



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POSTGRADO

PRÁCTICA MUSICOTERAPÉUTICA
EN UN JOVEN CON PARÁLISIS CEREBRAL

**Monografía para optar a la Especialización de Postítulo en Terapias de
Arte, Mención Musicoterapia.**

Autor:

NANCY ANDREA GOMEZ CAYO

Licenciada en Música e Intérprete Superior mención canto.

Pontificia Universidad Católica de Chile

Profesora Guía: Patricia Ubilla

Profesora experta en Musicoterapia

Pontificia Universidad de Comillas, Barcelona

Santiago, Chile

Julio 2010

***A mi familia por todo el apoyo entregado y contención
durante este proceso,
por su compañía y apoyo desde la distancia.***

RESUMEN

Esta Monografía está basada en la Práctica de Musicoterapia realizada a un joven de 15 años con Parálisis Cerebral perteneciente a la Fundación Coanil (Corporación de Ayuda al Niño Limitado). El lugar de la intervención se realizó en las dependencias de la Escuela Ruca Rayen ubicada en el Hogar Los Jazmines en Avenida Larraín 9940, La Reina, Santiago de Chile. El tratamiento tuvo una duración de tres meses aprox. con sesiones repartidas dos veces a la semana, inspirado en distintas orientaciones Musicoterapéuticas creadas por importantes y reconocidos profesionales del área tales como: el Modelo de Improvisación libre de Juliette Alvin, conceptos de abordaje terapéutico de Gustavo Gauna y Gabriel Federico. Este proceso Musicoterapéutico aplicado a este joven obtuvo resultados muy beneficiosos para su desarrollo emocional, motriz y cognitivo.

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
I. INTRODUCCIÓN	6
II. MARCO TEÓRICO	
1. PARÁLISIS CEREBRAL.....	7
1.1. Síntomas de PC.....	8
1.2. Causas de PC.....	8
1.3. Tipos de PC.....	10
1.4. Enfermedades adicionales a la PC.....	11
2. MULTIDEFICIT.....	11
2.1. Multidéficits o Pluridiscapacidades y Condiciones de Grave Discapacidad.....	12
2.2. Características Psicológicas y Comportamentales del Multidéficits.....	14
3. LA MUSICOTERAPIA.....	16
3.1. Algunas Orientaciones Musicoterapéuticas.....	17
3.1.1. <u>Orientación de Gustavo Gauna</u>	17
3.1.2. <u>Orientación, según Gabriel Federico</u>	19
3.2. Modelo de Juliette Alvin.....	20
4. LA MUSICOTERAPIA EN PARALISIS CEREBRAL.....	22
4.1. Conceptos Relacionados con Musicoterapia.....	23
4.2. Métodos y Técnicas Musicoterapéuticas aplicadas en PC.....	24
4.2.1. Movimiento con Música.....	24
4.2.2. Expresión Vocal.....	25
4.2.3. Habilidades Sensoriales y Audición.....	26
4.2.4. Los Instrumentos Musicales.....	27
III. INTERVENCIÓN MUSICOTERAPEUTICA	
1. LA INSTITUCIÓN.....	28
1.1. El Equipo Multidisciplinario del Hogar y de la Escuela	29

1.2. El Espacio físico.....	30
2. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.....	30
2.1. Diagnóstico Clínico. (Ficha del paciente).....	30
2.1.1. Observación durante la evaluación.....	31
2.1.2. Habilidades Adaptativas.....	31
2.2. Impresiones sobre Joaquín.....	31
3. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....	32
3.1. INICIO DE LA EXPERIENCIA.....	33
3.1.1. ETAPAS DE DIAGNOSTICO.....	34
3.1.2. OBJETIVOS MUSICOTERAPÉUTICOS.....	34
3.1.3. Setting y Materiales.....	35
3.1.4. Desarrollo del Proceso Musicoterapéutico.....	36
3.1.5. Análisis y Descripción de algunas Etapas del Proceso de tratamiento.....	38
 IV. RESULTADOS.....	 61
 V. CONCLUSIONES.....	 70
 VI. BIBLIOGRAFIA.....	 73
 VII. ANEXOS	
ANEXO 1.....	75
ANEXO 2.....	77

I. INTRODUCCIÓN

La música ha sido compañera del ser humano desde los comienzos de su historia. Como manifestación artística, es un producto cultural que busca suscitar una experiencia estética al oyente. También, la música constituye un estímulo en el campo perceptivo del hombre, que puede cumplir con distintas funciones, entre ellas, la posibilidad de expresar emociones, ideas e influir en los estados de ánimo. Para aquellas personas que no se pueden comunicar verbalmente, ya sea, por parálisis cerebral, multidéficits, o cualquier otra problemática que impida la expresión y el lenguaje verbal, la música se transforma en un medio por el cual pueden comunicarse, conectarse con el exterior, consigo mismo y con el otro, independiente de su condición cognitiva y sensorial.

Tomando en cuenta los conocimientos obtenidos en el período de estudios de postítulo tuve la visión de la importante herramienta que tenía en mis manos, que daba la posibilidad de ayudar aquellas personas atrapadas en su patología, para así, desarrollar lo que se encontraba menos dañado en su interior. Lo podía ver en sus miradas y en su corporalidad que habían un sin número de posibilidades a desarrollarse en esas personas. Bajo esta visión me sentí motivada a trabajar a través de la música con personas con Parálisis Cerebral.

El siguiente trabajo se basa en la intervención musicoterapéutica realizada a un joven de 15 años con Parálisis Cerebral acogido por la Fundación para el niño limitado COANIL; correspondiente a la Práctica Profesional del Postítulo en Terapias de Arte mención Musicoterapia dictado por la Universidad de Chile.

Con esta práctica se intentó establecer un vínculo con el paciente y lograr un tipo de comunicación para que se pudiera expresar de alguna forma. La intervención duró tres meses aprox. y se basó en algunas orientaciones musicoterapéuticas y en el Modelo de Improvisación libre de Juliette Alvin. Este trabajo obtuvo resultados muy positivos en los aspectos afectivo, sensorio - motriz y estimulación cognitiva de este joven.

El joven en el que se realizó la intervención terapéutica lo llamo "Joaquín".

II. MARCO TEORICO

1. PARÁLISIS CEREBRAL

Definición.

“La parálisis cerebral, también conocida como PC, es un término usado para describir un grupo de enfermedades crónicas que afectan el movimiento del cuerpo y la coordinación muscular. Es causada por el daño a una o más áreas específicas del cerebro, generalmente se producen durante el desarrollo fetal, el nacimiento antes, durante o poco tiempo después, o durante la infancia. Por lo tanto, estos trastornos no son causados por problemas en los músculos o los nervios. En su lugar, el desarrollo defectuoso o daño a las áreas motoras del cerebro interrumpen la capacidad de este para controlar adecuadamente el movimiento y la postura”. "Cerebral" se refiere al cerebro y "parálisis" a la debilidad muscular / mal control. La parálisis cerebral en sí no es progresiva (es decir, el daño cerebral no empeora), sin embargo, las condiciones secundarias, como la espasticidad muscular, pueden desarrollar lo que puede mejorar con el tiempo, empeorar o permanecer igual. La parálisis cerebral no es una enfermedad contagiosa. Aunque la PC no es "curable" en el sentido aceptado, la formación y la terapia puede ayudar a mejorar la función.¹

Los signos precoces de PC generalmente aparecen antes de que el niño alcance los 3 años de edad. A menudo los padres son los primeros en sospechar que las habilidades motoras de su bebé no se están desarrollando normalmente. Los bebés con PC frecuentemente tienen retraso del desarrollo, en el cual son lentos para alcanzar los hitos de desarrollo como aprender a darse vuelta, sentarse, gatear, sonreír o caminar. Algunos tienen un tono muscular anormal. El tono muscular disminuido (hipotonía) puede hacerlos aparecer relajados, aún hipotónicos. El tono muscular aumentado (hipertonía) puede hacerlos aparecer tiesos y rígidos. En algunos casos, un período temprano de hipotonía evolucionará a hipertonía luego de los primeros 2 a 3

¹ American academy for cerebral palsy and developmental medicin (en línea) <http://www.aacpdm.org/>

meses de vida. Los niños con PC también pueden tener una postura inusual o favorecer un lado del cuerpo cuando se mueven.

La PC no puede pasarse de una generación a la otra. No tiene cura, pero el tratamiento de apoyo, los medicamentos y la cirugía pueden ayudar a muchos individuos a mejorar sus habilidades motoras y la capacidad de comunicarse con el mundo.

1.1. Síntomas de PC.

- La carencia de coordinación muscular al realizar movimientos voluntarios (ataxia).
- Músculos tensos y rígidos y reflejos exagerados (espasticidad).
- Caminar con un pie o arrastrar una pierna.
- Caminar en punta de pie, una marcha agachada, o marcha "en tijera".
- Variaciones en el tono muscular, muy rígido o muy hipotónico.
- Babeo excesivo o dificultad para tragar o hablar.
- Sacudidas (temblor) o movimientos involuntarios al azar.
- Dificultad con los movimientos precisos, como escribir o abotonarse una camisa.

1.2. Causas de PC.

Existen múltiples razones por las cuales se produce la parálisis cerebral, por ejemplo, como resultado de anomalías genéticas, infecciones o fiebres maternas, o lesiones fetales. Hay cuatro tipos de daño cerebral que causan sus síntomas característicos:

- Daño en la materia blanca del cerebro (leucomalacia periventricular o PVL):

La materia blanca del cerebro es responsable de transmitir señales dentro del cerebro y al resto del cuerpo. PVL describe un tipo de daño que se asemeja a pequeños agujeros en la materia blanca del cerebro de un bebé. Estos huecos en el tejido cerebral interfieren con la transmisión normal de señales. Existe un número de

episodios que puede causar PVL, incluida la infección materna o fetal. Los investigadores también han identificado un período de vulnerabilidad selectiva en el cerebro fetal en desarrollo, un período de tiempo entre las 26 y las 34 semanas de gestación, en el cual la materia blanca periventricular es particularmente sensible a agresiones y lesiones.

- Desarrollo anormal del cerebro (disgenesia cerebral):

Cualquier interrupción del proceso normal de crecimiento cerebral durante el desarrollo fetal puede causar malformaciones cerebrales que interfieren con la transmisión de señales. El cerebro fetal es particularmente vulnerable durante las primeras 20 semanas de desarrollo. Las mutaciones en los genes que controlan el desarrollo cerebral durante este período temprano pueden impedir que el cerebro se desarrolle normalmente. Las infecciones, fiebres, traumatismos, u otras enfermedades que causan condiciones insalubres en el útero colocan en riesgo al sistema nervioso del bebé no nacido.

- Hemorragia cerebral (hemorragia intracraniana):

Describe el sangrado dentro del cerebro causado por vasos sanguíneos bloqueados o rotos. Una causa común de este tipo de daño es el accidente cerebrovascular fetal. Algunos bebés sufren un accidente cerebrovascular mientras están aún en el útero debido a coágulos sanguíneos en la placenta que bloquean el flujo sanguíneo. Otros tipos de accidente cerebrovascular fetal están causados por vasos sanguíneos malformados o débiles en el cerebro o por anomalías en la coagulación sanguínea. La alta presión arterial materna (hipertensión) es un trastorno médico común durante el embarazo que se ha demostrado que causa accidente cerebrovascular fetal. También se ha demostrado que la infección materna, especialmente la enfermedad inflamatoria pélvica, aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular fetal.

- Daño cerebral causado por falta de oxígeno en el cerebro (encefalopatía hipóxica-isquémica o asfixia intraparto):

La asfixia, es una carencia de oxígeno en el cerebro causada por una

interrupción en la respiración o por bajo suministro de oxígeno, que es común en los bebés debido al estrés del trabajo de parto y el parto. Pero aunque la sangre de un recién nacido esté equipada para compensar los bajos niveles de oxígeno a corto plazo, si el suministro de oxígeno se interrumpe o se reduce durante períodos largos, el bebé puede desarrollar un tipo de daño cerebral llamado encefalopatía hipóxica-isquémica, que destruye tejido de la corteza motora cerebral y otras áreas del cerebro. Este tipo de daño también puede estar causado por muy baja presión arterial materna, rotura del útero, desprendimiento de la placenta, o problemas con el cordón umbilical.

1.3. Tipos de PC.

Las formas específicas de PC se determinan por el alcance, el tipo, y la ubicación de las anomalías del niño. Los médicos clasifican la parálisis cerebral de acuerdo con el tipo de trastorno del movimiento involucrado: espástico (músculos rígidos), atetóide (movimientos de torsión), o atáxico (mala coordinación y equilibrio), más cualquier síntoma adicional. A menudo los médicos describirán el tipo de parálisis cerebral que tiene un niño basándose en qué miembros están afectados. Los nombres de las formas más comunes de parálisis cerebral usan términos en latín para describir la ubicación o el número de los miembros afectados, combinados con las palabras para debilitado (paresia) o paralizado (plejía). Por ejemplo, hemiparesia (hemi = medio) indica que sólo un lado del cuerpo está debilitado. Cuadriplejía (cuad = cuatro) significa que todos los miembros están paralizados.

Algunos tipos de PC:

- Hemiplejía/hemiparesia espástica,
- Diplejía/diparesia espástica,
- Cuadriplejía/cuadriparesia espástica,
- PC discinética: (también incluye las PC atetósica, coreoatetósica y distónica),
- PC atáxica.

Tipos mixtos: Es común que los niños tengan síntomas que no correspondan a ningún tipo de parálisis cerebral. Sus síntomas son una mezcla de tipos.

1.3. Enfermedades adicionales a la PC.

Retraso mental, trastornos convulsivos, retraso del crecimiento y desarrollo, lenguaje deteriorado, *Amaurosis, babeo, incontinencia.²

*Amaurosis: ceguera parcial o total debida generalmente a enfermedades del cerebro o del nervio óptico sin lesiones aparentes en el ojo en sí.³

2. MULTIDEFICIT

“EL MULTIDEFICIT es la presencia simultánea de dos o más deficiencias mentales, sensoriales, motoras o cognitivas, que generan severas limitaciones en la comunicación, la interacción con el entorno y la independencia”⁴

En los últimos años se habla en los servicios educativos de niños “multiimpedidos”, “multidiscapitados”, “con retos múltiples” entre otros términos, cuando la pluralidad del déficit excede el perfil de alumno según la modalidad de la escuela especial.

