambiare este mundo pero
intentare que al menos no te
falte amor ni abrigo y contra
todo y todos te defenderé

porque eres mi más bello
compromiso.

V. Canciones escogidas por padres para G.

“Mi pequeño amor” - Miriam Hernández

Y me caíste por sorpresa, cuando menos te esperaba y la vida me cambió...
Yo que estaba tan ocupada, te deje más de una vez para después.
Fuiste mi pequeño dilema, que cambió todos mis esquemas y hasta mi forma de soñar...
Deje de ser tan mal pensada, y tú sonrisa se volvió mi identidad.

Mi pequeño amor, mi luz, mi sol.
Mi pequeño amor, has redefinido mi verdad, y ahora vivo por cuidarte,
quererte y verte crecer cada día más, cada día más, cada día más, cada día más...

Eres la certeza en mi vida, de la que no tengo salida ni ganas de escapar
Y ese te quiero en la mañana hoy se ha vuelto mi forma de respirar
Fuiste mi pequeño dilema que se ha llevado mis problemas que se llevó la soledad
Me tienes tan enamorada de tus gestos, tus progresos al hablar...

Mi pequeño amor, mi luz, mi sol.
Mi pequeño amor, has redefinido mi verdad, y ahora vivo por cuidarte,
quererte y verte crecer cada día más, cada día más, cada día más, cada día más,
cada día más, cada día más.

Y llegaste tu- Sin Banderas

Yo solía pensar que sabía quien eras tú
no sabía que dentro de ti yo iba encontrar la luz
no sabía que existía un mundo así
no sabía que podía ser tan feliz
Y la vida pasaba de largo vacía sin emoción
no había nada flotando en el aire abrazándome el corazón
y llegaste tú y el mundo me abrazo
y llegaste tú y el mundo se paro

Coro
Y llegaste tú y me sorprendió

el poder que había en este amor
y llegaste tú una bendición
aún recuerdo el momento en que todo cambió
y llegaste tú y me sorprendió
el poder que hay en este amor
y llegaste tú, una bendición
aún recuerdo cuando llegaste tú

Hoy que estoy en tus brazos recuerdo mi soledad
y me río pensando en las veces que yo te dejé pasar
y llegaste tú y el mundo me abrazó
y llegaste tú y el mundo se paró

VI. Canción final del proceso: Regalo de Musicoterapeuta a padres.

Solo puedo cantar nuestra historia
Aquel capullo que se fue abriendo,
Para pronto emprender un nuevo vuelo.
Idas y vueltas,
Miedos y penas,
Rabia acumulada,
Risas, y amor sin fronteras

Ahora solo les queda disfrutar del viento,
Del batir de las alas,
De esa brisa helada,
Del rocío de la mañana.
De ese amor inmenso.
Del ladrido de los perros,
La risa de Gonzalo,
Sus conquistas constantes,
Sus churretes musicales,
Su lucha eterna
De ir hacia adelante

Solo puedo decir:
Vuelen fuerte y alto
Sean intensos,
Que la vida bailen.
Que los tres canten,
Siempre en mi, lugar tendrán

Una amiga con quien cantar,
Con quien llorar, con quien reír.
Pero hoy, no es un adiós,
Es un nuevo comienzo.
Y En sus manos esta
El seguir adelante