



Universidad de Chile
Facultad de Artes
Escuela de Post Grado

Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales (UCEN) del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Monografía para optar al curso de especialización en Terapias de Arte, mención Musicoterapia.

Por
Ana Karina Maturana Marín.
Licenciada en Artes con mención en Teoría de la Música

Profesora Guía: Patricia Lallana

Santiago, Octubre de 2010

*A Daniel sin cuyo apoyo, paciencia, comprensión y amor,
nada de esto habría sido posible.
A Violeta, la luz que iluminó mi trabajo y mi vida.
A mis padres y hermanas que sembraron en mí el amor por la música.
A la entrega generosa y desinteresada de mis
maestros: Patricia, Rodrigo e Iván.
A todos y cada uno...
Gracias.*

1. INDICE

1. INDICE	3
2. INTRODUCCIÓN	6
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 El paciente en Hospitalización Neonatal	7
3.1.1 El bebe prematuro	7
3.1.1.1 Condición de Salud	8
3.1.1.2 Tratamiento	8
3.1.1.3 Efectos a largo Plazo	9
3.1.2 El bebe con distrofia miotónica congénita	10
3.1.3 La díada madre-bebe con patología	10
3.2 Teoría del Apego	14
3.3 Visión Gestáltica de la Enfermedad y el Trabajo con Órganos	17
3.4 Psicoanálisis en Bebes: El lenguaje del cuerpo	18
3.5 Musicoterapia de Fundamento Psicoanalítico	21
3.5.1 Musicoterapia Analítica	21
3.5.2 Modelo Benenzon	23
3.5.3 Musicoterapia Analítica Jungiana. Canciones del Self	26
3.5.4 Musicoterapia Clínica Psicoanalítica	27
4. INTERVENCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA	29
4.1 Contexto Institucional	29
4.2 El grupo usuario	31
4.3 Encuadre	33
4.3.1 Formalidades Previas	33
4.3.2 Lugar de la sesión	34
4.3.3 Registro	34
4.3.4 Setting	35

4.3.5 Supervisión	35
4.3.6 Objetivos Generales	35
4.3.7 La sesión de musicoterapia	36
4.4 El Proceso Musicoterapéutico	37
4.4.1 El Caso de Tania	37
4.4.1.1 Objetivos Específicos	37
4.4.1.2 Diagnóstico	38
4.4.1.2.1 Situación inicial de la bebe	38
4.4.1.2.2 Haciéndose un lugar en el mundo: S. Individual 1	38
4.4.1.2.3 Situación de la Dupla Parental	39
4.4.1.2.4 Los Padres de Tania: S. diagnóstica relacional	40
4.4.1.3 Proceso	42
4.4.1.3.5 El baño sonoro vocal: S. Familiar 2	42
4.4.1.3.6 Te cuento, te canto: S. Familiar 3	43
4.4.1.3.7 No es necesario igualarte a tu mamá: S. Individual 5	44
4.4.1.4 Cierre	45
4.4.1.4.1 Despedida Trinidad. Una nueva escucha: S. 7 Fina	45
4.4.2 El Caso de Ángela	47
4.4.2.1 Objetivos Específicos	47
4.4.2.2 Diagnóstico	48
4.4.2.2.1 Situación inicial de la bebe	48
4.4.2.2.2 Situación de la Dupla Parental	48
4.4.2.2.3 Los Padres de Ángela: S. Familiar 1	49
4.4.2.3 Proceso	51
4.4.2.3.1 Regalo de Dios: S. Familiar 2	51
4.4.2.3.2 Relatando la historia. S. Individual 3	52
4.4.2.3.3 Lo que no se puede decir, se puede tocar: S. Familiar 3	53
4.4.2.3.4 La Triangulación en el Verbal: Sesión Familiar 4	54
4.4.2.3.5 Del canto al llanto: S. Individual 6	55
4.4.2.3.6 Pasando a saludar: Entre sesión 9 y 10	56
4.4.2.4 Cierre	57
4.4.2.4.1 La despedida: S. Individual 12	57

5. EVALUACIÓN	60
5.1 Reflexiones en torno a la Transferencia y Contratransferencia	60
5.2 Análisis Foda	62
5.3 Evaluación de logro según los objetivos propuestos	64
6. CONCLUSIONES	69
7. BIBLIOGRAFÍA	71
7.1 Libros	71
7.2 Tesis	72
7.3 Publicaciones Digitales	72
ANEXOS	74
Anexo I: Proyecto de Intervención Musicoterapéutica para recién nacidos en UCIN y sus padres	75
Anexo II: Autorización para el registro audiovisual	78
Anexo III: Protocolo Observación Sesión Individual Bebes	81
Anexo IV: Ficha Musicoterapéutica Mamás	85
Anexo V: Variación de los Indicadores antes y después de las Sesiones de Musicoterapia.	87
Anexo VI Variación resultados Tania	102
Anexo VII Variación resultados Ángela	104

2. INTRODUCCIÓN

La presente Monografía aborda la experiencia de práctica musicoterapéutica realizada durante el segundo semestre del año 2009 en el servicio de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, durante un período de 4 meses con un total de tres horas semanales de atención a bebés hospitalizados. Específicamente, este documento relata la intervención musicoterapéutica con 2 pacientes lactantes hospitalizadas.

Esta intervención corresponde a una primera aproximación a un campo de estudio reciente: la observación de los beneficios de la musicoterapia dirigida al mejoramiento de la calidad de vida de bebés hospitalizados, en relación con las posibilidades que esta disciplina provee en términos de instauración de comunicación y de la posibilidad de trabajar, a través de la música, el lugar de estos bebés en el mundo, es decir, su relación consigo mismos, con su cuerpo y su yo psíquico y, además, con el entorno físico, social y emotivo en el cual están insertos.

En el transcurso de la intervención musicoterapéutica se vieron beneficiados tanto pacientes individuales bebés, como el grupo familiar cercano a estos, compartiéndose, en algunos casos, la sesión de terapia con los padres. De esta manera fue posible potenciar el apego entre ellos y sus hijos, posibilitando instancias de comunicación sonora-corporal verbal y no verbal, concibiendo en todo momento al bebé como un individuo en la relación comunicativa con un “otro”, sin permitir que su corta vida o situación de dependencia opaque, ante todo, su condición de persona, que inicia su experiencia de vida.

El presente documento realiza un análisis del proceso musicoterapéutico individual de dos pacientes, considerando las similitudes y diferencias entre ambas intervenciones, en relación con las herramientas y técnicas utilizadas, los objetivos emanados de sus situaciones particulares y el inicio, desarrollo, finalización y resultados de cada uno de los procesos.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 El paciente en Hospitalización Neonatal:

El recién nacido que se encuentra hospitalizado en la UCI neonatal es un paciente complejo que requiere atención médica especializada.

La patología más frecuente es la prematuridad, sin embargo no es la única, también es posible encontrar en este servicio a bebés que necesitan ser intervenidos quirúrgicamente debido a toda clase de malformaciones congénitas, cardiopatías, patologías respiratorias, hemorragias intracraneales, infecciones graves, patologías hematológicas, gastrointestinales, endocrino-metabólicas y patologías neurológicas. Muchas de estos cuadros se presentan en comorbilidad sobre todo en bebés de muy bajo peso al nacer.

La musicoterapia para pacientes de la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales (UCEN) estuvo dirigida a bebés con diferentes cuadros clínicos. A continuación serán descritos algunos rasgos de aquellas patologías diagnosticadas a las pacientes cuyos procesos musicoterapéuticos han sido analizados en esta monografía:

3.1.1 El bebé prematuro

Según la Organización Mundial de la Salud, prematuro es “aquel recién nacido antes de las 37 semanas de embarazo cumplidas”¹ Esta definición involucra a un grupo de niños muy heterogéneo, con edad gestacional, peso de nacimiento, estado nutricional y riesgo vital muy diferentes. Una clasificación más específica en relación a la complejidad del paciente surge, al catalogar a los recién nacidos (RN) de la siguiente manera:

¹ HUBNER G, María Eugenia y RAMIREZ F, Rodrigo. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. *Rev. méd. Chile* [online]. 2002, vol.130, n.8 [citado 2010-10-21], pp. 931-938 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000800015&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872002000800015.

- RN de muy bajo peso: menos de 1.500 g al nacer.
- RN de extremo bajo peso o prematuros extremos: menos de 1.000 g al nacer o menores de 28 semanas.
- RN micronato o neonato fetal: entre 500 y 750 g al nacer, el grupo de mayor riesgo.

Los órganos de un bebé prematuro no están completamente desarrollados siendo esta la razón principal de su necesidad de cuidados especiales para mantenerse con vida.

3.1.1.1 Condición de Salud:

- Patrones respiratorios anormales con algunas apneas (pausas irregulares y superficiales en la respiración).
- Pulmones inmaduros cuyas principales consecuencias serán el síndrome de dificultad respiratoria neonatal o neumonía.
- Tono muscular bajo y menor actividad que los bebés de término.
- Problemas para alimentarse debido a la dificultad para succionar o coordinar la deglución y la respiración.
- Menos grasa corporal.
- Piel delgada, lisa, brillante, que a menudo es transparente (se pueden ver las venas bajo la piel).
- Dificultad para conservar la temperatura corporal.

3.1.1.2 Tratamiento:

Durante el tiempo en que el bebe permanece en hospitalización, deberá ser sometido a múltiples procedimientos para asegurar su sobrevivencia fuera del vientre de la madre, entre los más frecuentes se encuentran:

- Uso de Incubadora: El bebe es puesto dentro de una caja transparente que le proveerá de calor, oxígeno y un medio estéril donde permanecer mientras sus funciones básicas se estabilizan.
- Monitores de respiración, frecuencia cardiaca y saturación. Estas maquinas dan cuenta de cualquier anomalía en los signos vitales del bebe, a través de alarmas que permanecen sonando hasta que es estabilizado.
- Sonda gástrica o nasogástrica: Los bebés, habitualmente, son incapaces de coordinar la succión y la deglución antes de la semana 34 de gestación; por esta razón es posible que se les alimente con una sonda a través de la nariz o la boca hasta el estómago.
- Nutrición Intravenosa: En los bebes cuya salud se encuentra más comprometida, la alimentación se realiza por vía venosa.
- Respirador: por medio de una sonda en la tráquea, una máquina de ventilación les ayuda a respirar sin que medie esfuerzo del bebe.
- CPAP: Los bebés con problemas respiratorios menos severos, reciben presión positiva continua en la vía aérea con pequeños tubos en la nariz (naricera).
- Oxígeno extra: El oxígeno se puede suministrar por medio de un respirador, CPAP, gafas nasales, o una campana de oxígeno sobre la cabeza del bebé.

Los criterios para ser dado de alta son: peso de al menos 2 000 g, capacidad de alimentarse bien, estabilidad física y competencia maternal.

3.1.1.3 Efectos a largo Plazo:

La prematurez puede tener efectos a largo plazo. Muchos bebés prematuros tienen problemas de salud, trastornos del desarrollo o del comportamiento que continúan hasta la niñez o permanentemente.

Cuanto más prematuro sea el bebé y más bajo sea su peso al nacer, mayor será el riesgo de complicaciones futuras.

3.1.2 El bebé con distrofia miotónica congénita:

Presente en recién nacidos de madres afectadas por la enfermedad, la distrofia miotónica se hereda de forma autosómica dominante, es decir, sólo se requiere que uno de los padres tenga el gen que produce la enfermedad para que esta se manifieste en algún momento de la vida. Afecta a diferentes sistemas del organismo y tiene una gran variabilidad en su expresión clínica, si bien, se caracteriza principalmente por la afección de los músculos de la cara, cuello, parte distal de las extremidades y a otros órganos del cuerpo.

Los bebés tienen músculos muy débiles e hipotónicos, se ven flojos, tienen problemas de respiración y no succionan ni tragan bien.

El cuidado en las unidades de terapia intensiva neonatal, es de gran importancia, otorgándoles más probabilidades de sobrevivir, sin embargo llegan a la infancia con múltiples problemas en su desarrollo motor, del habla y con déficit intelectual. Presentan artrogriposis² y miotonía³, apareciendo esta última hasta el segundo o tercer año de vida, tienen además debilidad facial y su labio superior parece abierto (boca de carpa).

En esta enfermedad la degeneración muscular es lenta y progresiva y las indicaciones están referidas al manejo de los síntomas y la minimización de la discapacidad dentro de lo posible, mediante monitoreos cardíacos, soporte psicológico y rehabilitación.

3.1.3 La díada madre-bebe con patología:

La necesidad de vinculación por parte de la cría y las conductas de maternaje están genéticamente dispuestas para asegurar la sobrevivencia de la especie, sin embargo la calidad del proceso de apego está determinada por variables psíquicas en la madre y por las condiciones del entorno. Los genes que determinan esta función social son genes tempranos y proveen la base de las conductas de adaptación bajo la

² Acortamiento o fijación anormal de las articulaciones.

³ Contracción muscular prolongada, voluntaria o no, que retrasa la relajación del músculo

condición de contacto natural recíproco entre madre y recién nacido. La separación neonatal se correlaciona, por ende, con trastornos de la vinculación. “La experiencia de no compartir subjetividades distorsiona profundamente el desarrollo del bebé que motivado por su necesidad de vincularse despliega los diversos mecanismos de alcance evolutivo para entrar en sintonía con una figura de vinculación. Si fracasa, su desarrollo se interrumpe y su vida se ve amenazada, tal como ocurre en la carencia afectiva”⁴

Las situaciones clínicas de prematuridad, malformación y riesgo de muerte del bebé en periodo perinatal y su consiguiente separación entre recién nacido y madre, ponen en jaque el proceso de vinculación. En relación a esta separación el Dr. Matías Vieira, argumenta que: “Al ser trasladados los niños a una unidad neonatal son violentamente separados de sus madres y entregados al aparataje de la tecnología de punta y al cuidado de personal de enfermería muy bien entrenado, haciendo omisión de los principios de la IHAN (Iniciativa Hospital Amigo del Niño) . En este escenario, el bienestar de la madre es la primera prioridad. Una vez cumplida su función biológica del parto, se le permite abandonar el hospital y hacerse cargo de problemas domésticos (otros hijos, esposo, etc), el régimen de visitas no dependerá ya de los deseos de la madre y de la familia, sino más bien de lo dispuesto por el equipo médico del hospital. El niño es prácticamente secuestrado, para ser atendido por equipos de salud en constante rotación. La madre, si bien reconocida como representante de su hijo, pasa a ser más visita que madre, y los médicos nos sentimos con plena libertad de indicar todo tipo de análisis y tratamientos, muchas veces traumáticos y de dudosa necesidad, casi siempre sin el consentimiento informado de los padres”⁵ Finalmente el vínculo se ve amenazado no sólo por la incapacidad del bebé de encontrar una figura de apego hacia quien dirigir sus primeros instintos de vinculación, sino también por que las madres viven un proceso de stress profundo justo en la etapa en que su instinto de hacerse cargo de su bebé se encuentra a flor de piel. Más tarde, su proceso de apego

⁴ Muñoz, H; Kaempffer, A; Castro, R;Valenzuela, S: “Nacer en el siglo XXI de vuelta a lo Humano. Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia”, Santiago, Chile 2001, Ministerio de Salud, Universidad de Chile, 278p.