Desde la mirada de la educación especial, se trata de niños que poseen concurrentemente más de una discapacidad cuyas características no les permiten acceder a la educación general básica, haciéndose necesario en estos casos un servicio especializado en multidiscapacidad. Según un documento socializado mediante la Circular General N° 1 del año 2005 por la Dirección de Educación Especial,

² “PARÁLISIS CEREBRAL: ESPERANZA EN LA INVESTIGACIÓN”, NINDS. Septiembre 2007, (en línea)
<http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paraliscerebral.htm>

³ <http://www.iqb.es/diccio/a/am.htm> (en línea)

⁴ LINEAMIENTOS DE INFORMACIÓN SOBRE SORDOCEGUERA Y MULTIDEFICIT, UNIV. DEL ROSARIO. (en línea)
www.lilianefondoscol.org/action/file/download?file_guid=771

realizado por docentes de la Subcomisión de Ciegos y Disminuidos Visuales, destinado al abordaje de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales con retos múltiples en escuelas públicas.

Una de las tantas causas que genera en un niño Multideficit es la Parálisis Cerebral.

2.1. Multidéficits o Pluridiscapacidades y Condiciones de Grave Discapacidad.

- Consideraciones generales.

Los niños y adolescentes con discapacidades múltiples o grave discapacidad son aquellos que a causa de sus grandes limitaciones intelectuales, físicas y/o conductuales aprenden con mucha mayor lentitud que cualquier otro grupo de alumnos con discapacidad. Son personas que sin ninguna educación formal y sistemática no pueden realizar las tareas básicas de la vida cotidiana como comer, lavarse, o comunicar a los demás sus deseos y sentimientos. Suelen presentar distintas combinaciones de discapacidad (retraso mental y sordera, sordera y ceguera, retraso mental y parálisis cerebral, etc.), pero, en cualquier caso, la discapacidad grave no les excluye de la posibilidad de adquirir habilidades y aprender.

Los intentos de diseñar métodos para su educación son muy recientes, dado que hasta hace poco era el sector peor atendido de la población necesitada de educación especial. Desde su infancia se les recluía en instituciones especiales ajenas al sistema público de enseñanza o simplemente permanecían en sus casas, entre otros motivos, porque se pensaba que apenas podían aprender.

En la actualidad, con la convicción de que la integración es una actitud más justa, se persigue que su educación se lleve a cabo en el entorno menos restrictivo posible.

Criterios de Diagnósticos en Pluridiscapacidad

Los criterios diagnósticos que se utilizan para determinar la gravedad y severidad del problema, se basan en los puntajes obtenidos en tests de

funcionamientos intelectuales, en la edad de desarrollo y en la identificación de las necesidades educativas.

Si se utilizan tests de funcionamiento intelectual, el criterio es el siguiente:

- CI por debajo de 35 – 40 (discapacidad grave)
- CI por debajo de 20 – 25 (discapacidad profunda)

Si el criterio se basa en las necesidades educativas, el referente lo marca el curriculum ordinario. En el caso de que el alumno necesite un curriculum especial no saturado de áreas académicas, sino de capacidades y habilidades para el desempeño personal y social, se tratara de una discapacidad grave o múltiple.

La primera definición de las discapacidades graves y múltiples fue facilitada en 1974 por el departamento de educación de los EEUU (1988): “la expresión ‘niños y jóvenes gravemente discapacitados’ se refiere a los niños que sufren discapacidades y que, a causa de la intensidad de sus trastornos físicos, mentales emocionales, o una combinación de ellos necesitan servicios educativos, sociales, psicológicos y médicos altamente especializados, que van mas allá de los que ofrecen los programas ordinarios y especiales”.

El termino incluye a niños y jóvenes con diagnósticos de alteraciones emocionales (incluida la esquizofrenia), autismo o retraso mental grave y profundo, y a los que padecen dos o mas discapacidades graves, como sordera y ceguera, ceguera y retraso mental o sordera y Parálisis Cerebral.

Prevalencia

Las dificultades implícitas en la definición del termino pluridiscapacidades hacen difícil estimar su prevalencia e incidencia entre la población de niños y jóvenes, porque muchas veces se les integra en otras categorías.

Etiología

Aproximadamente un 75% de la etiología de las plurideficiencias tienen causas orgánicas, el 21% causas desconocidas y el 4% restante se atribuye a otras condiciones. Además, la mayoría de estas causas se dan antes o durante el nacimiento

2.2. Características Psicológicas y Comportamentales del Multidéficits.

Los especialistas coinciden en señalar que quienes tienen una discapacidad grave muestran frecuentemente las siguientes conductas y/o discapacidades:

1) Enlentecimiento en la adquisición de nuevas habilidades: Los niños pluridiscapacitados aprenden más lento que los niños no discapacitados, tienen dificultad para aprender conceptos y relaciones abstractas y, si no practican lo aprendido, suelen olvidarlo con rapidez.

2) Dificultad para la generalización y el mantenimiento de las capacidades recién aprendidas: La generalización se refiere a la ejecución de las capacidades en condiciones distintas a las del aprendizaje inicial, y el mantenimiento tiene que ver con la utilización de la habilidad después de finalizada la instrucción. Estos niños y jóvenes tienen serias dificultades para ello. Una vez aprendida una conducta pueden no saberla utilizar en el momento oportuno.

3) Déficits graves en la capacidad de comunicación: Casi todos los niños y jóvenes en estas condiciones sufren limitaciones en su habilidad de expresarse y entender a los demás, se comunican más lentamente y disfrutan de menos oportunidades para hacerlo. Muchos de ellos no saben hablar, ni gesticular y no responden a los intentos de comunicación, lo cual dificulta en gran manera su educación y sus relaciones sociales. También poseen algún tipo de deficiencia y retraso en el lenguaje y en el habla, además, dificultades en la claridad del habla asociadas al daño cerebral y/o patrones de habla atípicos (lo que expresan puede estar fuera de contexto o ser inadecuado para la situación).

4) Trastorno en el desarrollo físico y motor: La mayoría de los chicos con discapacidades múltiples y/o graves tiene una movilidad muy reducida. Muchos no pueden caminar y otros tampoco pueden ponerse de pie, ni sentarse sin apoyos, por lo que necesitan silla de ruedas, muletas, etc. Son comunes las posturas corporales anormales y los reflejos originados por el daño cerebral.

5) Déficits en la autonomía personal: Algunos son incapaces de satisfacer independientemente sus necesidades básicas como: vestirse, comer, controlar los esfínteres y lavarse. Para aprender tales conductas necesitan entrenamiento especial y /o aparatos.

6) Escasas conductas e interacciones constructivas: A menudo, las personas con discapacidad severa no tienen en cuenta a las otras personas, no son capaces de iniciar la interacción, ni responden a la misma. No puede contactarse con la realidad y de experimentar las emociones humanas básicas. Puede ser difícil atraer su atención, o lograr que manifieste algún tipo de respuesta observable.

7) Conductas inadecuadas frecuentes: (formas rituales, autolesiones). Las conductas estereotipadas más frecuentes son: el balancear el cuerpo, mover las manos frente a la cara, rechinar los dientes, chupar o hacer rodar objetos, girar su cuerpo. Las autolesiones incluyen golpearse la cabeza, arrancarse los cabellos, arañarse o morderse, etc.

Estos tipos de conducta se han intentado explicar de diversos modos:

- Como expresión de su agitación o excitación.
- Como respuestas a situaciones de frustración.
- Como una forma de autoestimulación.
- Otros sugieren que son conductas aprendidas reforzadas por la atención que reciben de los demás.

Aunque estas conductas no pueden considerarse anormales en sí mismas, preocupa a los responsables de su educación la frecuencia con que las practican dado que interfieren con el aprendizaje de conductas adaptativas y, consecuentemente, con su integración en entornos normalizados.⁵

⁵ Gómez C., Pedro F.; Cardona M., María C. *Manual de Educación Especial*. Valencia: Editorial Promolibro. (2001)

3. LA MUSICOTERAPIA.

La Musicoterapia es la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un Musicoterapeuta calificado, con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas.

La Musicoterapia busca descubrir potenciales y/o restituir funciones del individuo para que el / ella alcance una mejor organización intra y/o interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida. A través, de la prevención y rehabilitación en un tratamiento.⁶

Según Benenzon la musicoterapia es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento, los instrumentos corpóreos-sonoros-musicales y otros códigos no verbales, acompañando el desarrollo, la elaboración y la reflexión de un vínculo o una relación entre el musicoterapeuta y otro, o un grupo de otros, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de ellos y favorecer la integración para la sociedad.⁷

⁶ <http://www.lamusicoterapia.com/definiciones-mainmenu-133.html>.

⁷ Benenzon, R. (2008). La nueva Musicoterapia. Buenos Aires: Grupo Editorial LUMEN.

3.1. Algunas Orientaciones Musicoterapéuticas.

3.1.1. Orientación de Gustavo Gauna.

Para la realización de la intervención Musicoterapéutica en PC fue de gran ayuda basarse en los núcleos de salud que señala Gustavo Gauna, ya que, esto permite centrarse no en los síntomas, ni en la patología del paciente, sino, en lo que está sano, y así entregarle a él instancias de logros y menor frustración, esto contribuye enormemente a la creación del vínculo terapeuta – paciente tan primordial en personas con PC, ya que, ellos poseen una gran sensibilidad en cuanto a tener siempre un ambiente de contención y seguridad al incurrir en experiencias nuevas. Potenciar lo que está sano abre una puerta para descubrir y entender el material – mensaje que nos entrega el paciente, esto es de vital importancia en personas con necesidades múltiples que no tienen lenguaje verbal, ya que, así ellos pueden entregarnos información muy valiosa de qué necesitan, qué les gusta, qué rechazan, a través de su corporalidad y los sonidos que ellos emiten.

Los núcleos de salud

Estos núcleos pueden estar más activos o más rígidos, pero existen aún en la patología más severa. Se visualiza el núcleo de salud como un espacio cargado de potencialidades, imposibilitadas de ordenarse en un tempo y que necesitan del acoplamiento de otro para abrir su expresividad. Por esto es importante, que el terapeuta ofrezca todo su cuerpo sonoro en pos de un vínculo con el paciente y conceda el espacio para que los objetos internos de éste encuentren posibilidad de expresión confiando que va a ser recibida o compartida por el musicoterapeuta.⁸

El material - mensaje

El material – mensaje es la información que nos proporciona el paciente que nos sirve como guía de cura, es decir, el paciente propone sus temas y el

⁸ Gauna, Gustavo. Entre los sonidos y el silencio. Musicoterapia en la infancia: clínica y teoría. Editorial Artemisa. Rosario. Argentina. 1996. p. 41 - 44

musicoterapeuta provee la variación de los mismos para completar el desarrollo temático y marcar una estrategia terapéutica.

Se deben tener en cuenta tres niveles de lectura:

- El material, la expresividad como contenido, como significante.
- Las asociaciones de este material con la historia del paciente, como significados.
- El desarrollo temporal en la entrega de este material por el paciente hacia el terapeuta, muy importante en la dirección de la cura.

Como musicoterapeuta hay que tener una plasticidad en nuestra actitud personal para interpretar el material-mensaje del paciente. Esto se refiere a no caer en enjuiciamientos estáticos acerca de este mensaje que el paciente nos proporciona, por esto se debe tener mucho cuidado en dar diagnósticos apresurados.

Es importante que el terapeuta se ofrezca como continente de las diferentes vivencias emotivas del paciente, para que se comience a estructurar un lenguaje entre el paciente y el terapeuta dentro de la terapia.

En la lectura de este material predomina lo sistemático y la reiteración de ciertos rasgos que irán dando pauta de lo que se puede percibir como estructurales y cuales no, nada puede ser tomado como obvio o sobreentendido.

Acercarnos y permitirle tiempos y espacios para desarrollar procesos expresivos al paciente, abiertos a escucharlos, confiando en el valor de su producto y entendiendo que se estructurará una eficacia de símbolos en su beneficio.⁹

El sonido sostén

Este concepto se refiere a la utilización por parte del musicoterapeuta de ritmos, *ostinatos*¹⁰, pulsos, sonidos, melodías, funcionando para ofrecer una sonorización durante los momentos en los cuales las modificaciones están por surgir en el paciente.

Estos sonidos pueden ser cercanos a aspectos de las historias personales o a aquellas expresiones rituales arraigadas en el hombre. Este es diferente a la espera silenciosa.¹¹

⁹ Gauna, Gustavo, op. Cit. p.35 - 40

¹⁰ Patrón melódico y rítmico que se repite a lo largo de una pieza musical.

3.1.2. Orientación, según Gabriel Federico.

Las sesiones deben tener siempre una estructura, un marco referencial para que los pacientes, en especial los con PC pueda anticipar lo que sucederá. Este sentimiento de confianza y seguridad ofrecido por el marco de contención que ofrece el profesional irá dando lugar al vínculo y a la transferencia del proceso terapéutico. Se puede comenzar la sesión con una canción de saludo, luego continuar con las actividades diseñadas para lograr los objetivos propuestos para el paciente y cerrar con una canción de despedida final. En este tipo de abordaje es de suma importancia crear una canción particular de salutación inicial para cada paciente, en la cual su nombre sea cantado por el musicoterapeuta. Es una forma directa de llamarle la atención, un momento dedicado a él, donde el contacto visual, la expresión facial y el tono de voz del profesional invitan al paciente a participar activamente en la sesión, también para que diferencie claramente los tiempos y espacios de cada actividad en esta rutina.

La utilización de una canción final le transmitirá al paciente que esperamos verlo en un próximo encuentro y reforzará positivamente su participación en la siguiente sesión.

Cuando hablamos de encuadre en las sesiones también es muy importante tener en cuenta otros factores: el lugar, los materiales y la ubicación en el espacio de los mismos, esto brindará al paciente de vivenciar el concepto de permanencia. Con esto uno puede darle la oportunidad de pedir lo que quiere (en forma verbal o no verbal), ya que, aquello que le gusta estará disponible para su uso en un determinado lugar y le dará también la seguridad de que volverá a encontrarlo en la siguiente sesión. Con esta modalidad se trabaja aspectos psicológicos muy importantes para el paciente, como el concepto de permanencia del objeto, la relación de confianza en la terapia y el proceso de simbolización.¹²

¹¹ Gauna, Gustavo, op. Cit. p.138 - 141

¹² Federico, Gabriel. (2007). El niño con necesidades especiales. Buenos Aires: Editorial Kier.

3.2. Modelo de Juliette Alvin

Terapia de libre improvisación:

Durante la primera fase del tratamiento el paciente se relaciona con el mundo físico de los objetos por medio de actividades que lo conectan corporalmente al entorno. Estas actividades se dirigen a establecer relaciones sensorio - motrices con instrumentos musicales y con otros objetos dentro del entorno de la situación de terapia. Estas relaciones requieren que el paciente integre aspectos visuales, auditivos y táctiles de los instrumentos y del entorno con su propio sistema sensorial, al mismo tiempo que desplace conflictos y cierre sentimientos. Para algunos pacientes esta fase engloba el conocer los instrumentos musicales, sentirlos, aprender cómo manipularlos y cómo controlar los sonidos.