⁵ VIEIRA G., Matías. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. Rev. chil. pediatr. [online]. 2003, vol.74, n.2 [citado 2010-10-22], pp. 197-205 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000200009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106. doi: 10.4067/S0370-41062003000200009.

pasará por un acto de voluntad y no será resultado del instinto natural de dar cuidado a un hijo.

La IHAN, a cuyos principios hace referencia Vieira, es la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño, cuyos pasos claves incluyen el contacto precoz madre-hijo, cohabitación y lactancia materna precoz y frecuente, además de mínimo contacto con personal en constante rotación. Muchas rutinas de las maternidades se ajustan a la IHAN, pero no las unidades de cuidados intensivos neonatales de los mismos hospitales viéndose disminuidas las oportunidades de desarrollar las relaciones padres-hijo.

En el año 2001 la Sociedad Chilena de Pediatría proclama en su Congreso Nacional, la Declaración de Pucón, en un intento de humanizar la pediatría perinatal, (basado en los principios de la IHAN) enfatizando el contacto con la madre en la atención del recién nacido de término y pretérmino, más allá de la lactancia natural, incorporándola activamente a la atención de su hijo, favoreciendo su permanencia máxima junto al niño (en lo posible las 24 horas del día), racionalizando los procedimientos invasivos, eliminando o disminuyendo el dolor físico en los niños y fomentando el contacto piel con piel.

Pese a la existencia de esta declaración, los bebés siguen siendo puestos en incubadoras y privados de su madre. Los padres, ajenos a las posibilidades de proveerles de bienestar a sus hijos, terminan por sentirse inseguros e incompetentes, al llevarse a sus bebés de alta, comienzan recién en ese momento su proceso de vinculación.

En Mayo del año 2000, se realizó en Santiago de Chile el seminario: "Humanización del proceso reproductivo. Mujer-Niño-Familia". En relación al proceso de vinculación entre madre e hijo con patologías perinatales, la Psiquiatra Mónica Kimelman, junto a un equipo presentó las directrices de un programa para fomentar un buen proceso de vinculación entre padres y bebés prematuros. Este programa "debe considerar:

- Las reacciones psicológicas de duelo parentales frente a la pérdida del bebé de término.
- Las características del bebé prematuro.
- Interacción equipo de salud-bebé-padres.

- Practicas de la maternidad que favorecen o entorpecen el proceso de vinculación.
- Propiciar Actividades como:
 - a. Facilitar y acoger la expresión emocional de padres de prematuros
 - b. Información veraz del estado del bebé
 - c. Facilitar el descubrimiento progresivo del bebé prematuro como en ser activo sensorialmente, capaz de sentir y reconocer
 - d. Estimular el diálogo afectivo y corporal (procedimiento canguro)
 - e. Integrar a la madre en el cuidado del bebé
 - f. Estimular las visitas del padre
 - g. Estimular el apoyo de una red familiar y social muy especialmente en las multíparas”⁶

De todo lo anterior se desprende la importancia de incorporar metódica y armónicamente al funcionamiento de los servicios de UCI neonatal, programas para fomentar procesos de vinculación tendientes al apego seguro disminuyendo riesgos psicosociales, que junto con los riesgos biológicos subyacentes a las patologías de los recién nacidos, amenazan la vida tanto de madres y bebés.

⁶ Muñoz, H; Kaempffer, A; Castro, R;Valenzuela, S: “Nacer en el siglo XXI de vuelta a lo Humano. Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia”, Santiago, Chile 2001, Ministerio de Salud, Universidad de Chile, P198.

3.2 Teoría del Apego:

En relación con la pérdida del vínculo entre padres e hijos, es necesario presentar algunos enfoques relativos a la teoría psicológica del apego, a fin de comprender de que se trata el término y cual es su alcance, tanto en la relación padre e hijo en general, como en la manifestación de estas relaciones al interior del servicio de cuidados intensivos neonatales. Entendiendo como opera el apego adulto, en relación a los modelos operativos internos, podremos hacernos conscientes de los recursos propios de cada padre al momento de enfrentarse a la posibilidad de instaurar comunicación con su bebe.

John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista Inglés, desarrolló la Teoría del Apego como una explicación al desarrollo afectivo humano. Su trabajo con niños sin familia, lo llevó a afirmar que la necesidad afectiva, vista como la necesidad de establecer vínculos estables, es una necesidad primaria de la especie humana, no aprendida. Bowlby definió la Conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido”⁷. Esta Teoría fue revisada entre 1973 y 1980, llegando a determinarse que las formas de apego, se desarrollan en forma temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse para toda la vida, construyendo el carácter, la personalidad, la forma de establecer procesos cognitivos y relaciones interpersonales, dando lugar al mundo emocional del adulto. A estas representaciones, mapas cognitivos o esquemas que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno, Bowlby les llamará: “Modelos Operativos Internos”⁸ (Internal Working Models: IWM)

Los IWM abarcan cualquier cosa que pueda ser objeto de conocimiento o representación psíquica, organizando la experiencia subjetiva y la conducta adaptativa del individuo, (creencias sobre si mismo, sobre los otros y sobre el mundo social) y afectando la formación y mantención de relaciones cercanas e íntimas durante toda la vida. Estos Modelos Internos son “el mecanismo a través del cual las experiencias tempranas de apego afectan a una persona a lo largo de toda su vida”⁹.

⁷ BOWLBY, John. *La Separación (El apego y la pérdida II.)*. 2ª Ed. Barcelona, Paidós, 1993. 448p.

⁸ FEENEY, Judith y NOLLER, Patricia. *Apego Adulto*. Bilbao, Desclee de Brouwer, 2001. 170 p

⁹ *Ibíd.* P. 101

Mary Ainsworth, Psicóloga Estadounidense, realiza un estudio con bebés y sus padres, denominado "Situación Extraña"¹⁰. La observación de las reacciones de los bebés al separarse de su principal figura de apego es recogida en la siguiente clasificación:

1.-Apego Seguro: El bebé tiende a protestar durante la separación. Al volver la madre la recibe con solicitud y tranquilizándose, mantiene conductas exploratorias con normalidad en presencia de la madre y establece una buena relación con extraños.

2.-Apego Ansioso Evitativo: El bebé parece poco afectado por la separación, no muestra necesidad de confort, parece ser independiente. Explora sin necesidad de la presencia de la madre, mostrando fácil contacto con extraños. Suele ignorar y evitar a la figura de apego cuando vuelve. La Madre actúa ignorando o rechazando al niño, hablando del hijo en términos negativos y/o mostrándose molesta con su hijo. Durante la infancia, continúan presentando evitación, hostilidad y agresividad, mostrándose negativistas, distantes emocionalmente, malhumorados y solitarios.

3.- Apego Ansioso Resistente Ambivalente: El bebé se muestra muy perturbado y con gran ansiedad durante la separación. Busca consuelo con la vuelta de la madre de forma ambivalente, se adhiere a ella, por momentos, pasando en otros al rechazo con rabia. Se resiste a ser consolado. La Madre se muestra insensible a las demandas del niño, incapaz de reconocer sus necesidades o dando respuestas inapropiadas a sus demandas. En la edad escolar continúan siendo poco asertivos, fácilmente inhibidos, interactuando pobremente con sus iguales y replegándose ante situaciones sociales.

Peter Fonagy, psicólogo clínico Húngaro-Británico, renueva la teoría, analizando el Apego desde un modelo intencional (la atribución de intenciones a otro) De esta manera, acuña el término "Función Reflexiva" y concluye, al realizar estudios estadísticos, que padres con altos puntajes de función reflexiva tienen más probabilidades de tener hijos con apego seguro. Fonagy define Función Reflexiva como "la adquisición del desarrollo que permite al niño responder no solo a la conducta de las personas, sino también a su concepción de sus creencias, sentimientos,

¹⁰ GARRIDO R, Lusmenia. *Apego, Emoción y Regulación Emocional. Implicaciones para la salud*. Revista Latinoamericana de Psicología (en línea), 2006, volumen 38, No 3. pp 493-507
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n3/v38n3a04.pdf>

esperanzas y planes. La función reflexiva o mentalización posibilita a los niños “leer” las mentes de las personas. Atribuyendo estados mentales a los otros, los niños hacen significativa y predecible las conductas de las personas”¹¹. Esta “lectura mental” de la que Fonagy nos habla en sentido figurado, dice relación con la capacidad de los pequeños de reaccionar no sólo al comportamiento efectivo de los demás sino también a las creencias, pensamientos, deseos, sentimientos, que el niño supone que los demás poseen como determinantes de su accionar. La Función Reflexiva incluye un componente auto-reflexivo y un componente interpersonal, mediante esta, la conducta de los demás se vuelve predecible y la experiencia del comportamiento propio y ajeno se organiza.

La Teoría de Fonagy, correlaciona la capacidad reflexiva de los padres con la capacidad reflexiva de los bebés y con el apego que logra producirse entre ellos, de esta forma, el atribuir a los niños la capacidad de pensar para actuar y manifestárselo en la relación, ya sea a través de gestos o conversaciones, posibilita un mejor apego toda vez que el niño se da cuenta de que es concebido como un ser capaz de reflexionar. “El niño con apego seguro percibe en la actitud reflexiva de su cuidador/a una imagen de sí mismo como deseante y con creencias. Ve que el cuidador/a lo representa a él como un ser intencional, y esta representación es internalizada para formar el self. “Yo pienso, por lo tanto yo soy”¹²

¹¹ FONAGY Peter y TARGET, Mary. *Apego y Función Reflexiva: Su rol en la Autoorganización*. Development and Psychopathology. Cambridge University Press, 1997, Vol 9. pp 679-700.

¹² FONAGY, Peter. *Persistencias Transgeneracionales del Apego: Una nueva Teoría*. Revista Aperturas Psicoanalíticas (en línea), 1999, No. 03.
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>

3.3 Visión Gestáltica de la Enfermedad y el Trabajo con Órganos.

Al enfrentarnos a los bebés en hospitalización, vemos como en ellos, es posible vislumbrar la existencia de núcleos saludables, no obstante su cuadro clínico particular.

Adriana Schnake, psiquiatra chilena de formación gestáltica, nos entrega una visión de la enfermedad muy particular. Según esta visión holística, un organismo sano es aquel que utiliza adecuadamente su autorregulación. Esta capacidad es algo que naturalmente poseemos todos los seres humanos; una vez perdida la autorregulación, la homeostasis propia del organismo desaparece, ya no es posible satisfacer nuestras necesidades, entonces, enfermamos. En ocasiones el ser humano puede dejar de satisfacer sus necesidades, incluso de manera deliberada.

Schnake postula que la enfermedad no es un enemigo al cual debemos combatir sino que puede llegar a ser un aliado que nos trae un mensaje para descifrar nuestras negaciones más escondidas: “El que tiene la clave definitiva de su propia enfermedad es el enfermo. Y ésta clave está tan escondida para el como para quien quiera tratarlo”¹³, el diálogo con el propio cuerpo se vuelve la clave para reconocer el eslabón perdido en la mantención de la propia homeostasis. “Para que este cambio (mejora en la calidad de vida) se produzca es fundamental entender y conocer la relación que tiene la persona con el órgano afectado”¹⁴

Al dialogar con los órganos del cuerpo es posible encontrar la figura perdida, comprendiendo el mensaje que nos trae la enfermedad, identificando y aceptando las características negadas y eventualmente, si el daño orgánico, no es aún irreversible, favorecer el tratamiento de las afecciones que originaron el desequilibrio. “No podemos tratar a la enfermedad como una enemiga. Nos está haciendo sufrir (...) nos puede amenazar de muerte. Tenemos que escucharla. No podemos pelear con ella sin saber a que vino. Es una parte nuestra donde ella se ha instalado. Si hay algo que nos

¹³ SCHNAKE , Adriana. *Los Diálogos del Cuerpo. Un enfoque Holístico de la salud y la enfermedad*. Santiago, Ed. Cuatro Vientos, 1995. 187p.

¹⁴ SCHNAKE , Adriana. *La voz del Síntoma. Del discurso médico al discurso organísmico*. 3ª Ed. Santiago, Ed. Cuatro Vientos, 2004. 219p.

pertenece y que nos trasciende, eso es nuestro cuerpo, no lo entreguemos como un paquete en manos ajenas”¹⁵

El trabajo con órganos permite al paciente ponerse en la situación de “ser” el órgano, hablando desde sus características, vivenciando y entendiendo como las funciones del órgano se corresponden con características que son también propias, aceptándose y comprendiendo por que estas características están presentes, cual ha sido su función en la adquisición de la propia autonomía y libertad.

El referente del trabajo con los órganos presentado por Schnake, permitió enriquecer el relato cantado de la historia del bebe durante las sesiones de musicoterapia, identificando en cada patología, las situaciones no resueltas en su proceso de nacimiento y separación de sus padres. Poniendo en canciones el posible mensaje de la enfermedad y entregando en manos del bebe la decisión sobre la permanencia o el cambio.

3.4 Psicoanálisis en Bebés: El lenguaje del cuerpo.

Françoise Dolto, pediatra y psicoanalista francesa, extiende las posibilidades de intervención psicoanalítica al primer día de vida del niño, reconociéndole como sujeto de sus deseos inconscientes desde la concepción. Para Dolto, la ausencia de aborto espontáneo da cuenta de un deseo de vivir, deseo compartido tanto por la madre como por el feto. Este es por tanto un ser humano en potencia, capaz de desear y de comunicarse de manera inconsciente con su madre, estando su vida psíquica marcada por lo que ella experimenta aún sin necesidad de que ella verbalice lo que siente. Al cortar el cordón umbilical (para Dolto primera castración), el niño comienza su vida ligado a una nueva placenta: el mundo externo, del cual se nutre completamente a través de la respiración, la alimentación y los sentidos.

La base de sus intervenciones terapéuticas con bebés radica en considerar que los niños, comprenden perfectamente lo que pasa a su alrededor. Para Dolto el ser humano es un “ser de lenguaje”, incluso antes de adquirir el habla, ya desde el vientre

¹⁵ SCHNAKE , Adriana. *Los Diálogos del Cuerpo. Un enfoque Holístico de la salud y la enfermedad.* Santiago, Ed. Cuatro Vientos, 1995. 187p.

materno el feto desarrolla la función simbólica. El bebe construye su mundo interno a partir de aquello que percibe, en base a esta premisa, Françoise Dolto desarrolla una forma de psicoanálisis dirigido a lactantes, escuchando y comprendiendo todo aquello que el bebe manifiesta a través de su cuerpo, no solo motora o gestualmente sino también somáticamente. Este discurso corporal es la representación lo que tiene sentido para el bebe: “Nadie parece advertir que un niño sufre moralmente. Porque se cuida al cuerpo, al ser que habrá de crecer, pero no al ser humano que tiene toda una historia y que necesitaría decirlo pero no tiene palabras para ello.”¹⁶

Françoise Dolto atribuye a los bebes prematuros, separados de su madre, una “potencialidad psicótica” siendo el gran peligro la privación sensorial en el que los hunde la incubadora, negándoseles cualquier referencia sobre un vínculo de afecto e inclusive sobre el propio esquema corporal, ya que no hay ropas o caricias que delimiten el cuerpo, ella los caracteriza como “cortados de toda relación con el mundo exterior”¹⁷, a causa de su privación auditiva, porque desde antes de nacer, el bebe, ya contaba con la experiencia de las voces de sus padres, y de los sonidos cotidianos a su entorno hogareño, esto en la hospitalización, no es posible.

Dolto descubre que la escucha de la palabra necesaria, tiene efectos en un lactante que aún no ha adquirido lenguaje oral. “El huérfano permanece invisiblemente ligado al cuerpo muerto de su padre cuando él nació, mientras no se le hable de ello. Su duelo silencioso, su dolor deben ser reconocidos por alguien. El vínculo doloroso puede ser superado si se lo habla, si se lo hace comunicable a otros de manera simbólica (...) al igual que un adulto, un bebe puede verse aquejado de una depresión mortífera. Lo traduce en su cuerpo por que su efecto es orgánico. Pero su causa no.”¹⁸

Tanto la información poco clara, como la mentira o la omisión tienen efectos directos un bebe, en otras palabras, cuando hay una verdad omitida, se permanece en el “sinsentido”, esto lo afecta a nivel psíquico, manifestándolo en su corporalidad, a través de enfermedades o comportamientos dañinos. Su propuesta a los padres y terapeutas será entonces, decirles a los niños siempre la verdad.

¹⁶ DOLTO , Françoise. *La Causa de los Niños.*. Barcelona, Ed. Paidós Ibérica, 1996. 399p.

¹⁷ DOLTO , Françoise. *Seminario de Psicoanálisis de Niños 1.* 7a Ed. Mexico D.F, Siglo Veintiuno Editores, 2000. 225p.

¹⁸ *Ibíd.* P 251.

Caroline Eliacheff, discípula de Dolto, en su libro dedicado al psicoanálisis para lactantes: “El cuerpo y la palabra”, explica, a través de la presentación de casos de niños confiados a la Ayuda Social, que es posible escuchar el funcionamiento del organismo de un niño del mismo modo en que se escuchan las palabras o se analizan las producciones graficas de un paciente, debido a que es la experiencia inconsciente del sujeto quien produce el discurso. El analista debe poner todos sus sentidos para “resonar” con el paciente, sin juicios. Ella le llama “poner subtítulos”¹⁹ a lo que le ocurre al bebe. Para Eliacheff la cura psicoanalítica del lactante es “poner en palabras lo que vive, entrañando todo lo no dicho una falla en el proceso de simbolización, falla que se expresa mediante el síntoma”²⁰. Esta cura, tiene lugar en la palabra, por sobre el tacto, debido a que logra hacer el efecto necesario en el bebe: “Las palabras lo tienen como destinatario directo, lo designan como sujeto y le ofrecen la posibilidad de habitar su cuerpo: no se trata de consolar, menos aún de reparar, sino de simbolizar el sufrimiento al reordenar la historia para asegurar al niño su identidad a través de sus orígenes y permitirle asumir sus prerrogativas como sujeto”²¹

Eliacheff y Dolto ponen estos “subtítulos”, sólo en base a la transferencia, jamás piden a los acompañantes de los niños más referencias que las iniciales sobre un síntoma o una evolución, lo más importante es escuchar al niño, sirviéndose del propio cuerpo para saber, mediante el uso de la contratransferencia, cuales fueron los efectos que ciertos acontecimientos pudieron tener sobre el bebe, para luego poner estas sensaciones en las palabras. Para Eliacheff esto se produce por que el cuerpo es el lugar del lenguaje, se tenga o no lenguaje oral: “Cuando no habla, o no lo hace todavía, su cuerpo habla de las experiencias pasadas y presentes. El lugar corporal tocado no expresa sólo un daño físico, un síntoma médico, sino, antes que nada, un sufrimiento de su persona”²²

¹⁹ ELIACHEFF, Caroline. *El Cuerpo y la Palabra. Ser Psicoanalista con los más pequeños*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1993. 158p

²⁰ *Ibíd.* P 22.

²¹ *Ibíd.* P 22.

²² *Ibíd.* P 45.

3.5 Musicoterapia de Fundamento Psicoanalítico

3.5.1 Musicoterapia Analítica:

Debido a la importancia que este modelo asigna a la verbalización, entre sus recomendaciones hallamos la de no implementarlo con pacientes que no comprenden o no utilizan el lenguaje verbal, siendo requisito que el paciente tenga oído, pensamiento simbólico y capacidad verbal. La intervención musicoterapéutica para bebés hospitalizados, utilizó sólo algunos referentes de la musicoterapia analítica y a la luz de los planteamientos de Dolto, se consideró como verbalización al discurso corporal del bebé.

Mary Priestley es la fundadora de la Musicoterapia Analítica que nace a principios de los 70, en Gran Bretaña, con el “Intertherapy Group”, un formato experimental de técnicas e ideas basadas en un enfoque psicoanalítico de la improvisación entre cliente y terapeuta. Este Modelo se define como “el uso de palabras y música simbólica improvisada por el paciente y el terapeuta, con el propósito de explorar la vida interna del paciente y facilitar su desarrollo”²³

Si bien su raíz está en el psicoanálisis, se diferencia de este por que en la Musicoterapia Analítica la improvisación entre terapeuta y paciente es recíproca, teniendo el Musicoterapeuta un papel mucho más activo tanto en la sesión como en el análisis de la contratransferencia. Las improvisaciones estarán motivadas por tópicos que el paciente o el terapeuta identifican como temas que requieren investigación terapéutica.

El discurso verbal que tiene lugar durante la sesión, es de vital importancia en este Modelo, asignándosele igual importancia a la música y a la palabra. En este enfoque de musicoterapia activa, los terapeutas y los pacientes improvisan juntos y luego, intentan dilucidar lo acontecido (ya sea en la música o en la mente) durante la improvisación, mediante el uso de técnicas psicoanalíticas como la motivación de asociaciones libres o el uso de la transferencia y la contratransferencia.

²³ BRUSCIA, Keneth. *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. Salamanca, España. Editorial Agruparte, 1999. 430p

“Eliminar los obstáculos que impiden al paciente apreciar todo su potencial y alcanzar objetivos personales”²⁴ es la meta principal de la musicoterapia para Mary Priestley, por esta razón no existen objetivos predeterminados, sino que el paciente es quien revelará sus objetivos y obstáculos durante el proceso.

Este proceso tendrá lugar tanto en el trabajo central como en el trabajo periférico, en el primero, el paciente confronta los problemas de su vida interna, en su música y en su relación con el terapeuta, y en el segundo, el paciente confronta sus problemas en el mundo exterior a las sesiones de terapia. Quien dirige el trabajo central es el terapeuta y quien dirige el trabajo periférico es el paciente.

En resumen, “la musicoterapia analítica trabaja para acceder a las regiones inconscientes de la personalidad, llevar los conflictos reprimidos bajo un control consciente, inducir al conocimiento y a la aceptación de aspectos del yo desconocidos previamente, incluir tanto los positivos como los negativos, liberar la energía atrapada mediante mecanismos represivos de defensa, redirigir la energía hacia objetivos positivos, encontrar un equilibrio entre energía y objetivo, y repolarizar la creatividad invertida en objetivos negativos a objetivos más positivos”²⁵

²⁴ *Ibíd.* P118

²⁵ *Ibíd.* P119

3.5.2 Modelo Benenzon:

Rolando Benenzon, Psiquiatra y Músico Argentino, desarrolla un modelo de musicoterapia cuya base es el estudio del complejo sonido-ser humano. A partir de 1965, tomando referentes provenientes tanto del psicoanálisis, como de la teoría de la comunicación, de la zoología, de la música, del objeto sonoro y de la educación musical, configura un enfoque de la musicoterapia definiendo esta como una “psicoterapia que usa el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos corporo-sonoro-musicales, para desarrollar, elaborar y reflexionar un vínculo o una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupo de pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y rehabilitarlo y recuperarlo para la sociedad”²⁶

Algunos de los conceptos que dan sustento teórico al Modelo Benenzon y que han sido utilizados como referentes en la intervención musicoterapéutica que motiva esta monografía son:

- **GOI (Grupo Operativo Instrumental):** conformado por “todos los elementos capaces de producir un sonido audible o un movimiento (vibración) que pueda ser captado como mensaje o como medio de comunicación”²⁷

En este modelo, el instrumento es considerado como un todo, no sólo funcionalmente sino que cada parte que lo compone puede comunicar algo tanto por sus características como por el material que lo conforma. En relación a su uso comportamental, Benenzon señala que “el instrumento se convierte en un objeto que permite al paciente o al musicoterapeuta adecuarse o adaptarse a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que se desarrollan en la relación vincular entre ambos”²⁸

- **Noción de Instrumento Corporal:** Para Benenzon el cuerpo es el instrumento más importante del musicoterapeuta. El cuerpo es el instrumento primer instrumento vincular entre la madre y su hijo (tanto dentro como fuera del vientre materno). Por esta

²⁶ BENENZON, Rolando. *La nueva musicoterapia*. 2da Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lumen, 2008. 383p

²⁷ *Ibíd.* P 22.

²⁸ *Ibíd.* P37

razón se le asigna una importancia preponderante al aprendizaje que el musicoterapeuta debe llevar a cabo en el reconocimiento del propio cuerpo y de sus posibilidades sonoras vibracionales.

- **Noción de Objeto Intermediario:** “Todo elemento capaz de permitir el pasaje de energías de comunicación entre un individuo y otro”²⁹.

Es considerado un instrumento vincular que posibilita canales de comunicación. Que un instrumento corporo-sonoro-musical pueda ser transformado en objeto intermediario dependerá las habilidades del musicoterapeuta y de su capacidad de comunicación. El cuerpo y la voz del musicoterapeuta pueden ser usados como objeto intermediario (cuidando siempre de no realizar acting-out, ni erotización).

- **Espacio Vincular:** Aquel que se forma entre dos personas y que sólo se construye a partir de las energías comunicacionales que ambos emiten, siendo diferente para cada relación. En él surge el objeto intermediario y tienen lugar las descargas energéticas de ambos interlocutores, por medio de la producción sonora, de estructuras musicales, de movimientos corporales, de acercamiento y alejamiento, de gestos mímicas, posturas etc.

- **Contexto No-Verbal:** “Es la interacción dinámica de distintos elementos que configuran códigos, lenguajes, mensajes, que impactan y estimulan el sistema perceptivo global del ser humano y permiten que este reconozca al mundo que lo rodea, su entorno, su ambiente y al otro ser humano con el cual tiende a comunicarse”³⁰ Este contexto se configura a partir de múltiples elementos (si fuera sólo uno no lograría impactar al sistema perceptivo global) tanto auditivos, como visuales, kinestésicos, táctiles, olfativos, gustativos etc

Estas experiencias que favorecen cadenas de percepciones construyen la memoria no-verbal mediante la cual logramos reconocer nuestro entorno haciéndose posible la comunicación.

²⁹ *Ibíd.* P39

³⁰ *Ibíd.* P56

Para Benenzon la base de la formación musicoterapéutica está en el desarrollo, interpretación y reconocimiento del no-verbal.

- **Comunicación Intrauterina:** El feto recibe el impacto de la comunicación desde tres fuentes vibro-sonoro-musicales.

A. El propio cuerpo de la madre, siendo el ritmo del latido cardíaco el estímulo más particular debido a que penetra en el cuerpo del feto dándole satisfacción al recibir oxigenación, nutrición y termoregulación. A este sonido y a sus variaciones se liga el instinto de vida y de muerte del feto, que penetra en él por medio del cordón umbilical que hace las veces de oído y tiene la característica de ser binario.

El Uso de ritmos binarios en musicoterapia logra crear una sensación hipnótica regresiva hacia este momento de la vida.

B. El medio acuoso del líquido amniótico: Que trae vibraciones del exterior (del entorno, del padre y de la madre) y de los movimientos corporales de la madre, debiendo el feto adaptarse y acompañar estos movimientos. Estos procesos no son unidireccionales sino que el feto también es capaz de generar movimientos y modificaciones rítmicas en respuesta a lo que recibe.

C. Las energías que parten del inconsciente de la madre hacia el inconsciente del feto: Genéticamente, la madre le transmite identidades sonoras de su propia historia personal y ancestral

- **Proxemia:** concepto que estudia la territorialidad en la que se desarrolla la interacción. Determinada esta territorialidad por la percepción (como percibe y elabora el sistema nervioso, y como responde) y por la cultura en que esta interacción tiene lugar. Para Benenzon, en musicoterapia no es necesario tocar ya que el sonido “acaricia por sí solo, sin crear estados de alarma”³¹. En la relación musicoterapéutica, la proxemia será un espacio sonoro vibracional y variará según el fenómeno sonoro y el objeto intermediario que exista en el espacio vincular entre el terapeuta y el paciente.

- **Transferencia y Contratransferencia:** Considerada la Transferencia como la actitud del paciente de repetir en el musicoterapeuta episodios ocurridos en su relación

³¹ *Ibíd.* P63

materno-paterno-infantil y la Contratransferencia como la investigación objetiva que el musicoterapeuta hace de su propia subjetividad (como la transferencia impactó el propio inconsciente). El musicoterapeuta deberá usar diversas técnicas para protegerse de la propia transferencia (diferenciándola de la contratransferencia) para no llegar al acting out, llevando al acto su propia confusión entre sensaciones transferenciales y contratransferenciales.

3.5.3 Musicoterapia Analítica Jungiana. Canciones del Self

Diane Austin, Musicoterapeuta Estadounidense, define la musicoterapia analítica-Jungiana como un “proceso creativo que utiliza la música y las palabras dentro de una relación cliente/terapeuta para facilitar un constante diálogo entre los contenidos del consciente y del inconsciente.”³² Austin señala que según C.G. Jung, en la búsqueda del self auténtico, al trabajar los símbolos por medio de actos creativos se hace posible expandir la propia realidad encontrando diversas soluciones a los problemas y rasgos personales logrando encontrar la totalidad. De esta manera, la música favorece el proceso de individuación por que refleja nuestras emociones, siendo la música improvisada el puente al mundo interno, a los sentimientos, fantasías y memorias ahí existentes.

La técnica utilizada por Austin en el trabajo clínico es denominada por ella como “Asociación libre cantada”³³ y consiste en la creación por parte del musicoterapeuta de un ambiente/continente musical, consistente y estable. Si el cliente tiene conocimiento musical, el musicoterapeuta le pedirá que escoja dos acordes, si no lo tiene le mostrará diferentes acordes, mayores y menores para juntos encontrar los más apropiados a los deseos del cliente. A demás se les pregunta a los clientes cual es el ritmo preferente para que la sucesión de acordes sea tocada. Una vez tomadas las decisiones, el musicoterapeuta tocará el patrón repetidamente para que el cliente improvise sobre él. Siempre se limitará la técnica a dos acordes para establecer el continente musical

³² BARCELLOS , Lia Rejane Mendes. *Musicoterapia. Transferencia, Contratransferencia y Resistencia*. Rio de Janeiro, Brasil. Enelivros Editora, 1999. 122p

³³ *Ibíd.* P78

predecible sin tensiones que le posibilite al cliente la relajación para que su self espontáneo pueda surgir.