Para esto Alvin establece cuatro principios que sirven de guía al terapeuta para alimentar estas relaciones sensorio - motrices. Estos son:

Placer: el interés principal del terapeuta es que el paciente pueda derivar su placer de la situación de terapia. Esto se consigue estableciendo un entorno que proporcione libertad con límites no opresivos, por ejemplo, que el paciente pueda hacer ruidos, gritar, etc. y que tenga la libertad de producir placer, por esto se debe motivar al paciente a interactuar con el entorno. Liberar al paciente, pero al mismo tiempo, dejarle saber que hay una válvula de seguridad disponible.

Libertad para elegir los instrumentos: es importante que el paciente tenga libertad para seleccionar los instrumentos sin que el terapeuta le influya o le guíe. El terapeuta debe encontrar un modo eficaz de introducir y presentar los instrumentos (visual, auditivamente, etc.) y presentar una selección amplia, pero sin oprimir al paciente. Con esto se revela la personalidad de éste, ayuda a desplazar sentimientos negativos y le da el control sobre su participación en la sesión, esto le proporciona placer, seguridad y además previene que el paciente se resista a la situación de terapia.

Sin guía, sin dirección: un enfoque no dirigido no sólo se refiere a la libertad que tiene el paciente para elegir los instrumentos, sino también para presentar actividades. Aquí,

el terapeuta no intenta controlar o dirigir lo que hace el paciente, más bien, presenta opciones, acepta las selecciones del paciente y proporciona apoyo y asistencia si él lo requiere.

Territorialidad: Para los pacientes que están apartados o que evitan contacto personal, el tener un espacio para ellos puede ser extremadamente muy tranquilizador. Una vez que el paciente tiene su propio territorio, el terapeuta no lo invade sin su permiso. El terapeuta también puede marcar un territorio para él y con el tiempo se pueden hacer juegos de “invadir” el territorio del otro para preparar al paciente para compartir su espacio con el terapeuta.¹³

Así como Alvin ve la territorialidad desde el espacio físico, también se puede ampliar esta visión hacia el espacio corporal del paciente, su territorio primario. Debemos detectar los límites que el paciente nos da sobre este para no transgredirlo sin su permiso, una caricia, el estrechar una mano, el hablar, cantar o hacer sonar un instrumento muy cerca de su oído puede originar rechazo y bloqueo para establecer un vínculo con el paciente.

¹³ Bruscia, K. (1999). Modelos de Improvisación en Musicoterapia. España: Agruparte.

4. LA MUSICOTERAPIA EN PARÁLISIS CEREBRAL

La persona con parálisis cerebral puede a través de la música expresarse, lograr conciencia de movimiento y al mismo tiempo experimentar descarga física y emocional. Esta es la contribución específica que puede hacer la música en esta patología y es una contribución muy valiosa. En el siguiente cuadro se especifican los beneficios de la utilización de la música en pacientes con PC, según Sabbatella: ¹⁴

Sensorio-motriz	<p><u>Destrezas Motoras</u>: mejora el nivel de tensión y favorece la relajación, ayuda al control motor, mejora la coordinación motora y del temblor. Mejora la manipulación y la movilización general de los miembros superiores favoreciendo la estructuración y organización temporo-espacial.</p> <p><u>Esquema Corporal</u>: favorece su reconocimiento, el control postural y el equilibrio, la sincronización y la coordinación general y segmentaria. Se estimula el dominio del cuerpo en el espacio, la marcha, el control de los objetos, la expresividad corporal y facial y la habilidad óculo-manual, motriz-instrumental, rítmico-corporal. Mejora la respiración, la fonación y el control vocal.</p>
Psico-emocional	<p>Favorece la expresión de emociones a través del sonido y la música.</p> <p>Favorece la estabilidad emocional y estimula el reconocimiento de la respuesta emocional a las intervenciones musicales propias, de los pares y del musicoterapeuta.</p> <p>Permite la transferencia de comportamientos o rasgos patológicos a la producción musical (comportamientos repetitivos, sonidos específicos, reacciones sonoras incontroladas, etc.).</p>
Cognitiva	<p>Favorece el desarrollo de la atención y la concentración hacia el sonido, la música y el lenguaje, la discriminación auditiva, estimulando la memoria inmediata y a largo plazo.</p> <p>Mejora la inteligibilidad del habla y favorece el desarrollo del lenguaje y la adquisición de vocabulario.</p>

¹⁴ Cuadro. Sabbatella, P. (2003). Musicoterapia Aplicada: Metodología y Evaluación en Parálisis Cerebral. Libro: Musicoterapia 2002. Fundación Inocente, Confereración Aspace, Asodown, Autismo España. ISBN: AV-97-2003. p. 86

Comunicación Social	<p>Mejora la capacidad e intención de comunicación e interacción entre pares, otorgando la oportunidad de asumir diferentes roles en la actividad musical (líder, cooperador,...).</p> <p>Estimula el desarrollo de habilidades sociales (compartir, esperar turnos, respetar...).</p> <p>Aporta un sentimiento de pertenencia a un grupo y estimula las relaciones interpersonales favoreciendo el desarrollo de la autoestima.</p>
----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.1. Conceptos Relacionados con Musicoterapia.

Comunicación no verbal	<p>La comunicación no verbal hace referencia a un gran número de canales, entre los que se podrían citar como los más importantes el contacto visual, los gestos faciales, el canal sonoro, los movimientos de brazos y manos o la postura y la distancia corporal. ¹⁵ Benenzon también define esto como una unidad indivisible de elementos interrelacionados que constituyen los fenómenos de comunicación entre los seres humanos y que es el objetivo de estudio de la Musicoterapia. ¹⁶</p>
Vínculo con el paciente	<p>Que se establezca un vínculo sonoro, relacional y emocional con el paciente es muy importante a la hora de confeccionar una evaluación en el tratamiento en curso, este vínculo genera transferencia (es la actitud del paciente de repetir, en la figura del musicoterapeuta, los mismos episodios ocurridos primitivamente en la historia de su relación materno-paterno-infantil. O sea, poner en el presente el pasado¹⁷) y Contratransferencia (que es el sentir del musicoterapeuta del impacto que la transferencia hizo en su inconsciente) que ayudan a visualizar el camino de la terapia, por ende el terapeuta debe vivenciar en ambos casos en forma consciente y analítica frente a este fenómeno vincular.</p>
Rehabilitación	<p>Proceso por medio del cual se ayuda a un paciente a conseguir los máximos niveles posibles de funcionalidad, independencia y calidad de vida, a través de la estimulación sensorio-motriz y cognitivo. ¹⁸.</p>

¹⁵ http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion_eficaz.shtml (en línea)

¹⁶ <http://www.fundacionbenenzon.org/glosario> (en línea)

¹⁷ Benenzon, R. (2008). La nueva Musicoterapia. Buenos Aires: Grupo Editorial LUMEN. P. 77.

¹⁸ <http://nebraskamed.com/Manage-Health/Library/4255/Glosario-Medicina-Física-y-Rehabilitaciín.aspx#R> (en línea)

4.2. Métodos y Técnicas Musicoterapéuticas aplicadas en PC.

Los métodos y técnicas más utilizadas en PC, según Sabattella son:

- Movimiento con música.
- Relajación.
- Trabajo con instrumentos musicales.
- Expresión vocal y canto.
- Habilidades sensoriales y audición.

4.2.1. Movimiento con Música.

Las experiencias musicales terapéuticas que integran actividades de movimiento libre y/o dirigido con música resultan adecuadas para despertar las sensaciones internas del cuerpo del paciente y a la percepción de los estímulos externos a través de los sentidos, favorece la toma de conciencia del esquema corporal, de las relaciones con el espacio y el tiempo y las posibilidades expresivas del cuerpo. La música proporciona por su connotación de tiempo y espacio una sensación de movimiento en función de sus características relacionadas con la velocidad, el ritmo y la melodía. Este tipo de actividades permite trabajar las percepciones óseo-muscular, táctil, de movimiento, auditivas visuales y espaciales. Para que exista sincronización ritmo-movimiento debe funcionar en el individuo un sistema de anticipación que haga posible prever el momento en el que el sonido va a producirse. La utilización de patrones rítmicos repetitivos estimula las neuronas motoras y activa los patrones musculares en una estructura temporal predecible que crea un efecto fisiológico de sincronización auditivo-motriz.

La percusión corporal produce una fuerte sensación táctil, la cual desde las manos, los muslos o los pies estimula la percepción interior del ritmo y desencadena reacciones sensoriales y motrices que facilitan su memorización. Además, permite resolver problemas de rigidez, y trabajar sobre el tono muscular, contribuyendo a afirmar el conocimiento del esquema corporal.

4.2.2. Expresión Vocal.

Las experiencias musicales terapéuticas que integran actividades de expresión vocal, se enfocan tanto en la estimulación del potencial expresivo emocional de la voz, como en el desarrollo del lenguaje. En el proceso de comunicación verbal, la voz es el vehículo de integración de la expresión comunicativa convirtiéndose en una herramienta de integración social. Es una poderosa conexión con uno mismo al ser un medio de expresión de necesidades básicas: alimento, afecto, protección.

La canción: la canción puede ser utilizada como una estrategia de comunicación dejando de ser una estructura musical para convertirse en una estructura contextualizada en el marco de una relación afectiva y emocional. Las canciones de cuna cumplen esta misión y se realizan de forma espontánea, por esto el canto puede influir en la vida emocional evocando sensaciones, emociones, recuerdos, modificando estados de ánimo. Además, trabajar la expresión vocal a partir del canto del propio nombre del paciente, permiten el refuerzo de su identidad.

Metodológicamente el trabajo con la expresión vocal abarca numerosos aspectos a nivel expresivo tales como:

- Tomar conciencia del aparato fonador, como encargado de la producción del lenguaje.
- Conseguir un dominio de la zona oral encargada de la producción vocal.
- Descubrir las posibilidades sonoras de las diferentes partes que constituyen el aparato fonador.
- Tomar conciencia de los matices expresivos que se pueden realizar con la voz y las diferentes partes del aparato fonador.
- Tomar conciencia auditiva de los climas sonoros que crean la variedad de timbres que se pueden realizar con las diferentes partes del aparato fonador.

Las diferentes posibilidades expresivas de la voz se integran también en este nivel:

- Expresión Vocal: susurros, murmullos, gritos, gemidos, jadeos, exclamaciones, suspiros, zumbidos, onomatopeyas, ruidos, entonaciones.

- Expresión de estados emocionales: sorpresa, miedo, pena, alegría, tristeza, agresividad, amor, odio, asco, ira (se relaciona con el carácter y la intención de la producción sonora).

Cuando estos aspectos el terapeuta los desea trabajar en actividades concretas puede realizar actividades potenciales como: juegos de pregunta-respuesta, improvisaciones pre-vocálicas, sonorización de situaciones, *ostinatos*, juegos con nombre propios y comunes, llamadas, pregones, rimas, refranes, adivinanzas, recitados, el "canto hablado", juegos fónicos, trabalenguas, imitaciones de ruidos, de sonidos de animales, ritmos corporales- vocales para mejorar el ritmo, la fluidez y expresividad del lenguaje. Luego, si se desea realizar una experiencia vocal más elaborada se pueden crear actividades de escritura y composición de canciones, canto acompañando con instrumentos, improvisaciones que permitan el trabajo con la voz en un nivel musical más exigente para trabajar la entonación.

4.2 3. Habilidades Sensoriales y Audición.

Existen actividades musicoterapéuticas donde se puede trabajar la audición y el desarrollo de la capacidad de escuchar, para esto es necesario desarrollar la capacidad de atención al sonido, de discriminación y reconocimiento de diferentes estímulos sonoros y la apreciación del silencio como paso previo fundamental para el reconocimiento del lenguaje y la escritura.

Algunas de las actividades más utilizadas:

- Desarrollo de la inteligencia auditiva y la memoria: a través de ejercicios de escuchar, reconocer y reproducir las variaciones de altura del sonido, los intervalos y las escalas, se acompañarán los ejercicios de movimientos corporales y gráficos que ilustren el movimiento sonoro.
- Los ejercicios de audición de obras musicales: deben tener un objetivo muy claro y las obras elegidas deben durar aproximadamente 3/4 minutos para que no recaiga el tiempo de atención. Pueden ser utilizadas para inducir estados de relajación, inventar

historias, acompañarla utilizando instrumentos de percusión o percusión corporal, realizar dibujos inspirados en la música.¹⁹

4.2.4. Los Instrumentos Musicales.

Muchas veces en las sesiones de Musicoterapia se utilizan recursos sonoros y musicales variados en estilo y procedencia para poder llevar a cabo los objetivos de la terapia. En el cuadro se presenta una clasificación general de los recursos y materiales utilizados.

MATERIALES Y RECURSOS UTILIZADOS EN MUSICOTERAPIA²⁰
<ul style="list-style-type: none">• Instrumentos naturales: el cuerpo como objeto sonoro (percusión corporal. voz.)• Instrumentos convencionales: piano, guitarra, flauta de pico, etc.• Instrumentos de percusión: altura determinada – indeterminada.• Instrumentos folklóricos y autóctonos.• Instrumentos de construcción artesanal.• Instrumentos contruidos por los pacientes.• Instrumentos contruidos con fines terapéuticos: material específico de musicoterapia; instrumentos adaptados.• Materiales y objetos sonoros para discriminación auditiva: silbatos, pájaros de agua, trompetillas, matracas, etc.• Instrumentos midi y material informático musical.• Material discográfico: de diferentes estilos, clásica, para relajación, efectos de sonido; música compuesta por el musicoterapeuta o por el paciente, etc.• Material de psicomotricidad.

¹⁹ Sabbatella, P. op. Cit.

²⁰ Sabbatella, P. op. Cit. p. 104.

III. INTERVENCION MUSICOTERAPEUTICA

El proceso de trabajo con este joven parte desde el conocimiento del lugar físico donde se llevaría a cabo la intervención, realizando en primera instancia una observación objetiva del paciente para tener conocimiento de su patología, rutina diaria y entorno. Además, se realizó una entrevista al equipo multidisciplinario de la Escuela donde él asistía. Después de conocer el expediente donde se encontraba su diagnóstico clínico de PC dentro de otras patologías conjuntas, lo que se llama Multidéficits, comencé las sesiones musicoterapéuticas con los resultados que veremos a continuación.

1. LA INSTITUCIÓN

Coanil es una fundación de carácter privado sin fines de lucro, en la que acoge a niños y adultos con limitación o discapacidad intelectual entre los 0 y los 50 años, preferentemente abandonados por sus cuidadores o bien sacados del núcleo familiar. Su misión es dar una rehabilitación integral a quienes acuden a los distintos centros de la institución. La fundación posee numerosos hogares a lo largo de todo Chile para poder acoger a estas personas, así mismo cuentan con 27 escuelas gratuitas, aprobadas por el Ministerio de Educación.