En los casos en que cantar puede resultar amenazante para el paciente, la técnica de “asociación libre cantada” crea un ambiente seguro y predecible para la autoexpresión, en un fluir musical del estado de conciencia. La repetición de dos acordes en un patrón rítmico dado puede “inducir a un estado alterado en el cual las imágenes y asociaciones fluyen libremente”³⁴ conectando al cliente con memorias del inconsciente personal y colectivo, y trayéndolas al consciente. Para Austin: “ La música habla el lenguaje de la psiquis, un lenguaje simbólico e inmediato que puede penetrar suavemente las barreras defensivas y liberar sentimientos mientras crea, simultáneamente, un continente seguro para hacer surgir los afectos”³⁵

La técnica de asociación libre cantada por razones obvias no fue utilizada para la expresión de los bebés sino como herramienta en el trabajo con los padres frente a sus bebés, en un formato diferente y realizado en base a ostinatos y sustentos rítmicos. Además fue una de las herramientas principales en el vínculo de la musicoterapeuta con el bebé.

3.5.4 Musicoterapia Clínica Psicoanalítica.

Patricia Pellizzari, Musicoterapeuta y Psicoanalista Argentina a través de años de experiencia clínica logra configurar junto al equipo de investigación Icmus, una metodología musicoterapéutica que da cuenta de la especificidad de la disciplina desde un prisma eminentemente psicoanalítico.

En su libro “Musicoterapia Psicoanalítica. El Malestar en la Voz”, Pellizzari entrega un primer lineamiento sobre la práctica clínica adherente a este enfoque, precisando que en primer lugar la musicoterapia es un objeto impreciso y vulnerable por que en ella está presente el dinamismo del “hacer”, siendo irrenunciable para el musicoterapeuta reconocer sus móviles (el porqué de las consignas, de los movimientos y cambios en un abordaje terapéutico), su concepción de “sujeto” (siendo este el objeto de la cura), el porqué de su elección en materia de herramientas y

³⁴ Ibíd, P79

³⁵ Ibíd. P87

recursos, y, sobretodo, del lugar que ocupa la música en la terapia: “para el musicoterapeuta psicoanalítico la música pasa a ser un “objeto perdido” objeto desde el cual se puede retomar la lógica significante del paciente, un objeto generador de resonancias, de subjetividad. Para el paciente la música reviste un espacio de proyección, para el musicoterapeuta psicoanalítico un espacio de escucha”³⁶ Esta escucha, para Pellizzari, cambia según el momento del tratamiento y debe estar abierta a los sentidos. No sólo se escuchan las palabras o los sonidos sino todo lo que el paciente entrega durante la sesión sean estos gestos, movimientos, afectos, palabras incluso lo que puede aparecer como insignificante. A partir de esta escucha el musicoterapeuta tendrá acceso al inconsciente del paciente: “la escucha del musicoterapeuta metaforiza la propia voz interior del paciente”³⁷

El discurso de la musicoterapia lo realiza el sujeto que la mira, la escucha, toca la música y se emociona, porque “son los pacientes los que día a día nos habilitan y nos autorizan a conducirlos por ese trazo engorroso que representa conectarse con lo enfermo y con lo sano de su persona y por que la música y el sonido (...) serían “sólo ruido” si no los resignificara un vínculo transferencial.”³⁸

Desde el enfoque de la musicoterapia que nos entrega Patricia Pellizzari, se sitúa el encuadre musicoterapéutico que da origen a la intervención realizada con bebés en hospitalización neonatal y a esta monografía, ante todo poniendo el énfasis en una musicoterapia pensante que abre caminos desde la escucha de todo lo que el paciente trae consigo.

³⁶ PELLIZZARI, Patricia. *Musicoterapia Psicoanalítica. El Malestar en la Voz*. Buenos Aires, Argentina. Ricardo R. Resio, Editor, 1993. 164p

³⁷ *Ibíd.* P15

³⁸ *Ibíd.* P43.

4. INTERVENCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA

4.1 Contexto Institucional

La intervención musicoterapéutica con bebés hospitalizados tuvo lugar en Unidad de Cuidados Especiales Neonatales del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Como su nombre lo indica, corresponde a un área especializada dentro de la Unidad de Neonatología del Hospital, que a su vez depende del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Su misión es “dar atención de alta calidad”³⁹ a los recién nacidos provenientes de la maternidad del recinto o de otros centros asistenciales, que han sido referidos al servicio.

La calidad de la atención, tal como se señala en su página web, se sostiene en términos de capacitación del personal, investigación y docencia, logrando estándares y sobrevida comparables a los mejores centros nacionales.

La Unidad funciona las 24 horas del día, todos los días del año. En ella trabaja un médico residente, médicos del staff que realizan distintas funciones en las sub-unidades (UTI, Intermedio y Puerperio), profesionales de apoyo de las unidades de Nutrición, Kinesiología, Rayos, médicos especialistas de íter-consulta, matronas especializadas en neonatología y asistentes de enfermería. Debido a su carácter de hospital universitario, se realizan prácticas de estudiantes tanto de pregrado en la Carrera de Medicina como de postgrado en la especialización de Pediatras, Neonatólogos y Matronas Neonatólogas.

La Unidad de Cuidados Especiales Neonatales (UCEN) proporciona cuidado intensivo especializado a recién nacidos con patologías de alto riesgo y cuidado intermedio a los bebés con patologías de riesgo mediano o menor. Cuenta con 4 cupos de tratamiento intensivo y 12 cupos de tratamiento intermedio y básico, pudiendo modificarse esta distribución y aumentarse los cupos de tratamiento intensivo si fuese necesario.

³⁹ HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE. Red clínica. [en línea]
<http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/index.aspx?channel=6325&appintanceid=18492&pubid=7682> [consulta 05 octubre del 2010]

En esta unidad se realizan técnicas y procedimientos sumamente normados de acuerdo a la gravedad del paciente, al nivel de complejidad en la atención y requerimientos de cada bebe. Cada uno de ellos es monitoreado permanentemente durante las 24 horas del día, y muy posiblemente conectado a más de una maquinaria para asegurar su sobrevivencia. .

Las visitas de los padres están permitidas en un horario de 9 a 9, y son informados diariamente del estado de sus hijos ya sea por el médico tratante o residente.

Las instancias de promoción de apego entre padres y bebes dicen relación, con la fomento de la lactancia, existiendo un espacio denominado lactario donde las madres extraen su leche materna para almacenamiento y posterior alimentación de sus hijos, evitando así dejar de producirla, pudiendo establecer la lactancia natural con sus bebes apenas sea el momento propicio para hacerlo. Además de esto, se ha comenzado a implementar en el servicio un sistema de vínculo piel con piel entre padres y bebes denominado programa “canguro”, donde los padres pueden mantener en sus brazos por cerca de una hora a sus bebes fuera de la incubadora. Dadas las condiciones de gravedad de algunos pacientes es frecuente que ocurran decesos de bebes, siendo patente en todo momento la delgada línea que separa la alegría propia del inicio de la vida con el temor a la muerte.

Es importante señalar que esta no es la primera iniciativa de intervención musicoterapéutica en este hospital. Con anterioridad han existido prácticas de musicoterapia en Oncología, específicamente en las unidades de quimioterapia y de hematología oncológica. A esto se suman las prácticas musicoterapéuticas realizadas durante el año 2009 en medicina reproductiva y en obstetricia. La intervención musicoterapéutica realizada a modo de práctica en el servicio de Neonatología durante el año 2009 y que motiva la presente monografía, fue la primera intervención de este tipo no sólo dentro del hospital sino a nivel nacional.

4.2 El grupo usuario

La intervención musicoterapéutica estuvo dirigida en primera instancia a bebés en hospitalización neonatal, previa autorización tanto de los padres como del médico tratante, para un total de ocho pacientes con sesiones semanales con un proceso de duración variable y subordinada sus posibilidades de ser dados de alta.

Sin embargo, la dinámica relacional propia del servicio permitió verificar que en más de una ocasión los beneficiarios directos de la musicoterapia no sólo serían los bebés, sino también los padres de estos, no como pacientes individuales sino como sujetos de la díada (tétrada) relacional más importante para el bebé: Su familia.

Los padres de los bebés hospitalizados entregan en las manos del equipo médico todo el cuidado de sus hijos y es posible percibir que esto les da confianza pero al mismo tiempo les causa sufrimiento por razones tales como la separación, el vínculo entorpecido, la dificultad para expresar afecto a sus hijos, la soledad, la imposibilidad de expresar lo que realmente sienten, la postergación de sus demás hijos etc

Frente a esta realidad no abordada por la unidad de neonatología, debido a que los pacientes son los bebés, no su familia, es posible verificar que la situación de los recién nacidos hospitalizados dista mucho de parecerse al hogar donde sea posible establecer, de manera confiada y positiva, los vínculos sobre los cuales basarán su vida futura, y pese a que, el equipo médico, profesional y técnico a cargo vela en todo momento por su seguridad y bienestar (dando cobertura a sus necesidades de higiene, alimentación, paliación de dolor, oxigenación etc., y orienta todas sus energías y recursos para mejorar la calidad de vida de estos pacientes – Incluido el programa canguro⁴⁰), fue posible verificar durante el tiempo de intervención, que algunos padres

⁴⁰ A diferencia del programa Canguro original, creado en Colombia, la duración de esta instancia de apego es de algunos minutos y no de 24 horas del día. Para participar de este momento se les pide a los padres (según el relato de algunas madres) el dominio de las propias emociones, sobretodo de las llamadas negativas (pena, ira etc). Para muchos esta iniciativa es suficiente para encausar la necesidad de expresar afecto a sus hijos, sin embargo, es frecuente ver que algunos padres no pueden pasar por la experiencia, ya sea por las condiciones de salud de sus bebés o por opción, eligiendo no hacerlo

comienzan a espaciar cada vez más las visitas hasta dejar de ir a ver a sus hijos por varios días o semanas.

La situación personal de los bebés en hospitalización, la potenciación del apego con sus padres y la necesidad de generar una instancia para que los padres pudiesen elaborar su propia situación personal, dieron cuerpo a esta práctica musicoterapéutica. La musicoterapia intentó ser en una vía accesible tanto para bebés como para sus padres, en base a la hipótesis de que la música y el canto dirigidos al bebé logran la connotación de comunicación instaurada, para ambas partes. A través del uso de la voz cantada y de los instrumentos que conforman el setting es posible ir conectándose poco a poco con la dimensión afectiva del bebé, percibiendo como las reacciones de este lo posicionan como un individuo en el mundo, que pese a no haber desarrollado aún la conciencia de sí mismo, es capaz de mostrar una vida psíquica activa, revelando a través de un discurso corporal como los distintos sonidos le llaman a reaccionar no sólo desde el agrado, el desagrado, la conmoción o la sorpresa sino desde la percepción de no hallarse solo, de ser alguien en relación con otros.

Como antes se mencionara, el total de pacientes bebés fueron ocho, no obstante para desarrollar el presente análisis han sido tomados a modo de muestra, el proceso de dos de ellos a quienes llamaremos Ángela y Tania respectivamente cuidando de proteger sus identidades.

Su devenir, pese a la similitud de las condiciones de inicio, decantaron en caminos diferentes, tan diferentes como la música que cada bebé trajo, por medio del no verbal, (o del cuerpo hecho verbo) a cada sesión.

4.3 Encuadre:

4.3.1 Formalidades Previas

- Entrega del Proyecto de practica Musicoterapéutica al Director del Servicio de Neonatología Dr. Jaime Burgos Monroy. Este proyecto fue realizado en conjunto por las dos alumnas en práctica en el servicio y fue entregado por la profesora guía. El proyecto abordaba tanto las sesiones grupales sólo para padres (realizadas en co-terapia por ambas alumnas en práctica), como las sesiones individuales para bebés, y las sesiones grupales familiares.
- Presentación del proyecto: El proyecto fue presentado a través de una exposición teórica al equipo médico el día 28 de Julio de 2009. Durante la reunión fue posible verificar ciertas reticencias por parte de algunos médicos respecto de la intervención. A partir de esta reunión se acuerda trabajar verificando escalas de dolor antes y después de cada sesión, a fin de realizar mediciones sobre las posibles incidencias de la musicoterapia en indicadores objetivos tales como frecuencia cardíaca, saturación y expresiones de dolor en el rictus facial del bebé.
- Firma de autorización registro: Al comenzar a asistir periódicamente al servicio, se debió contactar a los padres de cada bebé susceptible de ser paciente de las sesiones musicoterapia, a fin de que ellos firmaran una autorización para que sus hijos fuesen filmados o grabados durante al menos una sesión. Prácticamente no hubo reticencias por parte de los padres ni a las grabaciones ni a las intervenciones propiamente tales, siendo siempre bienvenida la idea de “traerles música” a sus bebés.
- Entrevista para llenar fichas de mamás. Antes de comenzar la atención de un bebé, se pidió a los padres antecedentes de las experiencias sonoras previas

(durante el embarazo) y del Iso⁴¹ (Identidad Sonora) Familiar. Para determinar un pre-diagnóstico de la relación del bebe con el entorno sonoro.

- Autorización verbal por parte del médico tratante o de turno. Antes de comenzar el trabajo con los bebes, se verificó el ingreso de nuevos pacientes al servicio,, si bien esto se hizo de manera informal, por medio de las matronas de turno, la autorización para que un bebe comenzara con sesiones de musicoterapia fue siempre emitida por el médico, a veces directamente a la musicoterapeuta, a veces por medio de la matrona. En más de una ocasión la respuesta fue negativa, dadas las condicione del bebe, sobretodo en relación a algunos niños con compromiso neurológico.

4.3.2 Lugar de la sesión

Ante la imposibilidad de ser trasladados a un lugar más resguardado sonoramente, las sesiones individuales se realizaron en la habitación donde se encontraban hospitalizados cada paciente. Este lugar, en primer acercamiento, incómodo y lleno de ruidos, voces y conversaciones ajenas a la sesión, llegó a volverse muy familiar, invistiendo los ruidos persistentes como instrumentos con un lugar dentro de la música para el bebe

4.3.3 Registro

- a) Grabación de la mayoría de las sesiones en formato de video digital.
- b) Protocolo de atención Individual: En él se registraron tanto los indicadores relativos a las escalas de dolor como las observaciones generales puntuales sobre partes de la

⁴¹ BENENZON , Rolando. *La nueva musicoterapia*. 2da Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lumen, 2008. 383p

sesión, principales impresiones en la transferencia y la contratransferencia, reacciones corporales del bebe, instrumentos, canciones y formas musicales utilizadas.

4.3.4 Setting

Debido a la dificultad para entrar a la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales con demasiados objetos del ambiente externo, y la necesidad de limpiar cada instrumento antes de trabajar con cada paciente, trasladar el setting de una cuna o incubadora a otra; el instrumental debió ser reducido pero eficaz para el arrullo estando compuesto por: una kalimba, un arkin, un toc-toc, un sonajero con semillas y un palo de agua.

4.3.5 Supervisión

El trabajo musicoterapéutico fue supervisado por una profesora guía mediante reuniones posteriores a la sesión, siendo estas de enorme valor para el análisis de las manifestaciones corporales, y sonoras del bebe, el discurso verbal o musical de los padres, la contratransferencia o posibles acting-out de las musicoterapeutas, delineándose a partir de estas reflexiones nuevos caminos a seguir en términos de proceso terapéutico. Compartir experiencias entre musicoterapeutas con enfoques distintos enriqueció el trabajo personal evitándose, semana a semana, posibles bloqueos en la creatividad de las terapeutas.

4.3.6 Objetivos Generales:

- Construir por medio de la relación musicoterapéutica un espacio confortable para recién nacidos hospitalizados y su familia.
- Permitir el flujo de energías comunicativas entre recién nacido y musicoterapeuta

- Posibilitar, por medio del discurso musical, el contacto del recién nacido con el nuevo lugar que está ocupando en el mundo, es decir, su relación consigo mismos, con su cuerpo y su yo psíquico y, además, con el entorno físico, social y emotivo en el cual están insertos.
- Permitir el flujo de energías comunicativas entre recién nacido y su(su)s madre (padres) a fin de potenciar el apego entre ellos y su hijo(a).
- Ayudar a reducir la ansiedad materna (paterna) por medio del uso terapéutico de la música, posibilitando una mejora en la relación de las madres con sus bebés y en la elaboración del proceso de separación que estas madres viven.
- Proponer, elaborar y desarrollar una investigación que recoja los datos que puedan evidenciar algún tipo de cambio terapéutico en los bebés en hospitalización neonatal, participantes de la intervención musicoterapéutica.

4.3.7 La sesión de musicoterapia

En términos generales se dieron dos tipos de sesión:

1) Sesión Individual para bebés: Con una duración de entre 10 y 20 minutos por paciente estructurada en tres partes:

- Inicio: Instrumental y canto de su nombre.
- Desarrollo: Canto improvisado a partir de lo que el bebé refiere corporalmente sobre una base instrumental.
- Cierre: Despedida cantada o instrumental.

2) Sesión Grupal Familiar: Con una duración máxima de media hora, estructurada también en tres partes:

- Inicio: Verbalización por parte de los padres de la situación actual del bebé y de lo que sienten al respecto.
- Desarrollo: Canto con acompañamiento instrumental para el bebé, este puede ser improvisado o de canciones conocidas significativas para ellos.
- Cierre: Despedida surgida de las necesidades expresadas en el desarrollo puede ser verbal, instrumental o cantada.

4.4 El Proceso Musicoterapéutico

El proceso musicoterapéutico fue diferente para cada una de las bebes, pese a que en ambos casos se comenzó abordando la experiencia de la triada familiar para posibilitar instancias de apego entre los padres y sus hijos, con el correr del tiempo cada grupo familiar tomó decisiones diferentes en acuerdo a sus necesidades y dinámicas relacionales, decantando esto en una musicoterapia con énfasis distintos en cada caso.

Para analizar la forma en que fueron gestándose las instancias terapéuticas y los cambios, tomaremos como eje descriptivo tres fases: Diagnóstico, Proceso y Cierre para cada caso.

4.4.1 El Caso de Tania⁴²:

La intervención musicoterapéutica realizada con Tania constó de un total de 14 sesiones divididas en: 8 sesiones individuales y 6 en compañía de sus padres. El proceso musicoterapéutico desarrollado con ella fue muy corto, pero muy intenso. Esta es la razón por la que he querido dar cuenta de la experiencia en el presente documento.

4.4.1.1 Objetivos Específicos:

- Establecerse como una instancia de contención para Tania.
- Posibilitar el contacto de Tania con sus propias posibilidades de relajarse y alimentarse por si sola.
- Propiciar instancias de vinculación profunda entre Tania y sus padres.
- Estimular la relajación corporal por medio del uso de ritmos lentos y sonidos suaves.

⁴² Los nombres de las pacientes han sido cambiados para resguardar sus identidades y las de sus familias.

4.4.1.2 Diagnóstico:

4.4.1.2.1 Situación inicial de la bebe

Al conocer a Tania lo primero en llamar mi atención es ¿Cómo es posible que una bebe tan pequeña se mueva tanto y tenga tanta fuerza? Esta reflexión no es menor si consideramos que ella nace 2 meses y medio antes de su fecha programada, con 29 semanas de gestación, se encuentra dentro de una incubadora con luz. Es imposible ver su ceño debido a sus ojos vendados. Al observarla por primera vez, mueve frenéticamente su cola como si estuviese intentando sacarse el pañal, al conseguirlo parece acomodarse para descansar. Pese a que la conozco cuando ya no necesita de ventilación mecánica porque puede respirar sola, se la ve enredada en tubos debido a sondas gástricas tanto de alimentación como de evacuación. No se alimenta por la boca por que no logra deshacerse de los residuos, además tiene una taquicardia constante, que a veces bordea la peligrosidad debiendo ser controlada permanentemente. Se la ve muy incómoda en esta situación y a diferencia de muchos otros lactantes, parece en activa oposición a esta nueva realidad. Ante los diversos sonidos, aparenta escuchar y mostrar su desagrado frente a los estímulos sonoros demasiado fuertes.

4.4.1.2.2 “Haciéndose un lugar en el mundo”: Sesión Diagnóstica Individual 1

Antes de comenzar la sesión, pongo atención a la situación de la bebe, la veo muy inquieta, moviéndose persistentemente. Quejándose. Su monitor no para de sonar, por que está con una taquicardia de más de 190. Pregunto esto a la matrona de turno. Ella me explica que este es uno de sus cuadros de cuidado: La taquicardia. Comienzo la sesión cantándole su nombre y probando diferentes sonoridades para saber con cual se muestra más conectada. Acompaño el canto con ritmo binario simulando un latido cardiaco en el sonajero de semillas. *“Hola Tania como estás mi nombre es Ana Karina y estoy aquí para tocar música, para tocar música para ti, para que crezcas muy pronto, te sientas mejor, más contenta.”* Durante el canto ella detiene

el movimiento de incomodidad. Se ve más tranquila. Aún así me siento muy nerviosa. Pese a que se ha aquietado, me impresiona su incomodidad inicial. Nunca había visto a una bebe tan desagradada. Pese a que temo molestarla, sigo adelante. *“Mueves tu cuerpo, tu guatita se mueve también levantas la cola acomodándote, buscando tu lugar acá, Tania”*. Al Oír estas palabras sonrío. Sigo. *“Mueves tu boca para sonreír, pronto lo harás para comer alimentándote muy bien”*. En este momento salen burbujas de su boca.

Tomo la Kalimba y realizo un ostinato en ritmo binario. Muevo la Kalimba por el espacio que rodea la incubadora Acercando y alejando el sonido. Prosigo con el canto: *“Tania, es importante que sepas que antes tú estabas dentro de mamá. No necesitabas respirar ni comer por la boca. Pero ahora que estás acá es necesario que el aire puedas tomar”*. Acompaño esto realizando respiraciones lentas y sonoras. *“Poco a poco puedes usar tu boquita para succionar. Para comer. Tania, poco a poco, muy tranquila vas a mejorar. Toma el aire Tania. Toma el aire para respirar”*. Se queda muy quieta, quizás duerme, pero no estoy segura. No puedo ver sus ojos. Una venda los esconde del mundo. Me despido con un susurro.

4.4.1.2.3 Situación de la Dupla Parental:

Al ver a los padres de Tania mi primera impresión es que son pareja extremadamente joven (pese a que ahora, revisando sus datos me doy cuenta de que ella tiene 25 años y él 29, ambos lejanos a la situación de padres adolescentes) llenos de curiosidad y entusiasmo por nuestra presentación, junto a mi compañera de práctica, como musicoterapeutas. La iniciativa la toma el padre llenando la ficha, cantando y diciéndole que responder a la madre. Es ella quien más parece una niña, a diferencia de las otras madres que conocí en la unidad de neonatología, es la única que me pareció más una hija que una madre, muy risueña y juguetona. Al preguntarles datos sobre su bebe ninguno de los dos se muestra afectado, les pregunto entonces directamente *¿cómo se sienten?*, me responden que tranquilos por que en el hospital están haciendo todo para que la bebe esté bien. Me doy cuenta de que es posible que estén en shock, que no estén viviendo el duelo por el bebe de término o simplemente que la lejanía física de su bebe les ha impedido sentirse realmente padres. Me cuentan

que no viven juntos que cada uno vive con sus padres, pero que a raíz del nacimiento de Tania han pensado en conformar un hogar.

4.4.1.2.4 Los Padres de Tania: Sesión diagnóstica relacional

La sesión con los padres parte con premura. El padre se ha mostrado impaciente por comenzar con las sesiones. Ha acudido a una y otra vez a decirme que ya están listos, mientras trabajo con otros pacientes. Tania se ve hoy un tanto irritable aún sus ojos están vendados. Se mueve insistentemente dentro de la incubadora. Ante la consigna de escoger un instrumento para regalarle música a Tania. El padre escoge el toc-toc y la madre el palo de agua. Pienso en decirle que la mayor parte de los bebés se han perturbado con el sonido del palo de agua. Me callo. Espero a ver lo que ocurre. Por un lado por que con Tania podría ser diferente. Y por otro por que me interesa saber como van reaccionando a las necesidades de la bebe. Les pregunto si quieren cantarle una canción. Deciden que será: La cuncuna amarilla. La madre comienza a cantar junto con el padre pero de inmediato se queda en silencio. Acompañando sólo con el palo de agua. Él canta fuerte y con mucha energía. En determinado momento de la canción cambia el texto diciendo: "*por que yo no puedo volar*". Si bien el texto original es similar y dice si yo lo que quiero es volar. Pienso que esto es algo nuevo que el padre ha querido traer a la sesión. Se me viene a la mente la nueva situación no tan sólo de tener una hija, sino de tomar la decisión de dejar de vivir con sus padres para hacer una vida de padres, luego dice "*un día se sintió algo raro*". Claramente no está hablando de la cuncuna. Nuevamente pienso que está hablando de si mismo, de todo su proceso. A partir de ese momento, comienzan a hacer cada vez más rápido el tempo de la canción, este sentirse algo raro, deja al descubierto una ansiedad que no se ha traslucido en la entrevista previa. A la par que se incrementa el ritmo de la canción, lo hace el ritmo cardíaco de Tania. Tengo la impresión de que toda esta entrega energética es una catarsis personal de los padres, en especial del padre. No me queda claro si no logran percibir la agitación evidente de Tania o si es que esto es un círculo vicioso, la ven agitarse y ellos se agitan el doble. En este momento la bebe se ve francamente molesta y rompe en llanto. Por mi parte estoy cada vez más

nerviosa sobretodo por la taquicardia de Tania. Intento ralentar el tempo. La mamá decide cantarle: Arroz con Leche. Al terminar les digo:-Ahora podríamos cambiarle la letra- al ver su cara de pánico comienzo cantando yo con la melodía original de la canción. *“Tania, Tania aquí está, pronto va salir de esa incubadora. La Tania mueve su colita cuando se pone molesta quizás”*. Esta última frase para indirectamente llevarlos a reconocer que su bebé no está bien. La mamá: *“Arroz con leche me quiero casar, con esta señorita la Tania. Con esta sí, con esta no, con esta señorita, me la voy a comer.”* Pienso en las últimas palabras de su madre. *“Me la voy a comer”*. Quizás así podría estar dentro de su panza de nuevo. Papá: *“Me la quiero llevar, la quiero tomar en brazos para hacerle mucho cariño. La quiero besar, la quiero abrazar a mi hija bonita la voy a amar”*. Las palabras del padre suenan más conectadas con Tania. No obstante llama mi atención que no la nombre ni se dirija a ella. Entonces le canto directamente a Tania: *“Viste Tania lo que dijo tu papá que te quiere llevar a la casa pronto. Para amarte para abrazarte y cambiarte los pañales también seguramente. Papá: La quiero mudar, la quiero lavar, para que esté perfumada para la mamá.”* Haciéndose consciente de la evidente incomodidad de su hija la madre dice: No le gustó la canción. Que podríamos hacer digo. El padre le recuerda una canción a la madre, ella comienza a cantar: *“Tú, amor, mi vida, estoy amándote/ tu sol me alumbra, para darte calor/ este mundo está esperándote, en tu sonrisa,/ mi corazón se llena hoy, mi cariño eres la razón/de todo lo bendito que hay aquí/ no habrá fuerza que sea capaz,/ hoy Dios está contigo para siempre para amarlo,/ busco siempre en ti.../Amor, mi vida, estoy esperándote”*. Mientras la madre canta Tania rompe en llanto. Un llanto muy fuerte y expresivo. La madre me mira con gesto compungido. El padre se ve impresionado. Se me ocurre que es la primera vez que ven a Tania mostrándose plenamente disconforme con su estado actual. Tomo la Kalimba, en este momento la frecuencia cardiaca de Tania está disparada. Comienzo a tocar un ostinato lento. Sobre este improviso con la voz un canto muy suave, acerca de lo delicada que es Tania. De respirar y relajarse. Tania se va calmando hasta que la taquicardia para y se estabiliza su pulso. Se duerme. Termino despidiéndome de ella y diciéndole que la dejaría para que ella pudiese estar tranquilita con sus papás. Durante todo el tiempo en que dejo fluir las palabras para ir cantándole, me vuelvo a sentir como si estuviera entrometiéndome en un espacio muy personal de ellos tres. Al comenzar a cantar fui

totalmente consciente de esto, sin embargo siempre supe que la kalimba la tranquilizaría, ya lo había experimentado en la sesión individual con Tania. Ya no era posible esperar a que el confort surgiera de los padres. En ese momento no lo vi, pero ahora pienso que Tania no era la única en estar viviendo una situación poco confortable, sus padres también estaban en un momento de vida muy duro, enfrentándose a su nuevo rol, en situación de haber dejado un proceso inconcluso debido a la separación de su hija.

4. 4. 1. 3 Proceso

4.4.1.2.5 El baño sonoro vocal: Sesión Familiar 2

La primera sesión con los padres de Tania me significó una gran preocupación. Por un lado debería lidiar en las siguientes sesiones con la energía y el volumen que ambos padres imprimieron en su desempeño musical junto a la taquicardia de Tania, y su fácil, excitación. Por otro lado no paraba de preguntarme cómo contactarlos más profundamente con su hija para, una vez que Tania se hiciera presente como tal, ellos poco a poco sintieran el vínculo que los uniría a ella, evitando el abandono precoz de la niña. Luego de la supervisión y siguiendo una sugerencia de mi profesora guía, propongo como consigna realizar un baño sonoro con la voz. Como petición expresa del doctor de turno la sesión con Tania debe ser de un volumen suave, debido a la gravedad de otro bebe que comparte pieza con ella. Esta “consigna” que no proviene de mí, posibilita que la música de sus padres sea esta vez más delicada. Les pido que elijan un instrumento para mí, para acompañar su canto. Ambos están de acuerdo en que la Kalimba es el indicado para Tania. Esta elección me hace pensar que en realidad ellos han estado más atentos a los pequeños cambios suscitados en la bebe de lo que creo. Tania duerme, ahora sus ojos se ven con claridad. Ya no los lleva vendados. Repito a través del canto, algunas indicaciones dadas con antelación. Dirigiéndome a la madre: *“ahora vamos a hacer que el sonido de tu voz penetre en su cuerpo, le vas a cantar en los pies, en las piernas, en la guatita, en el popin, en los*

bracitos, en las manos y en la cabeza.” De esta manera voy realizando un inventario corporal cantado. Tania duerme, apenas se mueve. Ahora repito la actividad con el padre. Para terminar ambos dicen: Te amo Tania

Sus voces al cantar se van haciendo cada vez más suaves, si la sesión anterior comenzaron riéndose entre ellos y muy pendientes de mí. En esta sesión se muestran profundamente involucrados en la observación del cuerpo de Tania y de sus pequeños movimientos. El padre se inclina para cantar a su altura dentro de la incubadora. La madre sonrío con ternura. Por un momento parece que nada más existe en la habitación, sólo ellos y su bebé.