Sus objetivos son:

- 1.- Favorecer la inclusión y participación social de las personas con discapacidad intelectual.
- 2.- Abogar para que las personas con discapacidad intelectual puedan ejercer sus derechos de ciudadanos con libertad y representarlos legalmente cuando sea necesario.
- 3.- Brindar una respuesta educativa a las personas con discapacidad intelectual.
- 4.- Promover en nuestra sociedad una cultura de respeto y dignidad de las personas con discapacidad intelectual.

- Hogar Los Jazmines.

Este hogar queda ubicado en Avenida Nueva Larraín 9940, La Reina, Santiago. Sus características son de un centro residencial mixto con discapacidad intelectual severa y profunda, sin deambulaci3n.

- Escuela Ruca Rayen.

En el mismo sitio se encuentra ubicada esta Escuela, la que entrega dos horas diarias de atenci3n a los pacientes y su especialidad es en multidéficits.

Su objetivo a trav3s de su proyecto educativo, es intentar dar respuestas a las necesidades de aprendizaje de las personas con discapacidad intelectual.

La Escuela es gratuita y abierta a toda la comunidad. Basada en los principios de igualdad, ofrece las mismas oportunidades a todos, reconociendo que cada persona tiene sus propias necesidades y derecho a que se respeten sus características personales.

Los niveles que abarca esta escuela son:

- 1.- Nivel B3sico: para ni1os y ni1as entre 8 y 15 a1os.
- 2.- Nivel Laboral: dirigido a j3venes entre 16 y 24 a1os.²¹

1.1. El Equipo Multidisciplinario del Hogar y la Escuela.

El equipo multidisciplinario se compone de: Docentes especialistas, Kinesiólogos, Asistentes Sociales, Psic3logos, Fonoaudi3logos, Terapeutas Ocupacionales y Asistentes en sala.

Es importante se1alar que el personal que trabaja en el Hogar y en la Escuela sufre un notorio s3ndrome de *Burnout*²², dada las condiciones en que se encuentran

²¹ www.coanil.cl/ (en l3nea)

²² El S3ndrome de Burnout se ha definido como una respuesta al estr3s laboral cr3nico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalizaci3n), al propio rol profesional (falta de realizaci3n profesional en el trabajo) y tambi3n por la vivencia de encontrarse emocionalmente

los pacientes, como por ejemplo, daños severos físicos y mentales, situación de abandono, orfandad y algunos con protección judicial del Sename ²³.

1.2. El Espacio físico.

El espacio físico donde se realizó la intervención, tuvo constantes modificaciones, debido a cambios de lugar. Por lo tanto, el **setting** también sufrió variaciones, por ejemplo, todas las salas tenían distintos aromas y sonidos externos (bocinas, gente hablando y sonidos de la naturaleza) que a veces se confundían con los sonidos utilizados en las sesiones.

2. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.

Joaquín tiene 15 años y cuatro meses, de nacionalidad chilena. Llegó a la Institución a la edad de 8 meses con protección judicial por parte del Sename. Se desconoce mayores antecedentes de sus padres. En ese momento una voluntaria del Hogar se encariña con él y adopta el rol de madrina. Ella lo visita dos veces a la semana, excepto en las vacaciones.

A continuación, se da a conocer la información sobre este joven entregada por la institución:

2.1. Diagnóstico Clínico (Ficha del Paciente)

Joaquín presenta una P.C. secundaria a asfixia neonatal (niño prematuro) hemorragia intercraneal, severa alteración de la comunicación. Infecciones urinarias recurrentes. Discapacidad intelectual profunda en el límite alto, con alteraciones en su comunicación a nivel expresivo y comprensivo, amaurosis y dermatitis facial.

agotado (Gil-Monte & Peiró, 1997). <http://www.monografias.com/trabajos39/sindrome-burnout/sindrome-burnout.shtml> (en línea)

²³ Servicio Nacional de Menores. www.sename.cl/ (en línea)

2.1.1. Observación durante la Evaluación.

Posee bajo control de cabeza y tronco. Establece escaso contacto con examinador. Poca iniciativa para explorar objetos. Sus períodos de concentración son relativamente breves. No tiene visión, pero su audición está en buen estado.

2.1.2. Habilidades Adaptativas.

Comunicación:

Escasa respuesta ante estímulos. Es capaz de expresar agrado y desagrado por medio de sonidos vocálicos, gritos y balbuceos. No posee lenguaje verbal y se observa inexpresivo.

Autodirección:

Es capaz de desplazarse en su silla sin funcionalidad.

2.2. Impresiones sobre Joaquín

Según la madrina:²⁴

Es un niño tranquilo con las personas que conoce, bueno para dormir. No toca ningún instrumento musical debido a su condición física. En cuanto a la música prefiere los sonidos suaves, música infantil, de relajación y le gustan mucho las marchas. Reacciona frente a la música con mucha alegría. Le desagradan las voces fuertes, gritos, llantos, los sonidos altos y en general, los ruidos molestos. Le canto al oído “Pin-Pon”, “duérmete mi niño” y canciones que le invento en el momento.

El tacto es la principal forma de comunicación que tengo con él, a través de las caricias y besos le voy cantando alguna canción. Solo acepta el contacto con las manos, soy la única persona que le permite que le haga cariño y le de besos.

Referente a su voz, sólo emite gritos de molestia, difíciles de identificar.

Según el Hogar y la Escuela:

²⁴ Entrevista anexo 1

Joaquín es un joven tranquilo, duerme todo el día, pocas veces está despierto, le gusta la música, es un joven triste, inexpresivo, no le gusta que lo toquen.

3. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

Descripción:

El proceso musicoterapéutico se desarrolló por medio de sesiones individuales con una frecuencia de dos veces por semana los días lunes y jueves a las 14:00 hrs. La rutina de Joaquín comenzaba desde las 10:00 hasta las 12:00 hrs. con clases en la Escuela, luego, almorzaba y era trasladado nuevamente al pabellón, después yo lo iba a buscar para comenzar la terapia, por lo que debíamos ocupar algún espacio que en ese día estuviese desocupado en la Escuela, terminada la sesión lo iba a dejar nuevamente al pabellón del Hogar. La duración de las sesiones fue variando en cada una de estas, debido al estado de ánimo y salud de Joaquín y en gran medida a su capacidad de concentración y atención, que generalmente iba de menos a más. En un rango aprox. la duración de las sesiones era de 40 min. a una hora.

Se realizó un total de 20 sesiones, distribuidas en tres fases: **fase uno** “El Yo con los objetos”, **fase dos** “Relacionarse con el Yo y el terapeuta” y **fase tres** “Relacionar el Yo con los demás”

Supervisión:

Todo este proceso fue supervisado a través de la entrega de reportes de cada una de las sesiones a la supervisora, de los respectivos protocolos y análisis de videos. Con esto me daba orientaciones claras de cómo seguir el proceso con Joaquín, compartiendo planteamientos, ideas, experiencias y de cómo manejar las contratransferencias que se iban produciendo en el transcurso de la intervención. Además, cada semana ella realizaba un *feedback*²⁵ acerca de mis habilidades y

²⁵ En el ámbito docente, el término *feedback* o retroalimentación, se refiere a la entrega de información al estudiante acerca de su desempeño con el propósito de mejorar éste en el futuro.

competencias para ir construyendo poco a poco el rol de futura musicoterapeuta. Al mismo tiempo me proporcionó la orientación necesaria para desarrollar mis potencialidades respecto al trabajo en equipo y resolución de problemas. Por esto la labor que realizó la supervisora fue de vital importancia para retroalimentar el trabajo realizado en cada etapa del proceso terapéutico de Joaquín y el propio.

3.1. INICIO DE LA EXPERIENCIA.

Joaquín fue una cosa del destino, ya que, mi paciente individual al definirlo con la institución era otro. Como mi primer paciente era un caso muy difícil para mi práctica, decidimos junto con mi supervisora tomar otro caso más accesible y me derivaron a Joaquín. Nuestro primer contacto fue hostil, sin saber nada de él, puse mis manos en sus rodillas y le dije: “Hola Joaquín” en seguida se irritó, gritó y tensó todo su cuerpo, me dijeron...”no le gusta que lo toquen y es esa su reacción de enojo”...lo primero que pensé fue que el vínculo terapeuta – paciente tendría que trabajarlo con calma, en especial el contacto corporal.

En la Escuela me proporcionaron información confidencial sobre Joaquín, sus datos personales y su situación de salud, social, familiar y educativa, pero también había información manejada por los médicos, según la directora de la Escuela, a la cual no se podía acceder, en resumen, la información a la que tenía acceso era incompleta. Además habían muchas contradicciones en su diagnóstico cognitivo, emocional y social, por lo tanto saqué los aspectos para mí más coherentes y relevantes de su ficha para tener una idea de cómo era Joaquín antes de la primera sesión exploratoria.

3.1.1. ETAPAS DE DIAGNOSTICO.

Valoración y evaluación.

A lo largo del proceso musicoterapéutico mis actitudes y acciones se dieron de forma espontánea e intuitiva que contribuyeron positivamente a la terapia con Joaquín. Abordé el proceso terapéutico de forma muy similar al utilizado por Juliette Alvin, por este motivo decidí relatar y sistematizar el proceso utilizado en la tabla de Alvin donde resumo más adelante de qué forma se llevó a cabo la Valoración y Intervención en Joaquín.

Valoración del estado de Joaquín.

- Potencialidades: buena percepción auditiva y táctil.
- Necesidades: potenciar los canales expresivos para la creación y comunicación con si mismo y su entorno.
- Problemas:
 - Intolerancia al contacto corporal.
 - Poco interés en explorar los instrumentos musicales.
 - Postura laxa
 - Canales de expresión reducidos.

3.1.2. OBJETIVOS MUSICOTERAPEUTICOS

Objetivos Generales.

- Ampliar la capacidad de expresión y comunicación de Joaquín.
- Estimular su creatividad.
- Dar espacio al disfrute a través de la música.
- Reafirmar su identidad y su territorialidad.

Objetivos Específicos.

- Establecer y potenciar el vínculo terapeuta – paciente.
- Lograr tener contacto corporal con Joaquín.
- Favorecer la expresión de emociones a través del sonido y la música.
- Influir a través de los sonidos en la vida emocional de Joaquín evocando sensaciones, emociones y modificando estados de ánimo.
- Trabajar la expresión vocal a partir del canto, permitiendo el refuerzo de la identidad del paciente
- Explorar cómo reacciona a diferentes estímulos sonoros que son proporcionados por la terapeuta.
- Descubrir que instrumentos le agradan y cuales le desagradan.
- Descubrir en él las posibilidades sonoras de las diferentes partes que constituyen el aparato fonador.
- Desarrollar la capacidad de escucha y la atención al sonido.
- Mejorar la coordinación motora y disminuir los movimientos estereotipados.
- Desarrollar la atención y la concentración hacia el sonido, la música y la discriminación auditiva.
- Favorecer la toma de conciencia del esquema corporal, de las relaciones con el espacio y el tiempo y las posibilidades expresivas del cuerpo.
- Estimular la percepción del ritmo interno.
- Resolver problemas de rigidez, y trabajar sobre el tono muscular, contribuyendo a afirmar el conocimiento del esquema corporal.

3.1.3. Setting y Materiales.

El lugar donde iniciamos el proceso con Joaquín constantemente varió, provocando dificultades para trabajar la territorialidad, el sentido de pertenencia, permanencia, confianza, seguridad y contención del joven. A pesar de esto logramos

establecer un vínculo y seguir adelante con las sesiones, utilizando los siguientes instrumentos musicales:

- Teclado electrónico, Bombo, Arquín, Voz del terapeuta ,1 pandero, 3 maracas, 1 sonaja, uñas, semillas, guitarra, 2 triángulos (agudo y grave), 1 palo de agua, 1 calimba pequeña,
- Materiales: cámara fotográfica y de video.

3.1.4. Desarrollo del Proceso Musicoterapéutico.

Fases del desarrollo en la terapia de improvisación libre. ²⁶

SESIONES	FASES	ETAPAS
1 exploratoria 1 – 3	FASE UNO “El YO con los objetos”	1- “Conociendo a Joaquín”. (análisis p. 37) 2- “Exploración de los instrumentos musicales por Joaquín”.
4 – 17	FASE DOS “Relacionarse con el Yo y el terapeuta”	3- “Su voz, su sonido”. (análisis p.44) 4- “Estableciendo el vínculo terapeuta – paciente”. 5- “Primer contacto corporal directo”. 6- “Joaquín expresa lo que desea”. 7- “Él Manipula los instrumentos funcionalmente”.
18 – 20	FASE TRES Relacionar el Yo con los demás”	8- “Preparando el cierre del proceso”. (análisis p.50) 9- “Cierre del proceso”. (Análisis p.56)

²⁶ Bruscia, K. op. Cit. p.107 – 108.

❖ **DATO IMPORTANTE:** Debido a la ausencia de familia que pudiera dar datos de la historia sonora de Joaquín, entrevisté a la Directora de la Escuela Ruca-Rayen que había sido su profesora por más de 5 años, a la persona que lo visita casualmente, a su profesora actual y a la Terapeuta ocupacional de la Escuela.

Así con la información obtenida confeccioné la ficha musicoterapéutica de Joaquín (ver anexo N°1).

3.1.5. Análisis y Descripción de algunas Etapas del Proceso de Tratamiento:

En una primera instancia, ante la información de profesores y cuidadores de la Escuela y Hogar, decidí poner más énfasis en la información no verbal que Joaquín me daría.

FASE UNO

EL YO CON LOS OBJETOS: “CONOCIENDO A JOAQUÍN”

Protocolo Musicoterapéutico.

- Sesión nº: 1 Conocimiento.
- Fecha: 7 de Septiembre del 2009.

I. Objetivo general:

Conocer las reacciones de Joaquín frente a diferentes estímulos sonoros que son proporcionados por la terapeuta.

Objetivos específicos:

- Establecer vínculo terapeuta – paciente.
- Explorar que instrumentos le agradan y cuales le desagradan.
- Duración sesión: 30 minutos.
- Clima y temperatura: día frío y nublado.
- Antecedentes relevantes: me llama profundamente la atención que a las 14:00 hrs. se encuentra completamente dormido.

- Disposición espacial del paciente: Joaquín se encuentra con movilidad reducida, sentado amarrado a una silla de ruedas neurológica durmiendo con una frazada sobre sus piernas.
- Joaquín antes de la sesión: el joven llega a la sala y se saca la frazada con los ojos cerrados. Después comienza con movimientos estereotipados, que consisten en tocarse el cuello con el dedo índice y anular; esto lo hace varias veces hasta enrojecer su piel, además, realiza una especie de aplauso repetitivo con sus dos manos.

II. Recursos instrumentales y materiales.

- Bombo, Arquín, Voz, 3 maracas, 1 pandero, 1 sonaja, pezuñas, 1 cascabel, guitarra, 2 triángulos (agudo y grave), palo de agua, calimba pequeña,

- Materiales: Cámara de video.

III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz, cuerpo etc.)

- Improvisación receptiva sobre ritmos binarios e intervalos de terceras, utilizando la voz para canto de bienvenida y de despedida, además, canciones de melodías simples con su nombre compuestas para la sesión.
- Juego de dinámicas sonoras: intensidades fuertes y despacio.

IV. Desarrollo de la sesión/ Descripción de actividades: inicio – medio – final; momentos repetitivos/ momentos de cambio:

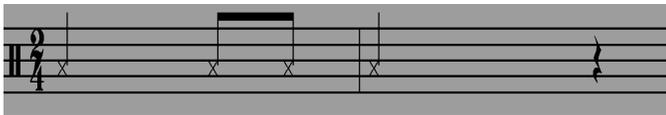
Inicio - canto de Bienvenida: voz y guitarra, cantando el nombre del paciente y mi nombre, preguntándole cómo está y que lo vengo a saludar. Repito dos veces la canción.

Reacción del paciente: antes del canto de bienvenida Joaquín realiza movimientos estereotipados, apenas comienzo a tocar la guitarra cesan estos movimientos y comienza aparentemente a relajarse, su respiración es más profunda, pero tiene sus ojos abiertos, en ese momento comienza a salivar mucho, creo percibir que está en un estado (a mi parecer) de alerta y escucha.

Se queda de esta manera en toda la canción (**1 min. aprox. de atención**)

Desarrollo:

1° actividad: Con el pandero toco un ritmo binario, alusivo al ritmo cardiaco:



Luego, practico el juego con la dinámica fuerte y despacio, acercando el pandero y alejándolo del joven. Le acerco el instrumento para que tenga contacto táctil después de haberlo escuchado.

Reacción de Joaquín: mantiene sus ojos abiertos más tiempo, se ve más alerta, sonríe cada vez que suenan las chapas del pandero, puede ser que le agrade esta dinámica. Cuando acerco el instrumento a su cabeza, lo aleja con su brazo, pero no lo suelta, y puedo seguir tocando mientras el sostiene con mi ayuda el pandero.

Sonidos fuertes y despacio: tomó una actitud pasiva y de descanso. (¿Podría haber sido relajación?). Cuando posa su mano sobre el instrumento y lo aleja de él repentinamente, pienso que quizás es una reacción de desagrado, ya que impide con esta acción que yo siga ejecutándolo. Se produce el primer contacto táctil con el instrumento.

Luego, pruebo con el **bombo de piel** haciendo explicito y directo el ritmo del latido del corazón. Después de esto acerco el instrumento para que toque su textura.

Reacción de Joaquín: después de varios minutos tocando el bombo Joaquín lo aleja con su brazo, yo insisto en seguir tocando cerca de él y vuelve a alejar el instrumento con su brazo, yo insisto, y lo aleja tres veces, mi insistencia provoca al

parecer que se desplace en su silla para alejarse, esto me causa mucha gracia, pienso en ese instante que están saliendo a la luz sus núcleos de salud.

Este acontecimiento fue muy importante, porque realizó una acción fuera de lo que eran los movimientos estereotipados, quizás él no se dió cuenta, pero, realizó un movimiento con una cierta utilidad, puede ser que él no quería irse, o puede que sí, se pueden tener varias especulaciones, por esto, esta acción la interpreté en ese instante como una señal de su parte para que yo dejara de tocar el bombo y así lo hice.

Segunda actividad: pandero y voz. Canción de Fray Jacobo, pero el texto alusivo a Joaquín.

4

4

7

7

4/4

Voice

Cymbals

Joa a quin in Joa a quin in dón des tás

a quies tás to ca el tam bo or to ca el tam bo or

y se ras muy fe liz

Cym.

Respuesta del paciente:

Melodía Fray Jacobo con su nombre y pandero en ritmo binario: detiene sus movimientos estereotipados y su mirada, al pasar unos segundos comienza a reír de a poco. Luego, a reír con muchas ganas, involucrando su boca, ojos, cuerpo, después se queda escuchando y se contacta por primera vez visualmente conmigo, aunque su

diagnóstico dice que no puede ver, él fija su mirada en mí. Hago una pausa y espero un rato, él comienza a realizar sus movimientos estereotipados. Reanuda la actividad y cesan los movimientos repetitivos. Esto me indica un cambio en él cuando realizo esta actividad y al parecer no hay rechazo, ya que, los movimientos estereotipados cesan al escuchar la melodía que le canto.

Reacción ante el uso de la Voz del Musicoterapeuta:

- Escalas vocales con A: sonrío y aparentemente se relaja.

- Frecuencias altas: movimiento rápido con sus manos al parecer nervioso y ríe. (Primera vez que realiza esta acción), toma el pandero, la baqueta de este, la chupa y la tira (primera exploración del instrumento a través de sus medios).

- Staccato²⁷: observa tranquilo.

- Escalas rápidas con su nombre: comienza a inquietarse un poco, sin movimientos repetitivos, observa, escucha y comienza a salivar.

- Canto por última vez su canción y en ese momento en su risa aparece su voz.
 - Ruidos externos: Reacciona frente a los sonidos externos, puertas, pasos, voces.

 - Respuesta a estímulos corporales: Al parecer no le gustan los instrumentos muy cerca de su oído. No muestra interés en los objetos que le pongo a su alcance.

²⁷ En el canto el staccatto consiste en remarcar todas y cada una de las notas de una frase musical, de manera que se identifiquen con absoluta claridad.

- **Transferencia:** En una de las actividades mientras tocaba el triángulo, Joaquín comienza a chuparse el chaleco y su mano ¿habrá sido el sonido del triángulo lo que gatilló esta reacción?, ¿lo habrá transportado a su infancia?
- **Contratransferencia:** Pensé en un momento de la sesión que me estaba alargando mucho y que debía parar, pero seguí creando instancias sonoras que pudieran darme más información acerca de Joaquín, por lo tanto, comenzaba a ponerme ansiosa con el tiempo y con la baja capacidad de concentración de Joaquín en cada instrumento, sentía que tenía que estar variando a cada momento y eso me hacía sentir que no estaba funcionando.
- **Reacción Terapeuta:**
 Todavía no me atrevo a hacer contacto corporal con él, no quiero invadir su territorialidad (Alvin).

V. Conclusiones de la sesión:

En una primera instancia creo que cuando canto es el conjunto lo que lo hace reaccionar, quiero decir, su nombre, mi voz cantada y la percusión del pandero. Se ríe cada vez que canto su nombre. Se cumplieron los objetivos trazados en este conocimiento, ya que, tengo una idea de qué instrumentos le agradan y cuales no. Aparentemente no reacciona al lenguaje verbal. Se ve a Joaquín bastante despierto cuando se le estimula, expresa claramente que instrumentos le gustan, por lo menos, eso es lo que percibo. Reacciona a los cambios de timbres y colores, a las pausas y silencios. Asoma indicios de estar contento en las actividades. Sigue realizando movimientos estereotipados.

- ❖ Tiempo de de atención y concentración: 23 minutos

VI. A considerar para la próxima sesión:

Dejar más lapso de tiempo después de cantar la canción inicial y final para observar su reacción. Recordar que él reacciona más lento. No ponerse ansiosa. No sobrecargarlo de estímulos. Apenas lo vea cansado parar.

FASE DOS

“RELACIONARSE CON EL YO Y EL TERAPEUTA “SU VOZ, SU SONIDO”

- Sesión No: 5.
- Fecha: 28 de septiembre del 2009.

I. Objetivo general:

Proporcionar instancias para que exista una apertura de sus canales expresivos y de comunicación.

Objetivos específicos:

- Potenciar el vínculo terapeuta – paciente ya instalado.
- Establecer un contacto corporal de mayor entrega.
- Desarrollar la manipulación de instrumentos para poder expresarse a través de ellos (objeto intermediario de Benenzon²⁸).
- Concientizar por mi parte la transferencia y Contratransferencia que surjan en la sesión.

²⁸ Benenzon, R.(2008). La nueva Musicoterapia. Buenos Aires: Grupo Editorial LUMEN.

- Duración sesión: 55 minutos
- Clima y temperatura: soleado, levemente cálido.
- Antecedentes relevantes: sigue con movimientos estereotipados y llega más despierto.
- Disposición espacial del paciente: Joaquín se encuentra con movilidad reducida, sentado amarrado a una silla de ruedas neurológica.
- Joaquín antes de la sesión: le hablo, lo saludo y le toco las rodillas, él me toma la mano mientras le hablo, fija la mirada en mi y luego de unos segundos reacciona ***violentamente**, pienso que al contacto corporal que sostuve. Todavía el contacto corporal entre terapeuta y paciente no está establecido, pero está en proceso.

* **Reacción violenta:** espasmo corporal, grito en forma de gruñido. Sus movimientos estereotipados cesaron después de haberle tocado sus rodillas y enojarse.

II. Recursos instrumentales y materiales.

Bombo, Arquín, Voz, pandero, 3 maracas, 1 sonaja, pezuñas, 1 cascabel, guitarra, 2 triángulos (agudo y grave), palo de agua, calimba pequeña,

Materiales: Cámara de video.

III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz, cuerpo etc.)

- Improvisación receptiva sobre ritmos binarios e intervalos de terceras, utilizando la voz para canto de bienvenida y de despedida, además canciones

con melodías simples con su nombre y canciones infantiles como: “Los pollitos dicen”, “arroz con leche”.

- Improvisación activa instrumental y vocal.

IV. Desarrollo de la sesión/ descripción de las actividades; inicio – medio – final; momentos repetitivos/ momentos de cambio:

Inicio - canto de Bienvenida: siempre inicio la sesión con la misma canción para proporcionarle a Joaquín un espacio de contención y seguridad, y así, él pueda anticipar cuando comienza y termina la sesión de musicoterapia.

Reacción del paciente: Vuelve con los movimientos estereotipados, pero en forma más lenta que antes. Tengo la impresión que después de enojarse liberó energía y se relajó. Al lenguaje verbal no hay mucha reacción.

Al cantar su nombre su reacción es instantánea, sonrío, tengo la impresión de que recuerda la canción que avisa el comienzo de la sesión, sigue con sus movimientos estereotipados y veo un poco de intencionalidad en ellos, ya los realiza sonriendo. No se endereza y sigue doblado hacia un lado, comienza a aplaudir cuando yo canto.

Desarrollo:

1° actividad: Con la guitarra realizo distintos tipos de juegos: con la armonía clásica, de tensión y relajación (tónica, subdominante y dominante) tocando por largo rato la Dominante, que en música tiene una connotación de tensión y reposo, o de expectativa, ejecuto distintos ritmos en arpegios y rasgueos, además juego con la lejanía y cercanía del instrumento de su cuerpo.

Reacción de Joaquín: Cuando toco el arpegio de Dominante cuerda por cuerda, asoma signos de relajación, apenas cambio a tónica comienza a realizar sus movimientos

estereotipados, vuelvo a la dominante, me quedo en ella y él aparentemente se relaja. En ese momento Joaquín se endereza en la silla y pone la mano en la guitarra mientras la toco, se queda quieto, comienza a percutir la guitarra en la parte de atrás y yo le sigo el ritmo con las cuerdas (tiene buena iniciativa y creo que ya se está comunicando, está comenzando a proponer actividades en la sesión).

Segunda actividad: pandero y voz. Canción de Fray Jacobo, pero el texto alusivo a Joaquín.

Reacción de Joaquín: comienzo con el pandero y con ritmo binario con pequeñas variaciones rítmicas, no hay reacción aparente hasta que escucha el canto y comienza a aplaudir fuerte subiendo el tono muscular de sus brazos, sonrío, abre la boca y los aplausos no tienen un ritmo definido. Realiza una risa con sonido grave, me da la impresión que quisiera cantar, ríe con mucho sonido, le da un ataque de risa y no puede parar, cesan sus movimientos estereotipados, me detengo un momento y Joaquín queda expectante, luego vuelve a sus movimientos estereotipados. Veo una posibilidad de que quizás el imita mi tono de canto, ya que, cuando hago notas agudas él las reproduce en el mismo registro, no así cuando canto notas graves.

- Se detiene y se acomoda cerca del instrumento, sigo cantando la canción en staccatto, escucha atento, coge el pandero mientras lo toco (exploración de instrumentos).

Por iniciativa propia coloca la mano sobre el pandero, mientras ocurre esto lo acompaño con la canción, originando un sonido sostenido frente a sus momentos de expresividad. Luego, le tomo la mano y lo ayudo a tocar (**primera ejecución asistida**) después de estirar su mano golpea el pandero con la mano empuñada, junto con la canción. Tengo la impresión que cuando yo río, él se contagia, apenas me detengo, comienzan los movimientos estereotipados.

3° Actividad: toco el tambor alusivo al ritmo cardiaco y con variaciones rítmicas con una baqueta.

Reacción de Joaquín: cesan un poco los movimientos estereotipados que en momentos cobran nuevamente protagonismo, le acerco el tambor para que sienta su textura, lo toca por unos segundos. Canto su nombre y agrego los fonemas: La,la,la, con una melodía que improviso en el momento. Aparentemente lo veo atento y relajado. Sin previo aviso agrego una canción nueva: “Los pollitos dicen”, al ritmo del tambor, se ve en él un gesto a mi parecer de sorpresa, abre los ojos, se queda quieto.

- Permanece tres minutos sin movimientos estereotipados, todo un logro, hace el **sonido de una A**, a los dos minutos aprox. de la canción, antes de emitir ese sonido mueve la cabeza de lado a lado, ¿será un patrón para yo percatarme que hará un sonido?, lanza un grito, juntando sus manos, yo imito su grito.

Maracas: realizo ritmo binario energético. Le acerco una de las maracas y accede a tomarla, le ayudo a tocar y sigo cantando la nueva canción, mueve su brazo al ritmo de la canción haciendo silencios entre estrofas. Me ubico a su lado izquierdo, alza ambas manos dispuestas y elijo su mano izquierda, emite con su voz algunos sonidos cortados, aplaude, y abre su boca como que quisiera hablar.

Toma la maraca y la aleja. Sigo tocando para ver su reacción. Sigue aplaudiendo, y mueve energicamente su cabeza.

Lanza una “I” por primera vez en forma clara y fuerte, pienso que tiene relación los movimientos fuertes de cabeza con la salida de sonidos vocales.

Final - Canción de despedida: voz y guitarra, con texto alusivo a la despedida y diciéndole que nos veremos en otra sesión.