4.4.1.2.6 Te cuento, te canto: Sesión Familiar 3:

La sesión de hoy tiene la consigna de cantarle a Tania lo que ambos padres están viviendo, es decir hacerla partícipe de la vida diaria. Uno de los recursos utilizados en esta sesión fue el de cantar como si fuese Tania quien lo hiciera. Este recurso fue tomado de la Tesina en musicoterapia de Eugenia Emmer, denominado: Hablar como el bebé, al respecto señala “Aquí uno se está poniendo en su lugar, poniendo en su boca palabras que uno imagina que diría y decodificando sus necesidades, lo cual requiere de un proceso de identificación.

Esta modalidad empleada como recurso desde la musicoterapia puede tener la ventaja de contribuir a disminuir la resistencia en el adulto, ya que al comenzar en forma lúdica a hablar como si fuese el bebé puede llegar a manifestar elementos de su subjetividad que de otra forma no lo haría”⁴³.

Al comenzar, Tania se encuentra en posición fetal con sus ojitos semi abiertos. Parece dormir. Eligen para cantar la melodía de “las manitos”. La mamá comienza a cantar repitiendo cada frase con voz muy suave: *“Hija mía aquí estamos junto a tí, tu papá y tu mamá. Tania aquí estamos tu papa y tu, yo también”*. Al silenciar su voz, continúo la melodía y canto. *“Y que cosa quieres decirle para cuando ella salga de aquí.* La madre responde: *Vamos a ser felices los cuatro, Contigo, el papá, el perrito y*

⁴³ Emmer, Eugenia. “Musicoterapia en U.T.I.N.” Tesina Carrera de Musicoterapia. Buenos Aires, Argentina. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 2003. 66p

yo.” Luego pregunto, personificando en mi voz a Tania: *“oye mami y tu como has estado esta semana, cuéntame a mi me gustaría saberlo también”*. La pregunta no es casual. La madre ha estado con importantes alzas de presión. Si ella responde con la verdad sería un paso avanzado, pero en el servicio se les ha dicho que no pueden estar “aprobados” cuando vienen a ver a sus hijos. *“He estado muy bien más tranquila, junto contigo y tu papá”*. Luego de escuchar estas palabras Tania, abre los ojos muy grandes y se revuelve en su lugar. La noto incómoda. Pienso en las palabras de Benenzon sobre las energías que fluyen del inconsciente de la madre al inconsciente del feto. ¿Será que Tania adivina que su madre no dice toda la verdad? Ahora le hablo al padre: *“Y tu papito que podrías decirme a mi tu hija, ponte por acá para escucharte”*. El padre saliendo de detrás de la mampara de vidrio que separa la habitación del pasillo, se acomoda cerca de la carita de Tania: *“Tania te amamos, te queremos llevar a nuestra casita, muy pronto. Tania como estas nosotros estamos bien con tu mamá. Y papá como te ha ido en el trabajo esta semana”*. Pregunto. *Tania el trabajo va muy bien esta relajado y va bien*. Sigo preguntando. *Y en la casa de ustedes alguien más sabe de mi. Te han venido a ver muchas personas, tus abuelas y tu tata y tus tías*. Al oír hablar de las abuelas rompe a llorar. *“Despertó”*. Canta el papá. A diferencia de otras sesiones Tania no sigue aumentando su frecuencia cardíaca sino que se voltea hacia el otro lado y se duerme.

Me despido cantando con kalimba resaltando esta nueva capacidad de tranquilizarse y resolver su incomodidad.

4.4.1.2.7 No es necesario igualarte a tu mamá: Sesión Individual 5

Cualquier persona que observe las reacciones de Tania a los sonidos fuertes puede darse cuenta de que su ritmo cardíaco se acelera muchísimo frente a los ruidos, sin embargo, la sesión completa contó con el telón sonoro de fondo de conversaciones en voz extremadamente alta por parte del personal de turno, quienes a demás manipulaban objetos bruscamente. El resultado, Tania con una taquicardia de 150 y su monitor bipeando toda la sesión. Dadas las condiciones, tomo el bip del monitor como metrónomo, cada dos bip una negra en mi canto. Intento improvisar una canción lenta

en tonalidad menor. Tania tiene hipo, este perdura casi toda la sesión. Comienzo cantando sobre ponerse nervioso, sobre la aceleración del ritmo cardiaco, entonces recuerdo una conversación durante la supervisión en que analizando el alza de presión de la madre y la aceleración cardiaca de Tania, pensamos que tal vez ella podría estar introyectando la característica de la madre para sentirse más cerca de ella. Le explico a Tania su situación actual: *“es importante que sepas que tu ya no estás con ella (la madre), como antes cuando tu estabas dentro de ella parecían que eran una sola persona. Pero ahora estás fuera tu eres otra persona tu eres Tania. Ella es(digo su nombre), siempre van a estar juntas no es necesario que tu corazón se acelere como el de ella, para ser como ella, para esta junto a ella, no es necesario que tu iguales tus síntomas a los que ella tiene. Tu corazón puede estar tranquilo, sin necesidad de estar acelerado, tu puedes dejar a un lado lo que te acelera, también el hipo”*. Tania rompe a llorar. Le canto: *“puedes llorar, puedes moverte mucho, tu mamá contigo está, no se pueden separar, ella piensa en ti, y tu tienes genes de tu papá y de tu mamá”*. Al escucharla llorar pienso que Tania se abre a vivir el duelo de no estar dentro de su madre. Como quien da un abrazo llevo mis manos hacia ella tocándola por única vez. Acompaño este acto de contención con una pequeña canción de despedida, al terminar digo. *“Estás en tu cunita para descansar tranquilita”*. El hipo se va.

4.4.1.4 Cierre:

4.4.1.4.1 Despedida Trinidad. Una nueva escucha: Sesión 7 Final:

Hoy es el día más importante. Tania se va por fin de alta. Se encuentra muy despierta y activa. Parece como si en un par de semanas hubiese crecido muchísimo. Se reparten los instrumentos. La consigna es hacer una música para que los padres inviten a Tania a vivir en su casa. El padre escoge el toc toc, la madre la kalimba. Yo los acompaño con el sonajero de semillas.

El padre comienza a cantar: *“Tania que felicidad más grande hoy nos vamos a la casita para regalonear, para jugar, Tania estamos muy felices hoy, te vamos a dar una bienvenida muy grande”*.

La madre: *“Tania, estamos muy contentos de tenerte en la casa. Tania estás contenta muy feliz. Nuestra bienvenida va a ser muy hermosa contigo y papa perrito y mamá”*.

Padre: *“te tenemos preparada una cuna es muy bonita y linda, Tania”*. Durante las partes instrumentales de nuestra improvisación, Tania sonrío en repetidas ocasiones.

Ambos me miran sonriendo entonces me atrevo a despedirme: *“Tania Para mi ha sido muy hermoso trabajar contigo. Estás tan grande, tan segura. Cuando yo te vi la primera vez movías el potito para todos lados como bailando y ahora bailas con tus piecitos y tus manitos, ya no estás asustada. Ahora estás muy grande, tan segura. Tu eres Tania, el tercer integrante de tu hermosa familia, tan segura, por que está tu mamá y tu papá para cuidarte. Hoy día yo me despido pero no estés triste la música te va a acompañar, papá te enseñara mucha música y mamá te cantará tu podrás seguir bailando por que la música dentro tuyo está. Gracias Tania.”*

Papá: *“Gracias Ana Karina por tu linda voz nos ayudaste mucho a expresar nuestros verdaderos sentimientos, Gracias Karina, gracias de verdad”*.

Mamá a Tania: *“Estamos muy contentos de tenerte y de irnos a nuestra casa, Tania sonrío. estoy muy orgullosa de que hayas podido todo bien, estar contigo y con tu papito”*. En este momento Tania comienza a realizar emisiones de voz, y hace caca. Su madre sigue tocando la Kalimba hasta que sus emisiones y sus movimientos cesan. Pienso que la música de su kalimba contiene el canto de Tania. Que diferente a la niña que se reía mientras su hija se movía desesperada dentro de la incubadora, diferente de aquella que cantaba fuerte y tocaba cada vez más rápido mientras el corazón de Tania se disparaba. Pienso en la madre que vi llegar y la que hoy se va. Una misma mujer con modos de escucha muy diferentes.

4.4.2 El Caso de Ángela:

La intervención musicoterapéutica con Ángela tuvo una duración total de 16 Sesiones: 12 individuales, y 4 sesiones en compañía de sus padres. Las sesiones individuales con Ángela, se enfocaron a trabajar ante todo su historia personal: la separación de sus padres, su hipotonía y su dificultad para respirar, tomando los nuevos antecedentes proporcionados por la matrona de turno para irlos incluyendo en cada sesión a modo de canciones que improvisadas para ella desde la contratransferencia. Desde lo que ella, en su corporalidad me mostraba.

Hubo algunas sesiones hacia el final del proceso en las que se incluyeron canciones infantiles e improvisadas que invitaban al baile, en ocasiones acompañadas del movimiento asistido de sus extremidades, utilizando el componente rítmico para estimular su movimiento voluntario. Frente a estas iniciativas, Ángela se mostró atenta y acrecentando cada vez más su movimiento voluntario para expresarse.

Las sesiones familiares en compañía de sus padres, fueron un intento por potenciar la capacidad de vinculación y apego hacia su hija.

Este fue el proceso más largo entre los pacientes con los que me tocó trabajar, siendo además la que me significó mayor compromiso emocional en lo personal.

4.4. 2.1 Objetivos Específicos:

- Posibilitar el contacto de Ángela con sus posibilidades de moverse libremente, respirar y alimentarse por si sola, y realizar emisiones de voz.
- Propiciar instancias de vinculación profunda entre Ángela y sus padres.
- Estimular el movimiento de su cuerpo por medio del uso del ritmo

4.4.2.2 Diagnóstico:

4.4.2.2.1 Situación inicial de la bebe

Ángela nació un mes antes de la fecha programada, en el momento en que la conozco, ya tiene 40 semanas de edad corregida, es decir ya es un bebe de término, sin embargo lo que para otros niños prematuros como ella, significaría el alta inminente, no cabe duda de que este no será su caso. Ella se encuentra en una cuna radiante, intubada y asistida para respirar, la razón principal es una insuficiencia respiratoria a causa de un síndrome de hipotonía debido presuntamente a una distrofia miotónica congénita relacionada con la distrofia muscular que su madre padece. La matrona de turno me informa que es muy difícil para ella realizar movimientos que le requieran de un tono muscular dificultoso, sin embargo al comenzar la música en la sesión percibo en ella mucho interés, mueve sus pies y manos; y abre sus ojos. Parece intentar seguir con su mirada el lugar desde el cual proviene el sonido. Tengo la sensación de que la puerta está abierta.

4.4.2.2.2 Situación de la Dupla Parental:

Antes de conocer a los padres de Ángela, las matronas me informan que su madre padece de distrofia muscular y es posible que le haya heredado su condición a su pequeña.

Veo a los padres de Ángela por primera vez durante una visita a su hija, les informo de la practica musicoterapéutica y al llenar la ficha, noto que la madre está muy entusiasmada, incluso comenzando a recordar canciones de su propia historia sonora. Si bien ambos se ven cansados y muy preocupados por la situación de su hija, la madre responde mis preguntas una a una El padre se ve serio, distante y parece no participar ni escuchar lo que hablamos. Al invitar a la madre a participar de las sesiones grupales o de una posible intervención individual con ella, el padre responde interrumpiendo a su esposa diciendo que ella no puede venir siempre, ni andar sola y que él no puede traerla cada semana. De esta conversación me quedo con una

primera impresión de la forma de relación de esta pareja, si bien la imagen de hombre dominador versus mujer sometida irá cambiando con el correr de las sesiones, a priori siento una gran tensión no sólo por la situación puntual de la hija hospitalizada, sino por la aprensión, de parte del padre, sobre las salidas de la madre de su casa.

4.4.2. 2.3 Los Padres de Ángela: Sesión Familiar 1

La primera sesión de musicoterapia para Ángela en compañía de sus padres comienza con la bebe semi-dormida, aún se encuentra intubada⁴⁴ Pretendo ver como se desenvuelven y se relacionan frente a consignas simples y directas como tocar un instrumento y cantar una canción infantil a su bebe. Al invitarlos a elegir un instrumento, la madre sin vacilaciones, escoge el sonajero, lo toma por el mango y comienza a moverlo al rededor del cuerpo de Ángela, sin importarle tocarlo muy cerca de sus oídos. Aunque ella esté dormida, esta cercanía que en relación a un bebe más activo no me extrañaría, frente a la quietud de Ángela, me pone un poco nerviosa. Me viene a la mente, las ramas de canelo de una machi, espantando los malos espíritus. No digo nada sólo observo. El Padre se ríe nervioso ante el ofrecimiento de un instrumento y desecha la invitación. No insisto. La madre le estira el palo de agua. Él, obediente, intenta hacerlo sonar. Me pregunta si está bien. -¿Te gusta ese sonido? Le pregunto. Asiente. Yo también. Desde ese momento el padre se sienta lejos de Ángela y de la madre, comienza a tocar el palo de agua, de manera persistente. Lo inclina hacia un lado, cesa el sonido, lo inclina hacia el otro, sin detenerse durante la mayor parte de la sesión, tocándolo primero de manera exploratoria y luego manipulándolo, sin cesar, en una actitud de ensimismamiento total. Se me viene a la mente la frase “trabajador incansable”. Le pregunto a la madre si se anima a cantarle a Ángela. Responde que si. La acompaño llevando el ritmo en toc-toc. Opta por una canción que dice haber oído cuando pequeña a su abuela. Llena de saltillos en el ritmo, la letra de la canción dice: *“Un blanco patito vivía feliz/ en un aromado y hermoso jardín/ cantando nadaba sin preocupación/ alegre su corazón. / De pronto una tarde al cielo miró/ y una*

⁴⁴ Intubar v. tr. Introducir un tubo en un conducto del organismo de una persona o por razones médicas, especialmente en la boca o en la tráquea para permitir la entrada de aire en los pulmones

linda y hermosa amapola encontró/ y al verla tan linda se enamoró./ Le canta noche a noche embelesado/ aquel pobre patito enamorado./ Conozco una amapola que está alto, alto, alto/ y yo soy chiquitito y yo soy chiquitito./ Conozco una amapola que está alto, alto, alto/ y yo soy chiquitito un patito nada más/ El pato le dice a su pata mamá/ quisiera ser alto y poder alcanzar a aquella amapola y poder jugar./ Le canta noche a noche embelesado/ aquel pobre patito enamorado./ Conozco una amapola que está alto, alto, alto/ y yo soy chiquitito y yo soy chiquitito./ Conozco una amapola que está alto, alto, alto/ y yo soy chiquitito un patito nada más.”