Reacción del paciente: apenas termino la canción de despedida él comienza a realizar sus movimientos estereotipados, pero de forma más aislada. Pienso que le queda claro a estas alturas del tratamiento el comienzo y la finalización de cada sesión, ya que canto la misma canción para cada parte intentando desarrollar su memoria musical y el reacciona positivamente con estas consignas.

- **Transferencia:** la baqueta con que toco el pandero se la hecha a la boca mientras le canto y ríe, la masca, luego la deja, (regresión etapa oral).

- Conexión con la terapeuta:

Sensorial, Visual, vocal, sonoro y corporal.

- **Contratransferencia:** Sus movimientos estereotipados me dan rabia y frustración cuando los realiza, siento que no tengo la capacidad para ayudarlo, y que todo es en vano. Siento su poca reacción como un rechazo, pero lo controlo al darme cuenta de esta sensación en mí.

V. Conclusiones:

El vínculo terapeuta – paciente está mucho más establecido, se ha cumplido un objetivo de la sesión, además me permite tener un contacto corporal que antes no existía. La manipulación de instrumentos se va desarrollando, en resumen, veo que Joaquín va teniendo respuestas muy rápidas y claras, una apertura de sus canales expresivos y de comunicación.

VI. A considerar para la próxima sesión:

Estar atenta y consciente de las transferencias y contratransferencias que ocurran en las sesiones para poder manejarlo en pro del desarrollo del tratamiento. Comenzar a realizar un trabajo de *insight* acerca de lo que me ocurre frente a este proceso de tratamiento con mi paciente.

FASE TRES

RELACIONAR EL YO CON LOS DEMÁS “PREPARANDO EL CIERRE”

- Sesión N°: 19 (penúltima sesión).
- Fecha: 10 de diciembre del 2010.

I. **Objetivo general.**

Preparar el cierre para dar término al tratamiento la próxima sesión.

Objetivos específicos:

- Asentar sus recursos expresivos y de comunicación desarrollados en el proceso de tratamiento para que los pueda integrar hacia el mismo y hacia los otros.
- Anticipar al paciente que el final del proceso se acerca y que debe continuar sin mi ayuda su desarrollo.
- Motivar al paciente a cantar para un posible desarrollo del lenguaje a la largo plazo.
- Duración sesión: 1 hora
- Antecedentes relevantes: llega a la sesión totalmente despierto.
- Disposición espacial del paciente: sentado en su silla despierto.
- Estado de ánimo paciente: se le ve activo y atento, con movimientos estereotipados en menor cantidad que cesan apenas comienza a sonar la guitarra.
- Clima y temperatura: soleado, cálido.

II. Setting y recursos materiales.

Especialmente en esta sesión el lugar donde realizamos la terapia con Joaquín se tuvo que llevar a cabo obligadamente al aire libre, con mucho ruido ambiental e interrupciones por parte del personal del Hogar. A pesar de todo realizamos las actividades terapéuticas y utilizamos los siguientes instrumentos musicales favoritos de Joaquín:

- Bombo, Voz, pandero, 3 maracas, pezuñas, 1 cascabel, guitarra.

- Materiales: Cámara de video.

III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz, cuerpo, etc.)

- Improvisación receptiva sobre ritmos binarios e intervalos de terceras, utilizando la voz para canto de bienvenida, canto de despedida y cantar con melodías simples su nombre.

- Improvisación activa sobre imitación por parte del paciente, eco.

- Uso de canciones infantiles como: “Caballito blanco”, “Los pollitos dicen”, “arroz con leche” y su canción favorita, una adaptación de “Fray Jacobo”.

IV. Desarrollo de la sesión/ descripción de actividades; inicio – medio – final; momentos repetitivos/ momentos de cambio:

Inicio - canto de Bienvenida: la misma canción durante todo el tratamiento.

Desarrollo:

1° actividad: Con el pandero toco un ritmo binario con variaciones rítmicas de mediana complejidad.

Reacción de Joaquín: Mientras toco el instrumento lo acerco a él solo un poco y eso basta para que él se ubique en el espacio y lo tome con su mano derecha, sigo

tocando para que él sienta la vibración del instrumento, deja su mano instalada en la parte superior del pandero, percibo en él agrado y relajación. Sus movimientos se tornan más funcionales y sigue el ritmo con sus piernas, esto despierta aparentemente en él un gran placer, cesando los movimientos sin funcionalidad, escucha atento y risueño, aprovecho esta oportunidad y tomo su mano, percuto con él en forma asistida el instrumento al ritmo de la canción que canto, de repente toma el pandero con sus dos manos y lo coloca en sus piernas, me toma de la mano y me guía para que comience otra actividad, bota el pandero, por lo que yo lo interpreto como una necesidad de cambiar la dinámica. La actividad que quiere es la misma que hemos compartido por más de seis sesiones, que es, el percutir con mis manos sobre las de él y las de él sobre las mías.

Intento que traspase su energía a un instrumento musical, mas que a mi cuerpo, para que pueda proyectar esa energía hacia otros, por lo tanto, le paso el pandero y comienza a percutir en el, esto resulta muy bien, y ríe con muchas ganas, me digo a mi misma: “¡despertaste Joaquín!, ¡ya no eres el joven dormido que todos decían!”.

A estas alturas del proceso, me da la impresión que Joaquín tiene un cierto manejo en sus decisiones sobre las actividades, ya que, comienza a percutir sobre mis manos los ritmos que desea, invierte la actividad, o sea, él dirige ahora el ritmo. Su tiempo de atención y concentración es increíblemente notorio y mejora en cada sesión, dentro de este espacio terapéutico musical, Joaquín es un joven como todos, que disfruta, se emociona, expresa y es libre dentro del mundo de los sonidos.

Para que la actividad siga me voy detrás de Joaquín a buscar unas maracas, cuando vuelvo él me busca con su mano y me toma para que siga con la actividad corporal, es increíble como el vínculo entre ambos y la música se está manifestando de forma tan clara y plena. Al momento de cantar arroz con leche, se sonríe, veo que identifica perfectamente las canciones, tiene memoria melódica y rítmica, cada vez me sorprendo más.

Joaquín toma la maraca y ejecuta ritmos, me indica que quiere seguir, pero ,nuevamente me toma las manos para percutir con ellas, con esta acción veo que el proceso de llevar este puente expresivo a los instrumentos y hacia otros, va a llevar un

poco más de tiempo, pero no puedo seguir con más sesiones, ya que, la Escuela cierra antes de Navidad y luego, no la abren en vacaciones, tenemos los días contados y eso me provoca mucha angustia e insatisfacción de saber que Joaquín necesita mas tiempo para el cierre y ese tiempo no se lo puedo dar.

2° Actividad: Seguimos con la actividad anterior y me toma de las manos, con ellas percute y estira los brazos, ya que estoy parada frente a él, sin darnos cuenta inventamos una actividad motora. Comienzo a cantar mientras muevo sus brazos al ritmo de la canción, veo que podemos establecer un trabajo corporal a partir del vínculo sonoro. Combino los objetivos específicos que pensaba al inicio de la sesión con los que surgen en el momento en forma espontánea con mucho juego, manejo mucho el humor para que mantenga su atención y ganas de participar.

3° actividad: Veo una de sus piernas moverse rítmicamente, se me ocurre tomar el pandero y ponerlo en sus pies, dejo que suene al ritmo que el mueve sus piernas, de a poco comienza a notar esta actividad y le da una intencionalidad al movimiento de estas, que desde hace bastantes sesiones se movían , pero no le dábamos un sentido claro.

Después de la sesión: Luego de terminada la sesión lo dejo en el pabellón del hogar junto a los otros pacientes adultos que se encuentran allí, entre los gritos de todos, la contaminación sonora, el mal olor, la indiferencia de los auxiliares, la ausencia de estimulación. Lo dejo en un costado de la cama en su silla, junto a otros dos pacientes que claramente no están conectados con su entorno, lo instalo en ese lugar y comienza Joaquín a adoptar la postura laxa desde el comienzo del tratamiento. Él se encuentra con los ojos cerrados y la cabeza gacha, le tomo la mano y le digo que la pasé muy bien y que en la próxima sesión nos vamos a despedir, Joaquín aprovecha esta instancia en que le tengo estrechada la mano y comienza a percutir su mano con la mía, queriendo seguir con la actividad a pesar que la sesión terminó hace cinco minutos aprox. Luego le doy la espalda y me acerco a la puerta de salida, lo vuelvo a mirar y lo encuentro percutiendo con sus manos un ritmo binario, me dije: eso es

fantástico para él y su desarrollo, pero ¿porqué entonces siento tanta angustia? Respiré profundo y me fui.

- **Transferencia:**

- Al percutir Joaquín con mis manos me doy cuenta que existe la posibilidad de que me esté convirtiendo en su objeto intermediario, y pienso que ya es tiempo que esa energía que libera la pueda proyectar hacia los demás, por esto cambio mis manos por un pandero para que siga percutiendo. Hago este cambio porque temo caer en un posible *acting out*²⁹ y enquistamiento de mi corporalidad utilizada por el paciente.

- **Contratransferencia:**

- El dejar a Joaquín en el pabellón y alejarme me produjo angustia, rabia y pena por todo lo anteriormente señalado sobre el ambiente que se vive en el pabellón donde él se encuentra.

- Frente a la pronta finalización del tratamiento, comienzo a pensar en cómo me siento y reacciono como terapeuta frente a la preparación del cierre del proceso, tengo un poco de incertidumbre acerca de cómo realizar esta etapa final, como reaccionará Joaquín y si mis acciones serán las adecuadas.

²⁹ Acting out: es un impulso del musicoterapeuta de llevar al acto la confusión de las sensaciones transferenciales y contratransferenciales. Benenzon, R. op. Cit.

“CIERRE DEL PROCESO” (ÚLTIMA SESIÓN).

- Sesión nº: 20.
 - Fecha: 23 de Diciembre del 2009.
 - Duración de la sesión: 50 minutos.
 - Clima y temperatura: cálido y soleado.
 - Antecedentes relevantes: Después de la penúltima sesión Joaquín se enferma de neumonía y cae en cama por dos semanas, por esto se perdió la continuidad del proceso, justo antes de una de las sesiones más importantes. No podía pensar, como lo mencioné en la sesión anterior, de un eventual alargue en el tiempo de mi práctica, ya que, la escuela cerraría hasta el mes de Marzo por lo que tenía que finalizar como fuese el proceso terapéutico con Joaquín, o por lo menos intentarlo, y así comunicarle de alguna forma que el tratamiento llegaba a su fin. Después de esas dos semanas los médicos accedieron a que Joaquín asistiera a su última sesión de Musicoterapia, todavía estaba bastante enfermo y decaído. En esas condiciones tuvimos nuestro último encuentro.
 - Antes de la sesión:

Siempre he creído que las coincidencias no existen, más aún después de la intervención en Joaquín. Justo ese día estaba la persona que lo visita de vez en cuando, siendo la única persona con quien Joaquín mantiene un estrecho vínculo. Le dije entonces que era la última sesión y que sería muy bueno que ella estuviera presente.
- I. **Objetivo general:**
- Realizar un buen cierre del proceso.

Objetivos específicos:

- Despedirme de Joaquín.
- Manejar de las emociones frente a la despedida.
- Disfrutar el último momento.

II. Setting y Recursos Materiales.

El lugar donde se realizó la última sesión fue en una sala que por primera vez ocupábamos, por lo tanto todo era nuevo. Los ruidos existentes se sentían con mayor intensidad, por lo tanto esto fue un factor que dificultó en demasía la realización de tan importante actividad. Como siempre, a pesar de todo realizamos la última sesión utilizando los instrumentos musicales favoritos de Joaquín:

- Bombo, Voz, pandero, 3 maracas, guitarra.
- Materiales: Cámara de video.

III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz, cuerpo etc.)

- Improvisación receptiva sobre ritmos binarios e intervalos de terceras, utilizando la voz para canto de bienvenida, canto de despedida y cantar con melodías simples su nombre.
- Improvisación activa sobre imitación por parte del paciente, eco.
- Uso de canciones infantiles como: “Caballito blanco”, “Los pollitos dicen”, “arroz con leche” y su canción favorita, una adaptación de “Fray Jacobo”.
- Improvisación con la guitarra jugando con la armonía de DOM, Tónica, Subdominante, Dominante.

IV. Desarrollo de la sesión/actividades: inicio – medio – final; momentos repetitivos/ momentos de cambio:

Antes del canto de inicio Joaquín comienza a realizar los movimientos estereotipados con más frecuencia e intensidad que la sesión pasada, percibo que las dos semanas de ausencia de sesiones ha provocado un retroceso en él.

Inicio - bienvenida: comienzo a cantar la canción de bienvenida compuesta especialmente para él utilizada en todas las sesiones.

Reacción de Joaquín: al momento que Joaquín escucha mi voz se dibuja en su cara una leve sonrisa en conjunto con sus movimientos estereotipados, a medida que transcurre la canción su sonrisa comienza a ampliarse y vuelvo a reencontrarme con el joven que dejé de ver hace unas semanas.

Con esta actividad me doy cuenta que Joaquín tiene una gran capacidad de memoria auditiva a corto y largo plazo. Realmente esta última sesión fue un “reencuentro” entre ambos. Al finalizar la canción él emite una “a” con una voz suave. Dejo un lapso de silencio, él espera atento, aunque sigue con los movimientos estereotipados.

Desarrollo:

1° actividad: con la guitarra comienzo a jugar con las funciones armónicas de la música, Tónica, subdominante y dominante.

Mientras juego con la armonía decido quedarme en la dominante para causar expectación a Joaquín. Lo veo al parecer que escucha atento, pero sus movimientos estereotipados no disminuyen. En ese momento sentí la necesidad de cantar una “u” e improvisar una melodía con las funciones armónicas que estaba usando, combino esto marcando el ritmo en la guitarra. Joaquín se sonríe nuevamente, pero sus movimientos estereotipados siguen sin cesar, comienza a mover la pierna y origina un sonido con su silla, yo lo acomodo para que su pierna esté mas libre (quizás el deseaba producir ese sonido con la pierna, pero no lo leí de esa forma).

2° actividad: comienzo a tocar con el pandero un ritmo binario y susurro el texto de la canción compuesta para él, de a poco comienzo a cantarla con la melodía y él sonrío con muchas ganas, lo veo contento y cómodo, ríe, aplaude, emite un sonido con su voz, los movimientos estereotipados se acentúan más y más, coloco el pandero en sus rodillas para ver si lo desea tocar, pero lo saca de sus piernas. No seguí insistiendo en el pandero y cambie de actividad, justo en ese momento entra la persona que lo visita y se sienta al otro lado.