Al terminar su canto me quedo con una sensación de tristeza, como si se le hubiese impuesto a este patito renunciar a sus sueños. Pienso en la Madre de Ángela, y en su distrofia muscular. Siento por una fracción de segundo lo que significa renunciar a los sueños por adelantado, por que hay cosas que esta enfermedad progresiva no le permitirá hacer, como tomar a sus nietos en brazos.

Le pregunto como le dicen a la bebe, ella responde “Angelita”. La invito a cantarle su nombre. Yo comienzo, cantando “Angelita”, en ese instante me siento muy fuera de lugar, como si les estuviese robando un momento muy íntimo. La madre acompaña rítmicamente con su sonajero. La invito gestualmente a cantarle. En vez de cantar su nombre comienza una nueva canción, esta vez en ritmo ternario como canción de cuna: “*Mosca fastidiosa ándate de aquí/ que ya mi niña ya quiere dormir/ mosca fastidiosa ándate de aquí/ que ya mi bebida se quiere dormir/Bis/ Sra. Santa Ana carita de lana/ méceme esta niña que tengo en la cama/ Sra. Santa Ana carita de luna méceme este niño que tengo en la cuna*”. En ritmo binario: “*El Señor pasó/ Nadie lo sintió/ Sólo la bandera/ sola se batió*”. De vuelta al ritmo ternario: “*La Virgen lavaba/ San José tendía/ el niño lloraba y que es lo que hacía*” Bis Binario: “*Arrurrú mi guagua que parió la vaca/ cinco borriquitos y una garrapata*”.

Al finalizar la larga canción dice: No me acuerdo de más. Doy por terminada la sesión y me despido cantando a Ángela: *nos vemos hasta la próxima semana*. Si bien en ese momento sólo fui consciente de esta sensación de ser un personaje invasivo, no lo relacioné sino hasta las sesiones próximas con la letra de la canción: La mosca fastidiosa quizás era yo. A su modo y desde el rincón elegido el padre se hizo parte de la sesión, obediente y sin renuencias, divertido con la posibilidad de participar y más accesible que en la primera conversación. Ángela, por su parte permanece dormida,

abriendo los ojos cada cierto tiempo pero sin interactuar ni mirar directamente. Extrañamente y a diferencia de las sesiones en las que está sin sus padres, en esta parece no interesarse por la música.

4.4.2.3 Proceso:

4.4.2.3.1 Regalo de Dios: Sesión Familiar 2

Me encuentro con los padres de Ángela para comenzar la sesión familiar. Ellos saben que antes he trabajado con su bebe en sesión individual. Nuevamente Ángela está dormida. Pienso que debe ser la hora de su siesta por que cada vez que me escucha llegar (ya llevo 3 sesiones con ella). Se despierta y mueve sus manos y pies. En cambio durante todas las sesiones con los padres ella permanece adormecida y en contadas ocasiones abre sus ojos.

Les presento los instrumentos, la madre elige el mismo sonajero y lo usa de manera similar que la vez anterior. Hoy me parece que esta forma de pasarlo cerca del cuerpo de Ángela es derechamente con el fin de despertarla. No lo consigue. El padre toma, esta vez por voluntad propia el palo de agua. Luego de cantar las canciones del “Pato y la Amapola” y “La mosca fastidiosa”. Les propongo a ambos cantar el nombre de la niña. -¿Angelita?- pregunto, recordando, el diminutivo que usan al referirse a ella consignado en la sesión anterior.

La madre se apresura a contestarme: -Ay yo le digo de todas formas, Angelita, Princesita, Niña Hermosa. Comienzo a percutir el toc-toc. Miro a la madre y ella me hace un gesto para que comience yo a cantar. Lo hago, canto uno a uno sus “nombres”. Nuevamente me siento fuera de lugar. Intento retirar mi voz una vez que ella canta pero en vez de continuar le reprocha al padre el no cantar -¿y tu?- Le dice. Digo cantando entonces: -¿Y cómo le dice el papá?-. Él no responde. La madre, hablando mientras seguimos con los instrumentos, dice, -él no le dice. Bebe, no más le dice-. , Le hago un gesto al padre. El baja la mirada hacia el palo de agua. Canto: -“La bebe”-. -La niña-, recuerda la madre. Ahora no siento que estoy fuera de lugar, siento que puedo ser intermediaria entre Ángela y su padre. Con estos nombres hago

referencia a Ángela. Para sacarlos de la tensión que hay entre ellos y enfocarlos en quién motiva la sesión, canto –“*La niña chiquitita, la bebe que está más grandecita tiene menos tubitos*”- Luego de esta frase la madre sacando una voz clara y dulce canta. –“*Es mi niña hermosa yo le doy mi amor, es mi regalito de Dios creador*”-. Acompaño primero sólo rítmicamente este nuevo canto y luego con la voz. Es la primera vez que siento que la madre logra conectarse con la persona que es Ángela, con la bebe que duerme mientras cantamos. Su semblante se transforma al decir que ella es su regalito de Dios creador. Mi sensación es que la madre descarga su pena en su marido, reprochándole lo que no hace por la bebe. Cuando es ella quién se siente sin herramientas para hacer algo por su hija. Con estas pocas frases, la madre deja de esconderse por un instante en la rabia hacia el padre, (que muestra cada vez que trata de anularlo, como cuando le dice ¿y tú?, o no le deja escoger el instrumento) y es capaz de hablarle directamente a su hija. Aún en tercera persona “Es mi regalito”, pero haciéndose consciente de que Ángela tiene características propias, que la hacen ser esta “princesita” de la que ella dice: “yo le doy mi amor”.

4.4.2.3.2 Relatando la historia. Sesión Individual 3:

Durante las dos sesiones previas el centro del trabajo con Ángela fue centrar la música en recoger el aire y lograr respirar. Una vez des-intubada, me percaté de la importancia de explicarle por que antes no necesitaba respirar, dentro del vientre de su madre y ahora sí. Hoy el objetivo será relatar, desde la información que contratransferencialmente me va llegando de Ángela, su historia. Luego de los saludos preliminares, sobre la base de un ostinato en la kalimba comienzo a improvisar en el canto: “*Angelita, estás acá en un hospital por que un día naciste antes del momento en que tus papás te esperaban. Estuviste en el vientre de mamá ahí estaba todo muy feliz y tranquilo muy distinto de acá, no había tanto ruido. No necesitabas respirar, ahora sí*” (realizo un sonido de respiración) “*el aire debes tomar, el aire con tus pulmones debes tomar. Por la nariz o por la boca, por la nariz el aire tomas, y estando acá pasaron algunas cosas, tu cuerpo no quería moverse tanto, quizás en algún momento a tu mamita le dio susto que tu heredaras la enfermedad de ella, de sus músculos y*

piernas” (al comenzar a hablarle de su mamá Ángela se intranquiliza y deja su gesto adormilado, pienso que puede ser la figura materna, su lejanía lo que la intranquiliza, más que mencionar el susto) *“pero tu hoy día te estás moviendo por que no es necesario que tu cumplas lo que pensaban, tu puedes decidir ser como tu quieras ser. No necesitas cambiar para que ellos tus papás te amen”* (Decirle que no necesita cambiar se me hace imprescindible. La matrona me cuenta que Ángela se está descamando, situación que Caroline Eliacheff⁴⁵ asimila a un mensaje dado por los progenitores sobre la necesidad de cambiar para ser amado, al decir “no necesitas cambiar” me parece que se va a quedar dormida, como si prefiriera permanecer inconsciente de esto, pero prosigo y vuelve a abrir los ojos) *“ellos te aman mucho muchísimo con las características que tu quieras tener, tu puedes ser la Angelita, una niña distinta de tu mamá. TU ERES DISTINTA DE TU MAMA QUE TE AMA”*. (al pronunciar estas palabras comienza a estirarse como despertándose por primera vez. Quizás sea un despertar a la individualidad, de no ser su madre ni estar dentro de ella.) *“Tu papá te ama también y aunque a veces estés sola ellos siempre piensan en ti, ellos siempre quieren lo mejor para ti”*. Al terminar Ángela se ve tranquila.

4.4.2.3.3 Lo que no se puede decir, se puede toca: Sesión Familiar 3:

En el primer acercamiento con el padre de Ángela, su comportamiento fue bastante brusco, mostrándose contrario a la idea de que su esposa asistiera a sesiones de musicoterapia grupal o individual, sin embargo, en las dos primeras sesiones permaneció en un rincón tocando el palo de agua mostrándose muy tímido. En la esta tercera sesión se interesa por saber el nombre del Arkin. Al ofrecérselo para experimentar con él, comienza a pasar la baqueta como un raspador en glissando de manera suave. Hoy la consigna es inventar una canción con lo que les gustaría decirle a Ángela. Ella se encuentra despierta. Le pregunto directamente al padre: -¿Qué te gustaría decirle a Ángela? El padre ríe nervioso, luego contesta. -Nada, que esté bien.- ¿Y que significa estar bien para ti? – que se vaya para la casa- termina por responder.

⁴⁵ ELIACHEFF, Caroline. *El Cuerpo y la Palabra. Ser Psicoanalista con los más pequeños*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1993. P26

Le pregunto entonces si le gustaría decirle esto con el Arkin, haciendo música para Ángela. Asiente y comienza a tocar. Ya no utilizando la baqueta en glissando, sino percutiendo pequeñas células rítmicas en diferentes alturas. El resultado es una música de pulso muy regular y cuidado. Una melodía improvisada pero de carácter dulce, tan suave que Ángela comienza a quedarse dormida. Me impresiona lo conectado que logra permanecer por cerca de cinco minutos con la música que está creando para su bebe, ya que esta imagen contrasta mucho con la tosquedad de sus gestos y palabras. Me doy cuenta de que quizás lo prejuicé, de que a través de su música se logra entrever una sensibilidad que no es expresable en palabras. Me parece que su música es muy emotiva y da cuenta de su conexión con Ángela, su niña, su bebe.

4.4.2.3.4 La Triangulación en el Verbal: Sesión Familiar 4:

La consigna se mantiene desde la sesión anterior. Ahora es el turno de la madre decirle algo a Ángela. Comienza a hablar y enumera las personas que la quieren conocer, al hablar de sus hermanos, Ángela abre sus ojos. Esta no es la primera vez que la veo hacer el mismo gesto. Pienso que esta bebe tiene una conexión con sus hermanos muy importante. Los imagino hablándole dentro de la panza de la madre, los imagino riendo, jugando, peleando y ella escuchando. También están los abuelos. De pronto la madre se detiene y dice, -Claro que cuando la Ángela se vaya de alta yo no voy a poder salir más-. Le respondo, sin mediar reflexión.-Pero eso, no tiene que ver con Ángela. La madre se ríe. Un pequeño silencio y la sesión continúa. La madre le canta sobre su familia. Cambiándole la letra al caballito blanco. Durante el resto de la sesión no puedo concentrarme, me doy cuenta en el acto, de que este ha sido un acting out. Siento que necesito volver a concentrarme y al no poder hacerlo doy por finalizada la sesión y me despido. No creo que ellos lo hayan notado. Mantengo mi forma de hablar y mi gesto. Pero me siento confundida. Pienso que el decir "Eso no tiene nada que ver" no es una reflexión si no un sermón. Pienso que por otro lado, la paciente es en este caso Ángela y que me corresponde ponerla en el lugar que le pertenece, la hija, prematura que requiere del cariño, cuidado y preocupación de todos

los integrantes de la familia, aunque los padres la pongan en medio de su relación de “tira y afloja”. Pienso que mi intención es válida, pero la forma no lo es. Pienso que es posible que la madre, pese a su risa, se haya molestado con mi expresión. Nunca más asisten a las sesiones de musicoterapia.

4.4.2.3.5 Del canto al llanto: Sesión Individual 6

En sesiones anteriores, Ángela ha comenzado a hacer emisiones de voz, muy pequeñas y con disfonía evidente. Las matronas me informan que esto se debe en parte a su síndrome hipotónico y en parte a que estuvo casi un mes conectada a un respirador artificial.

Ángela se encuentra despierta, acostada boca abajo en su cuna. Durante la sesión canto su nombre alargando las “a” acompañando con el arkin y alternando, melodía instrumental con el canto de su nombre. En los silencio de voz, Ángela comienza a realizar emisiones claras y largas, evidenciando la intención de entrar en la interacción. La imito. Jugamos. En ese momento uno de los doctores de turno se da cuenta de esta situación e interrumpe la sesión para preguntar -¿¡ Está cantando!?- . Asiento con la cabeza sin interrumpir el juego. Él pide a una paramédico dar vuelta a Ángela para que prosiga con mejor contacto visual la actividad. Pienso que esta acción será una intromisión que puede llegar a cortar el “diálogo” que hemos logrado establecer. Una vez en la nueva posición, Ángela disminuye su volumen pero no su cantidad de emisiones. Siento que me está conversando. Trato de intuir que puede ser lo que quiere comunicarme con tanta elocuencia. Pienso en la última sesión con sus padres. En todo momento yo le he hablado sobre el irse de alta. Tal vez necesita una explicación acerca de las palabras de su mamá y de las mías. Le canto: *“Angelita algunas veces tu mamá dice que si tu llegas no podrá salir, pero es importante que sepas que eso no es así. Ella tiene una enfermedad que a tu papá le da un poco de susto. Pero tu vas a estar mucho más cuidada con su amor en tu casa, cuando tu quieras puedes decidir ponerte bien e irte a tu casa con tus papás”*. Toco el arkin y ella silencia su canto. Canto “a”. Y su voz reaparece. Vuelvo al instrumental. Ella calla. Canto una canción. Su voz reaparece con mi canto. Pienso que quizás sólo quiere

expresarse a través del canto. Claramente ella diferencia la voz humana del instrumento y decide cantar en los momentos en que yo también lo hago. Pienso: Es un intento de sentirse acompañada. Canto y la contengo. De pronto su canto se transforma el llanto. Es la primera vez que la veo llorar. A diferencia de lo descrito por Benenzon, sobre la facultad de la música de contener sin necesidad del tacto. Siento yo, la necesidad de tocarla por primera vez. Pongo mis manos sobre su pancita y su espalda. Espero transmitirle con esta acción que ella no está sola en este momento. Prosigo con el canto pero dejo a un lado el instrumento. Percuto suavemente pero con firmeza el pulso de la melodía sobre su espalda, intentando asemejar el pulso que la unión del cordón umbilical transmite con su flujo hacia dentro del cuerpo. Le digo sin hablar. No estás sola, estamos las dos. Ángela ya no llora, se apacigua quedan las lágrimas en sus ojos, su voz cesa. Me despido.