3° actividad: Comienzo a percutir con mis manos y a cantar la canción “arroz con leche” esta persona observa, estamos ubicados de la siguiente forma, a la izquierda de Joaquín ella, Joaquín al medio y yo al lado derecho. Mientras canto ,Joaquín comienza a reír, levanta su brazo derecho hacia mi, tomo su brazo y percuto su mano con mi mano, pero es un lapso breve, él sigue el ritmo aplaudiendo, pero también es en breves lapsos, emite una “a” con sonido agudo y suave, con un bello timbre de falsete, yo imito su sonido, pero no hay respuesta vocal, continúa disfrutando la actividad , me deja tomarle el brazo derecho y acelero el pulso de la canción, subo la intensidad y la altura, los movimientos estereotipados comienzan a ceder y a tornarse más lentos y relajados, aquí me encuentro en una contradicción musical, la música que le hago escuchar a Joaquín es rápida, aguda, tonal, en resumen una música estimulante, pero esto en Joaquín genera relajó en su tono muscular y respiración, me resulta interesante esta reacción.

4° actividad: se escuchan las voces de las funcionarias de la Escuela, realmente es difícil trabajar la comunicación no verbal de esta forma, especialmente cuando dejo momentos de silencios. Elijo esta vez las maracas y las hago sonar sin una estructura rítmica, Joaquín no reacciona, luego improviso un ritmo binario y rápidamente lo reconoce y vuelve a sorprenderme con su capacidad de memorizar patrones musicales, se sonrío, a veces aplaude. Prosigo cantando la canción “los pollitos dicen”, le acerco la maraca a su mano, cesan sus movimientos estereotipados frente a la cercanía del instrumento, le tomo la mano y percuto con ella la maraca, en breve momento la quita, su tolerancia al contacto corporal conmigo es muy breve, pero

accede a que lo toque. Finalizo la actividad de a poco y el vuelve a sus movimientos estereotipados.

En pleno desarrollo de la sesión ocurre algo que nunca había pasado en todo el proceso, mientras tiene su mano sobre el pandero, en su rostro veo gestos de rabia, pena, o que algo le desagrada, me pregunto: ¿estará consciente de que no nos veremos más? O ¿es una simple coincidencia?, puede ser que en ese momento sintió dolor físico, en su estómago o bien malestar por la neumonía reciente que tuvo. Sigue con esa expresión en su rostro y toma el pandero y bruscamente lo aleja de él.

Lo invito a percutir nuevamente en mi mano y accede, pero percute de una forma muy brusca y violenta, su brazo se torna duro y muy pesado e intento contenerlo en esta acción.

Varío la canción y canto “caballito blanco” sin la percusión con el pandero, a *capella*, Joaquín en toda la canción cesa sus movimientos estereotipados y escucha, repito por segunda vez la canción y reanuda nuevamente esos movimientos.

Frente a los movimientos estereotipados hice algo que no me había atrevido a realizar, interrumpir esos movimientos directamente con mis manos y convertirlos en movimientos musicales acordes a la música que estaba haciendo yo, y no hubo protestas, ni rechazos, veo que a pesar de las pocas reacciones aparentes frente a los estímulos, el vínculo terapeuta - paciente está vigente para él, lo recuerda y lo integra. Una constante en toda la sesión fue, que sus reacciones eran en breves lapsus en comparación a las otras sesiones anteriores.

Final – canción de despedida: Llegó la hora de cerrar la sesión y el proceso, por esto me entregué a las consonancias de la música, ya que, frente a esto visualizaría el camino a seguir. Espontáneamente miré a la persona que lo cuida sentada a un costado y mientras comenzaba a cantar la canción Fray Jacobo, que a Joaquín le gustaba mucho, le dije que la escuchara y se la aprendiera, seguí cantando y me alejé un poco de Joaquín, le hice un gesto para que ella se acercara un poco más a él y comenzara a cantar conmigo la canción, al final a dúo comenzamos a cantar con más volumen, le pedía que se acercara más, mientras me iba alejando. Al final ella quedó junto a él cantándole, mientras yo me alejaba disminuyendo el volumen, le dije a ella que lo tocara, le hiciera cariños y siguiera cantando, él se relajó, reconoció la presencia

de ella y aceptó la canción que habíamos los dos construido, cantado ahora por ella, estuvieron así por mas de 5 minutos y así di por terminada la sesión y el proceso.

Después del cierre: Antes de irme ella me abrazó y lloró mucho, me dijo que yo podría ayudar bastante a Joaquín, por esto le comuniqué que mi labor finalizaba en ese momento, pero, que además de esta canción le iba a traspasar todas las actividades para que las siguiera desarrollando con Joaquín. Con muy buena disposición ella accedió, le entregué las herramientas musicoterapéuticas que utilicé con él, por lo menos las que yo pensaba que ella podría utilizar. Joaquín quedó relajado, junto a la persona más significativa para él y me fui.

Contratransferencia:

- El hecho de que no tuviera las misma reacciones como en las sesiones anteriores me produjo un poco de frustración, veía que todo lo avanzado se había perdido, pero, después comentándolo con mi supervisora supe que esto era normal, que era parte del proceso, además habían transcurridos dos semanas sin sesiones y eso influye bastante en la continuidad del tratamiento.
- Cuando finalizo la ultima actividad veo en él gestos similares a la rabia y la pena, lo observo y pienso: ¿cómo termino el proceso si veo en Joaquín un retroceso en su expresión?, debo cerrar de una forma que pueda Joaquín entender que el tratamiento llega a su fin.

En esta sesión fue la última vez que vi a ambos, a Joaquín y a su madrina y por última vez estuve en la institución. No podía aguantar las emociones que sentía en ese momento. Tenía la sensación de estar abandonándolo, pero luego de un momento me di cuenta de lo que había transcurrido estos tres meses de terapia y de lo positivo que fue haber conocido a Joaquín y poder colaborar en su apertura expresiva y comunicacional.

IV. RESULTADOS

Fase uno: primera Etapa: “Conociendo a Matías”	
Primer acercamiento: 3 de Septiembre del 2009 Antecedentes sonoro – corpóreos – musicales	
Postura Corporal antes de la sesión	Cabeza y tronco caídos hacia la izq. apoyándose en la silla, ojos cerrados, respiración sonora y profunda.
Postura corporal después de la sesión	Similar al comienzo, pero despierto y respiración sin sonido.
Lenguaje verbal	No tiene lenguaje verbal
Tolera el contacto físico con el terapeuta	No lo tolera.
Expresión de enojo en la actividad	Solo al final, le digo “Vamos”, pasa 1 minuto y tensa su cuerpo gritando una A fuerte y gruñido, en forma violenta.
Movimientos estereotipados	Tres: <ul style="list-style-type: none"> - Tocarse el cuello con un dedo hasta irritarse la piel. - Golpearse suavemente el mentón con su puño. - Simular un aplauso con sus manos. Los realiza frecuentemente
Corrige por si mismo su postura corporal	Muy rara vez, solo cuando levemente sonrió y cuando se enojó.
Se expresa a través de los instrumentos musicales	No, sólo escucha por lapsos de tiempo lo que el terapeuta ejecuta.
Se expresa a través de su voz	Expresó su enojo con un grito
Articula alguna vocal	A
Momentos de catarsis	En su enojo.
Tolera el término de la sesión	No, este creo, fue el motivo de su enojo.
Reconoce y reacciona a la voz hablada del terapeuta	No
Reconoce y reacciona a la voz cantada del terapeuta	En breves lapsos, luego vuelve en si mismo.
Propone una actividad en la sesión	No
Está contento durante la sesión	En un breve lapso, cuando le invento una breve canción con su nombre
Cual es su actitud de vuelta al pabellón de Coanil.	Despierto, serio, respiración no sonora.
Respiración relajada	Un poco mas relajada

Tabla basada en la creada por la Musicoterapeuta Patricia Sabbatella con los detalles de los resultados obtenidos por el paciente.³⁰

Aspectos sonoro - musicales generales.						
	Siempre	Si	Ocasional- mente	Rara VeZ	No	Nunca
Reaccione al estímulo sonoro						
Respuesta musical			X			
Realiza elecciones y decisiones en la actividad sonora.					X	
Crea musicalmente					X	
Atención frente al estímulo sonoro					X	
Reconoce ritmos			X			
Responde rítmicamente					X	
Reproduce estructuras rítmicas					X	

Utilización de instrumentos musicales.						
	Siempre	Si	Ocasional- mente	Rara vez	No	Nunca
Manipula los instrumentos y los hace sonar.					X	
Variedad en los modos de ejecución					X	
Coordina la ejecución musical					X	
Da respuesta musicales – instrumentales.					X	
Improvisa sonoro – corpóreo o musicalmente.					X	
Se expresa con los instrumentos					X	
Reconoce los instrumentos					X	
Predisposición a trabajar con los instrumentos					X	

Utilización de la voz.						
	Siempre	Si	Ocasional mente	Rara vez	No	Nunca
Se expresa vocalmente				X		
Participa vocalmente					X	
Interactúa vocalmente					X	
Reacciona a la voz cantada del terapeuta					X	
Reacciona a la voz hablada del terapeuta					X	

³⁰ Patricia L. Sabbatella, Artículo publicado en la Revista Música, Terapia y Comunicación. Número 18, 1998, p.67-81.

Aspectos corporales y físicos con relación al fenómeno sonoro.						
	Siempre	Si	Ocasional mente	Rara vez	No	Nunca
Coordinación sonoro-corporal						
Asocia sonido con movimiento					X	
Se expresa corporalmente a través del fenómeno sonoro.					X	
Cambios en la expresión facial/corporal antes y después de la sesión (<i>al final enojo</i>)					X	
Tolerancia a la cercanía corporal				X		
Traduce sonido en movimiento y al revés					X	
Contacto del cuerpo con los instrumentos					X	

Aspectos emocionales a través del fenómeno sonoro.						
	Siempre	Si	Ocasional mente	Rara vez	No	Nunca
Estable relaciones afectivas con los instrumentos/sonido					X	
Establece relaciones afectivas con el musicoterapeuta a través del sonido				X		
Responde emocionalmente a la música producida por el musicoterapeutas					X	
Conexión expresiva con el fenómeno sonoro					X	
Disfruta de la música del terapeuta				X		
Disfruta el ejecutar música				X		
Respuesta emocional a los distintos instrumentos				X		
Identificación con melodías/música/					X	

Aspectos comunicacionales y/o sociales a través del fenómeno sonoro.						
	Siempre	Si	Ocasional mente	Rara vez	No	Nunca
Intencionalidad de comunicación					X	
Intencionalidad de diálogo sonoro					X	
Dirige la producción sonora (hacia el mismo, o los otros)					X	
Interactúa sonoramente con el musicoterapeutas					X	
Compartir instrumentos o la música		X				

FRASE DOS: "Su voz, su sonido".	
Sesión : Lunes 28 de Septiembre del 2009 Proceso sonoro – corpóreo – musical	
Postura Corporal antes de la sesión	Cabeza y tronco derechos, para luego inclinarse hacia si lado izquierdo, ojos cerrados semi abiertos.
Postura corporal después de la sesión	Cabeza gacha, tronco derecho, ojos cerrados.
Lenguaje verbal	No
Tolera el contacto físico con el terapeuta	Al comienzo cuando le toco las rodillas para saludarlo verbalmente se molesta, pero luego en el resto de la sesión tolera bien el contacto físico con le terapeuta.
Expresión de enojo en la actividad	No
Movimientos estereotipados	Cuatro: <ul style="list-style-type: none"> - Tocarse el cuello con un dedo hasta irritarse la piel. - Mueve las piernas a un ritmo constante. - Simular un aplauso con sus manos. Los realiza frecuentemente. - Mover la mandíbula haciendo sonar sus dientes.
Corrige por si mismo su postura corporal	Si
Se expresa a través de los instrumentos musicales	Si
Se expresa a través de su voz	Si
Articula alguna vocal	CA – I
Momentos de catarsis	Si, con ataques de risa intensos y movimientos bruscos.
Tolera el término de la sesión	Si
Reacciona a la voz hablada del terapeuta	No
Reacciona a la voz cantada del terapeuta	Si
Propone una actividad en la sesión	Si
Está contento durante la sesión	Si
Cual es su actitud de vuelta al pabellón de Coanil.	Relajado.
Respiración relajada	Si

Aspectos sonoro - musicales generales.						
	Siempre	Si	Ocasional-mente	Rara vez	No	Nunca
Reacción al estímulo sonoro		X				
Respuesta musical		X				
Realiza elecciones y decisiones en la actividad sonora.		X				
Crea musicalmente		X				
Atención frente al estímulo sonoro		X				
Reconoce ritmos		X	X			
Responde rítmicamente			X			
Reproduce estructuras rítmicas				X		
Reconoce melodías		X				

Utilización de instrumentos musicales.						
	Siempre	Si	Ocasional-mente	Rara vez	No	Nunca
Manipula los instrumentos y los hace sonar.			X			
Variedad en los modos de ejecución				X		
Coordina la ejecución musical			X			
Da respuesta musicales – instrumentales.			X			
Improvisa sonoro – corpóreo o musicalmente.				X		
Se expresa con los instrumentos		X				
Reconocer instrumentos			X			
Predisposición a trabajar con los instrumentos			X			

Utilización de la voz.						
Siempre-regularmente-ocasionalmente-rara vez-no observado						
	Siempre	Si	Ocasionalmente	Rara vez	No	Nunca
Puede entonar			X			
Se expresa vocalmente				X		
Interactúa vocalmente				X		
Reacciona a la voz cantada del Mtp.		X				
Reconoce y reacciona a la voz hablada del Mtp.					X	

Aspectos corporales y físicos con relación al fenómeno sonoro.						
	Siempre	Si	Ocasional-mente	Rara vez	No	Nunca
Coordinación sonoro-corporal			X			
Asocia sonido con movimiento					X	
Se expresa corporalmente a través del fenómeno sonoro.			X			

Cambios en la expresión facial/corporal antes y después de la sesión		X				
Tolerancia a la cercanía corporal			X			
Traduce sonido en movimiento y al revés					X	
Contacto del cuerpo con los instrumentos		X				

Aspectos emocionales a través del fenómeno sonoro.						
	Siempre	Si	Ocasional mente	Rara vez	No	Nunca
Estable relaciones afectivas con los instrumentos/sonido				X		
Establece relaciones afectivas con el Mtp. A través del sonido				X		
Responde emocionalmente a la música producida por el Mtp.		X				
Conexión expresiva con el fenómeno sonoro			X			
Disfruta de la música del Mtp.			X			
Disfruta el ejecutar música			X			
Identificación con melodías/música/			X			

Aspectos comunicacionales y/o sociales a través del fenómeno sonoro						
	Siempre	Si	Ocasional mente	Rara vez	No	Nunca
Intencionalidad de comunicación				X		
Intencionalidad de diálogo sonoro			X			
Dirige la producción sonora (hacia el mismo, o los otros)				X		
Interactúa sonoramente con el musicoterapeuta			X			
Compartir instrumentos o la música				X		

FRASE TRES: "Preparando el cierre.	
Sesión : Jueves 10 de Diciembre del 2009 Proceso sonoro – corpóreo – musical	
Postura Corporal antes de la sesión	Cabeza y tronco caídos hacia la izq. apoyándose en la silla, ojos cerrados.
Postura corporal después de la sesión	Similar al comienzo, pero despierto y más activo.
Tolera el contacto físico con el terapeuta	Completamente.
Expresión de disfrute dentro de la actividad	Completamente. Con risa contagiosa que involucra todo su cuerpo con una duración de por lo menos 3 minutos.
Expresión de enojo en la actividad	En el pabellón gruñó suavemente cuando lo saludé. Al final, le digo "Vamos", pasa 1 minuto y tensa su cuerpo gritando una A fuerte y gruñido, mucho más violenta que las demás sesiones.
Movimientos estereotipados	Tres: Tocarse el cuello con un dedo hasta irritarse la piel. - Golpearse suavemente el mentón con su puño. - Simular un aplauso con sus manos. Los realiza frecuentemente. Han disminuido considerablemente.
Corrige por si mismo su postura corporal	Si, al comenzar la sesión. Dura mas de media hora en posición correcta.
Se expresa a través de los instrumentos musicales	Completamente.
Se expresa a través de su voz	Cuando está contento, cuando se enoja, gritos, vocales, risas, murmullos, sonidos agudos y graves.
Articula alguna vocal	A – E – I
Momentos de catarsis	En su enojo. Cuando realizamos una actividad que le guste, cuando el canto, cuando toca rápido y fuerte un instrumento.
Tolera el término de la sesión	No, pero luego lo asume y vamos al pabellón tranquilos. Le cuesta despegarse del Mtp. E insiste terminada la sesión de seguir jugando.
Reconoce y reacciona a la voz hablada del terapeuta	No
Reconoce y reacciona a la voz cantada del terapeuta	En breves lapsos, luego vuelve en si mismo.
Propone una actividad en la sesión	Si
Está contento durante la sesión	En toda la sesión
Cual es su actitud de vuelta al pabellón de Coanil.	Relajado, sin Movimientos esteriotipados y con ganas de seguir con la sesión.
Respiración relajada	Completamente.

Aspectos sonoro - musicales generales.						
	Siempre	Si	Ocasional-mente	Rara vez	No	Nunca
Reacciona al estímulo sonoro		X				
Respuesta musical	X					
Realiza elecciones y decisiones en la actividad sonora.	X					
Crea musicalmente	X					
Atención frente al estímulo sonoro	X					
Reconoce ritmos	X					
Responde rítmicamente		X				
Reproduce estructuras rítmicas		X				
Reconoce melodías		X				

Utilización de instrumentos musicales.						
	Siempre	Si	Ocasional-mente	Rara vez	No	Nunca
Manipula los instrumentos y los hace sonar.		X				
Variedad en los modos de ejecución		X				
Coordina la ejecución musical			X			
Da respuesta musicales – instrumentales.		X				
Improvisa sonoro – corpóreo o musicalmente.		X				
Se expresa con los instrumentos		X				
Reconoce instrumentos		X				
Predisposición a trabajar con los instrumentos	X					

Utilización de la voz.						
Siempre-regularmente-ocasionalmente-rara vez-no observado						
	Siempre	Si	Ocasionalmente	Rara vez	No	Nunca
Se expresa vocalmente				X		
Participa vocalmente						
Interactúa vocalmente			X			
Reacciona a la voz cantada del Mtp.		X				
Reacciona a la voz hablada del Mtp.		X				

Aspectos corporales y físicos con relación al fenómeno sonoro.						
	Siempre	Si	Ocasional-mente	Rara vez	No	Nunca
Coordinación sonoro-corporal		X				
Asocia sonido con movimiento		X				
Se expresa corporalmente a través del fenómeno sonoro.		X				

Cambios en la expresión facial/corporal antes y después de la sesión		X				
Tolerancia a la cercanía corporal	X					
Contacto del cuerpo con los instrumentos		X				

Aspectos emocionales a través del fenómeno sonoro.						
	Siempre	Si	Ocasional mente	Rara vez	No	Nunca
Establece relaciones afectivas con el Mtp. a través del sonido.		X				
Responde emocionalmente a la música producida por el Mtp.		X				
Conexión expresiva con el fenómeno sonoro.		X				
Disfruta de la música del Mtp.		X				
Disfruta el ejecutar música		X				
Identificación con melodías/música/		X				

Aspectos comunicacionales y/o sociales a través del fenómeno sonoro						
	Siempre	Si	Ocasional mente	Rara vez	No	Nunca
Intencionalidad de comunicación		X				
Intencionalidad de diálogo sonoro		X				
Dirige la producción sonora (hacia el mismo, o los otros)		X				
Interactúa sonoramente con el musicoterapeutas		X				
Compartir instrumentos o la música	X					

V. CONCLUSIONES

Conclusiones Generales

Después de finalizar este trabajo, pienso que es de vital importancia internalizar los hechos ocurridos en toda intervención musicoterapéutica. De esta manera, logré realizar un *insight* de forma efectiva y manejar herramientas frente a distintas problemáticas que se puedan encontrar dentro de un tratamiento en musicoterapia. También ayudó de manera fehaciente a reafirmar los conocimientos adquiridos durante la formación de postítulo y de práctica profesional.

Se puede corroborar una vez finalizada la intervención realizada a este joven, que la práctica de la musicoterapia en esta patología ayuda eficazmente. Gracias a la realización de este tratamiento logré establecer un fuerte vínculo con el paciente para que se pudiera expresar y comunicar a través de los instrumentos musicales y su corporalidad. Logré descubrir en él ciertos núcleos de salud, los cuales se potenciaron utilizando con éxito los modelos musicoterapéuticos planteados en esta monografía. Por ende, hubo resultados positivos en los aspectos sensorio – motriz y estimulación cognitiva.

Para realizar con éxito cualquier proceso Musicoterapéutico, es importante acceder a todos los datos posibles del paciente para poder efectuar una acertado diagnóstico y por ende una buena intervención. En el caso de mi paciente “Joaquín” me llamó la atención que pasara largas horas durmiendo y que el único momento que lo vi despierto fue cuando comenzaba la sesión de musicoterapia. Al ver el listado de medicamentos que consumía Joaquín, me dí cuenta que más de la mitad de estos producían somnolencia, pensé que este era un factor importante a la hora de preguntarse porqué él dormía tanto.

Es primordial en nuestro rol de musicoterapeutas aprender a manejar las situaciones estresantes y dificultades en el equipo en que se trabaja para así no dañar el momento terapéutico en que nos sumergimos y evitar que el paciente pase a segundo plano. Para poder descubrir los núcleos de salud del paciente los musicoterapeutas debemos estar en constante preocupación por nuestra salud física y

mental. El trabajar dentro de un equipo multidisciplinario no es algo fácil, y es crucial participar de éste para intercambiar ideas, planteamientos de intervención y aprendizaje de las distintas áreas que abarcan los profesionales del equipo. Para participar en un trabajo colectivo se debe tener buena disposición, tolerancia, manejo de las propias emociones y del ego profesional, recordemos que la persona perjudicada o directamente beneficiada con este trabajo es el paciente.

Se debe estar conciente hasta qué punto los cuidadores de personas enfermas pueden seguir en su labor si comienzan a enfermarse más de lo que están los pacientes, más aún si no hay un vínculo afectivo de por medio.

Conclusión del proceso:

Mi aprendizaje en este proceso no fue solamente a nivel musicoterapéutico, sino, de desarrollo personal como: cultivar la tolerancia en un amplio aspecto, el servicio a los demás, la automotivación y la fé en los núcleos de salud de los pacientes.

En una institución como Coanil se viven situaciones que impactan. Más que la patología en si, me conmovió el hecho de que muchos de los pacientes vivían en situación de abandono u orfandad, por ende, a la patología se le suma un factor muy importante, la enorme carencia afectiva que ellos poseen. Con todos estos factores tuve que construir y reconstruir constantemente durante el proceso de terapia la capacidad para abstraerme emocionalmente y así poder ayudar al paciente en un estado de neutralidad sin dejar de lado la ternura, el cariño, la fe en él y en su recuperación. Para lograr este estado de neutralidad jugó un papel muy importante la contención emocional y psicológica dada por mi supervisora, quién me orientó de tal forma para poder manejar esta tremenda experiencia.

Por esto el realizar una intervención musicoterapéutica en Parálisis Cerebral fue para mí una experiencia muy importante e intensa, especialmente cuando me sumergí en el contexto no verbal con que la musicoterapia trabaja principalmente, por esto, tomé conciencia de lo delicado que es interpretar este lenguaje. Todo es valioso en este contexto, nada es erróneo, por ende, nunca se debe hacer una interpretación apresurada, para así no caer en lecturas equivocadas. Ver a través de los ojos del paciente, descubrir a la persona que está dentro de ese cuerpo perturbado, poder

dilucidar su personalidad individual, sus deseos, sus gustos, todo a través de sus ojos y de su lenguaje corporal es una vivencia indescriptible.

El proceso práctico con pacientes es esencial para la formación de un musicoterapeuta, ya que, hay experiencias, aprendizajes que sólo se asimilan cuando se viven y difícilmente se pueden explicar, contar o enseñar; por esto, al relatar esta monografía me excuso de no poder relatar toda la esencia de la experiencia que tuve con Joaquín, ya que mucho de ello está impregnado en mi conciencia, inconciencia, cuerpo y alma.

Debo señalar, que después de este trabajo he adquirido las competencias necesarias para abordar a niños y jóvenes con esta problemática. Sería interesante que se realizaran más intervenciones Musicoterapéuticas en estos centros con una mayor constancia en el tiempo, de implementar en el curriculum de las escuelas especiales o de integración que abordan pluridiscapacidades, un programa en el cual la musicoterapia esté considerada dentro del equipo multidisciplinario de trabajo.

BIBLIOGRAFIA

Libros:

1. Aucouturier, B. *La educación psicomotriz como terapia "Bruno"*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica, S.A. (1977)
2. Alvin, J. *Música para el niño disminuido*. Buenos Aires: Editorial Ricordi Americana. (1965)
3. Alvin, J. *Musicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica. (1997)
4. Benenzon, R. *La nueva Musicoterapia*. Buenos Aires: Grupo Editorial LUMEN. (2008)
5. Bruscia, K. *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. España: Agruparte. (1999)
6. Federico, G. *El niño con necesidades especiales*. Buenos Aires: Editorial Kier. (2007)
7. Gauna, G. *Entre los sonidos y el silencio*. Rosario: Editorial Artemisa. (1996)
8. Gómez Canet, Pedro F.; Cardona Moltó, María Cristina. *Manual de Educación Especial*. Valencia: Editorial Promolibro. (2001)
9. Sabbatella, P. *Musicoterapia Aplicada: Metodología y Evaluación en Parálisis Cerebral*. España: Fundación Inocente, Confederación Aspace, Asodown. (2003)
10. Winnicott, Donald. *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa Editorial. (1991)

Sitios en Internet:

11. www.coanil.cl/.
12. Patricia L. Sabbatella, Artículo publicado en la Revista Música, Terapia y Comunicación. Número 18, 1998, paginas 67-81.
http://www.centrobenenzon.org.es/biblioteca/10_destudio_saba.htm
13. Lineamientos de información sobre sordoceguera y multideficit, Univ. Del Rosario. (en línea) www.lilianefondscol.org/action/file/download?file_guid=771.

14. American academy for cerebral palsy and developmental medicin (en línea)
<http://www.aacpdm.org/>
15. "Parálisis cerebral: esperanza en la investigación", Septiembre 2007, (en línea)
<http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paraliscerebral.htm>.
16. <http://www.iqb.es/diccio/a/am.htm>.
17. http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion_eficaz.shtml (en línea).
18. <http://www.fundacionbenenzon.org/glosario> (en línea).
19. <http://nebraskamed.com/Manage-Health/Library/4255/Glosario-Medicina>.
20. <http://www.monografias.com/trabajos39/sindrome-burnout/sindrome-burnout.shtml>.
21. Servicio Nacional de Menores, www.sename.cl/ (en línea).

VII. ANEXOS

ANEXO 1.

FICHA MUSICOTERAPÉUTICA

Fecha:

I IDENTIFICACIÓN PACIENTE:

Nombre:

Edad:

País de origen Paciente:

Antecedentes familiares:

Nombre de la Madre o cuidador:

Edad:

Ocupación:

País de Origen:

Dirección:

Fono:

Nombre Padre:

Edad:

Ocupación: País de Origen:

Dirección:

Fono:

Hermanos:

¿Con quién vive el Paciente?

II ANTECEDENTES CLÍNICOS

1. A) Diagnóstico Neurológico:

B) Diagnóstico Oftalmológico:

2. Edad de inicio de la enfermedad:

3. Especialistas tratante:

4. Medicamentos:

A.- Historia Referente a Joaquín. (Entrevista realizada a la persona que lo visita, a la Directora de la Escuela, a su profesora actual y a la Terapeuta ocupacional de la Escuela)

a.- Momento actual

1. ¿Cómo es Joaquín?
2. ¿Cómo reacciona al contacto corporal?
3. ¿Qué instrumentos musicales le agradan a Joaquín?
4. ¿Qué tipos de música prefiere?
5. ¿Cómo reacciona al escuchar esa música?
6. ¿Qué otros tipos de sonidos no musicales le llaman la atención (tanto de agrado como de desagrado)?
7. ¿Adoptan ustedes alguna forma especial para comunicarse con él? Por ejemplo: música, expresiones corporales, etc.). ¿Pueden explicarla?

b.- Pasado

1. ¿Qué edad tenía Joaquín cuando Usted lo conoció?
2. ¿Qué pueden contarnos respecto al ambiente sonoro musical que rodeo a Joaquín cuando lo conoció?

ANEXO 2

Protocolo Musicoterapeutico.

- Sesión n°:
 - Fecha:
- I. Objetivo general:**
- Objetivos específicos:
 - Duración sesión:
 - Clima y temperatura:
 - Antecedentes relevantes:
 - Disposición espacial del paciente:
 - El paciente antes de la sesión:
- II. Setting y recursos instrumentales y materiales.**
- III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz, cuerpo etc.)**
- V. Desarrollo de la sesión/ Descripción de actividades: inicio – medio – final; momentos repetitivos/ momentos de cambio, reacción del paciente:**
- Ruidos externos:
 - Respuesta a estímulos corporales:
 - Conexión con la terapeuta:
 - Reacción Terapeuta:
- V. Conclusiones de la sesión:**
- VI. A considerar para la próxima sesión:**