4.4.2.3.6 Pasando a saludar: Entre sesión 9 y 10

No es sábado. Hoy no me toca tener sesión individual pero estoy en el servicio invitando a algunas mamás o papás a las sesiones grupales. Estoy esperando a algunos papás que pronto van a terminar de hacer “canguro”. Al pasearme por ahí, veo que a un profesional que no conozco con Ángela. Me acerco a saludar. Es un Terapeuta Ocupacional que está estimulando reflejo de succión con sus dedos en la boca de la bebe. Me dice:- Eres su mamá-. –No- le respondo soy su musicoterapeuta. Como la mayoría de los profesionales del servicio que no se han topado en su rotación de turno con nosotras las musicoterapeutas, no sabe que la iniciativa esta siendo llevada a cabo. – Se nota que te conoce, mírala como lleva su mirada hacia ti cuando le hablas-. Me siento muy gratificada por sus palabras, entonces le canto para saludarla como es nuestro idioma:- *Angelita, niña hermosa ¿Cómo estás hoy?*-. – ¡Eso!- dice el T.O⁴⁶., mira como succiona, sigue cantando. Entonces comienzo a cantarle su nombre y le explico cantando lo que está haciendo el T.O. El profesional se muestra muy sorprendido del incremento en el reflejo de succión en Ángela. Yo también. Le dice entonces a Ángela.-Mira como te gusta la música, se ve que lo pasas

⁴⁶ Terapeuta Ocupacional

bien con la tía y que la conoces. Ángela, prosigue con su labor. El T.O. me dice que me ponga un guante y me enseña a estimular en ella el reflejo de succión. Me da mucha alegría ver que lo que dice es cierto y Ángela chupetea mi dedo, mientras le canto. Por poco me olvido de mi misión de reclutar padres para la sesión grupal. Me despido de ambos y prosigo mi camino.

Si bien antes de comenzar al trabajar con los bebés hicimos una exposición sobre lo que sería nuestro quehacer en el servicio, la mayoría de los profesionales con los que me topé al comenzar a trabajar no tenían idea de nuestra intervención. Muchos de ellos se mostraron reticentes en un principio, poniendo muchas trabas al trabajo con los bebés. En más de una ocasión recibí preguntas como: ¿Quién te dijo que podías traer instrumentos?, ¿Por qué estás tanto rato con los bebés, los puedes estresar?, ¿No trabajes con este niño por que viene la kinesióloga y lo que ella hace es más importante?, ¿Si vas a entrar con eso (los instrumentos o la cámara) tienes que limpiar todo con alcohol y si lo vas a llevar cerca de otra cuna, tienes que limpiarlo de nuevo?: Muchas veces sentí sino la hostilidad, al menos la poca importancia asignada a la musicoterapia, escuchando a las matronas y/o paramédicos gritarse de un extremo a otro mientras tocaba o cantaba para un niño. Con el tiempo, lo que en un principio fueron miradas de desconfianza, hacia el final del periodo de práctica, se tornaron en sonrisa y preguntas de curiosidad sobre nuestro quehacer. Sin embargo, la confirmación de este profesional me hizo sentir muy feliz, sobre todo frente a algo tan sutil y difícil de comprobar como es que dos personas que se ven sólo una vez a la semana, se reconocen sin mediar palabras. Pero así era: Ángela y yo nos conocíamos.

4.4.2.4 Cierre:

4.4.2.4.1 La despedida: Sesión 12

Llego a la sesión muy consciente de que será la última vez que vea a Ángela. Ella ha sido el paciente que más tiempo ha permanecido en sesiones de musicoterapia. La miro y noto que está grande y despierta. Su pelo ha crecido mucho y la veo explorar el mundo con sus ojos. Está tan distinta de aquella pequeña bebe

intubada que apenas abría sus ojitos para mirar cuando un sonido le llamaba la atención. Mientras pongo la cámara soy consciente de mi pena y de lo mucho que me costará despedirla. Si ella llorara en esta sesión no se si yo podría contener mi llanto. Trato de sonreír en todo momento, para espantar esta sensación que tengo de estar abandonándola. Pienso, ¿Será que estoy como su mamá, pensando que es mejor que no se vaya de alta? Esta idea me asusta y me da fuerza para plantearme la despedida como una bienvenida a su nueva vida, la que por fin luego de tanta espera está ad portas. La tomo por primera y única vez en brazos. Desde este momento me escucha atenta y no me despega los ojos. Le canto: *“Angelita niña hermosa te veo que estás más despierta. Niña preciosa cuéntame como estás, como estás hoy día. Angelita niña hermosa”*. Se rasca los ojos intenta tocar mi cara como si se sorprendiera de esta cercanía física, pero está tranquila. Prosigo. *“Me voy a despedir hoy de ti, si señora está semana es muy probable que vayas para tu casa”*. Comienzo movimiento de mecer o bailar. Pese a mi pena, trato de mostrarme alegre. *“Si, si si, es muy probable que la próxima semana ya no nos veremos”*. Le canto. En ese momento Ángela lleva sus manos a mi cara por primera vez para tocarme. *“Por que te iras con tu mamá, Te vas a ir con tu papa. Y allí juntos van a estar. Vas a crecer muy contenta muy feliz. Angelita tu no tienes que estar triste la música esta en tu corazón. Cada vez que escuches la música vas a sentir y saber que la música estará contigo en cada momento cuando tu quieras y si señora. Si, si, si señora. Yo te veo mucho más despierta y te veo mucho más contenta y te veo mucho más grande y estoy segura que vas a estar bien”*. Ángela no despega los ojos de mi cara, pero se ve tranquila y contenta.

El arkín fue el instrumento, que más llamó desde siempre su atención, incluso estando con fiebre, abría sus ojitos mirando hacia el lugar desde donde provenía su sonido con interés. Con este instrumento se movía (bailaba le decía yo) despertaba y también se dormía como cuando su padre lo tocó. Improvisando en el instrumento para ella, desde la escucha de su corporalidad, nació una melodía que luego fue repetida en cada sesión, marcando el desarrollo de esta y acompañando el relato de su discurso corporal en mi canto. Pese a que quise despedirme con ella en brazos, siento que por última vez el arkín también debe despedirse: Presento su melodía. Al escucharla, Ángela extiende sus manos estirando voluntariamente los músculos de sus

brazos. Pienso: Quiere tocar. Quiere tocar el cielo. Tose y saca su lengua. Pienso: Quieres cantar pienso que una niña que expresa así necesita salir. Esto me da fuerza y vuelvo a cantar: *“Niña hermosa, niña bonita, tan preciosa, yo quiero que sepas que a pesar de quizás ya no nos veamos”*. Ante estas palabras Ángela evade mi mirada. *“tu estarás en mi corazón, y yo te agradezco por haberme permitido hacer música para ti”*. Bosteza tomando el aire que en un principio tanto le costó tomar. *“Muchas gracias “.me vuelve a mirar “Ángelita por haber estado cada día más grande y bonita y más despierta y más movediza, y mas saludable. Recuerda siempre que tu puedes elegir moverte. Mover tu cabeza, estar contenta, puedes elegir respirar”*. Me toca con su mano el brazo, como diciendo despreocupadamente. “Vale”. Frente a mi emoción, me sorprende su tranquilidad, es como si me dijera, esto es lo que tiene que ser. Todo está en su lugar. Prosigo: *“Angelita niña hermosa, tranquila estás, Angelita niña hermosa, recuerda siempre que tu puedes elegir estar saludable, estar contenta, tu puedes (bosteza) elegir respirar”*. Me lavo las manos y le tomo las de ella. *“Adiós Angelita”* me mira atenta *“niña hermosa, yo te deseo lo mejor con tu mamita, tu papito tus hermanos.”* Al mencionarlos abre la boca muy contenta. *“Y toda tu familia. Yo quiero que seas muy feliz, gracias de nuevo por darme la oportunidad de estar aquí. Un beso para ti, en este momento me voy feliz”*, me mira directo a los ojos, me toca, *“y aunque me da pena no nos veremos más, tu comenzarás tu vida en tu casita y yo estoy muy feliz de que sea así.”* Al terminar trato de volverla a la cuna pero me es imposible ponerla en una posición cómoda. Habiéndola visto tan tranquila no quiero traspasarle mi incomodidad. Le hago un gesto a una asistente de enfermería para que me ayude. Ella la pone en su cunita y verifica la cantidad masiva de deposiciones. –Chanchita-le dice- Te relajaste con la tía. Yo también la siento relajada. La dejo en sus manos y me retiro. Al salir casi brotan lágrimas de mis ojos. Ángela espera que yo me aleje, sólo entonces se pone a llorar. No lo hizo dentro de la sesión. Mi necesidad me dice que debo volver y consolarla. Mi ética profesional me dice que si Ángela prefirió no llorar en mi presencia durante la despedida, debo respetar su decisión. Este es el momento de poner el cierre a la experiencia compartida. Limpiar los instrumentos, ser consciente de lo que me pasa y dejarlo ir por el momento. Lavar mis manos, mi cara. Y conectarme con la historia personal del paciente que me espera.

5. EVALUACIÓN

5.1 Reflexiones en torno a la Transferencia y Contratransferencia

Relatar la intervención musicoterapéutica para mí es relatar el flujo de energías que tienen lugar en la relación terapéutica, por tanto no me es posible separar el relato de los hechos de la transferencia y contratransferencia surgidas al interior de la musicoterapia. En este documento no sólo han sido expuestos los hechos objetivos, sino también mis reflexiones y sensaciones al momento de vivir la terapia.

En el lapso de tiempo en que esta práctica musicoterapéutica se suscitó, existió un factor importante en mi historia personal que fue determinante a la hora de abordar la experiencia musicoterapéutica con todos los pacientes: mi embarazo. Esta condición me permitió asumir la realidad de cada paciente y del servicio de neonatología de una forma muy diferente a como habría sido de no estar esperando a una hija. Por un lado facilitó mi intuición a la hora de escuchar al bebe, devolviéndole las palabras surgidas de mi contratransferencia, por otro lado me dificultó el desapego necesario para tener una mirada más imparcial frente a lo que los bebes vivían, en tanto pacientes e hijos.

Me es difícil separar la transferencia de la contratransferencia en relación con el trabajo enfocado a los bebes, se que mis sensaciones partieron de su corporalidad, de su expresión, sin embargo es muy difícil explicar por que determinado movimiento o gesto removió algo en mi, motivando mis respuestas. En la descripción de las sesiones traté de analizar esto, reflexionando en torno a los gestos de Ángela al hablar de sus hermanos, o el acomodarse de Tania haciéndose un lugar en el mundo. Día tras día, sesión tras sesión cada niño fue capaz de conectarse con la música y hacerlo evidente, a través de un movimiento, un gesto, un sonido, una sonrisa o una mirada. Siempre supe al cantar, que mis palabras no iban dirigidas al aire, siempre hubo respuestas, siempre el cuerpo habló de lo que la canción le significaba. De esto estoy segura. Las canciones improvisadas para los bebes, fueron motivadas por sus vivencias, en la medida en que estas tocaron mi propia memoria corporal, al decir “toma el aire”, debí recurrir a mi propia sensación de ahogo, al decir “relajada” debí sentir en mis músculos el estrés.

En ambos procesos, al llegar al final, ocurrió el mismo episodio, tanto Tania como Ángela se hicieron caca, en términos de transferencia, para Françoise Dolto, el dejar salir los excrementos tiene la connotación de “dar”. Una vez que yo les di las gracias, ambas me dieron algo a cambio. Al hablarlo en la sesión de supervisión mi profesora me comenta, “tomar lo que sirve, para dejar aquello que no sirve”. En cualquiera de los dos casos la transferencia tuvo lugar.

Distinto fue lo ocurrido con los padres asistentes a la terapia.

En relación a los padres de Ángela, debo decir que me fue muy difícil comprender que ellos dejaran de ir, primero a la terapia y luego que dejaran de ir a ver a su hija. Este abandono me marcó, en parte por que la intervención estuvo enfocada precisamente a que esto no ocurriera y en parte por que Ángela removi6 todos mis instintos maternos. He pensado que ella transfiri6 en mí a la madre, y yo resoné con esta transferencia, al punto de no querer que se fuera de alta, tal como la madre real. El abandono de los padres de Ángela marcó también la musicoterapia con los padres de Tania, porque de un modo inconsciente que recién ahora reconozco, yo no deseaba que el proceso decantara en el abandono de la bebe. El punto es ese, “Yo no deseaba”. Este objetivo personal me dificultó mucho ver con claridad el proceso de esta pareja. Creo que muchos puntos quedaron en el aire como la baja autoestima de la madre reafirmada por situaciones como el padre escogiendo sus instrumentos, diciéndole que cantar, ella, enumerándose siempre última en su familia, incluso después de su mascota, siempre sonriendo aún con la presión en las nubes. En determinado momento la madre de Tania, me dijo que mi voz era muy hermosa, hacia el final de la terapia dice en voz alta.- Mmm, yo creo que a Tania sólo le gusta tu voz- Esta fue su transferencia, desde la contratransferencia yo la escuché decir: cualquiera puede ser mejor madre que yo. Desconozco si mi respuesta fue ética o no, sólo atiné a decirle: -Tania sabe quien eres tu por que te escuchaba desde antes de nacer y para un bebe no hay sonido más hermoso que la voz de la propia madre.

5.2 Análisis Foda: Descripción de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas en la intervención musicoterapéutica realizada con bebés en hospitalización neonatal.

A continuación se realizará una descripción de las Fortalezas y debilidades propias de la musicoterapeuta que llevó a cabo la intervención y se detallará cómo, algunos factores externos incidieron positivamente (oportunidades) o negativamente (amenazas) en la realización de los objetivos propuestos.

FORTALEZAS:

- Gran motivación inicial por el trabajo con bebés se fue incrementando con el paso de las sesiones, disfrutando ante todo de compartir la música con ellos.
- Fluidez en el manejo musical de los instrumentos elegidos incluyendo la voz.
- Capacidad de crear letras con rapidez frente a las expresiones de los bebés.
- Capacidad de prestar toda la atención al discurso corporal del bebé durante las sesiones de musicoterapia.
- Sensibilidad y empatía en el trabajo con bebés, posibilitando una mayor conciencia de la contratransferencia.
- Deferencia en el trato con los padres y el personal del servicio de UCEN.
- Capacidad de argumentación acerca de los fundamentos de la intervención musicoterapéutica frente a las dudas del personal del servicio de neonatología.
- Preocupación por llevar un registro detallado de lo ocurrido en cada sesión.
- Preocupación por pedir información acerca de cada paciente a médicos y matronas de turno antes de comenzar la sesión.
- Buena comunicación con profesora supervisora.
- Dedicación al estudio, intentando en todo momento establecer relaciones entre teoría y práctica.

DEBILIDADES:

- Dificultades para manejar el compromiso emocional con algunos pacientes entorpeciendo la objetividad en el análisis inmediato del proceso.
- Consignas directivas en el trabajo con los padres, dejaron poco espacio para la expresión.
- Constante inseguridad acerca de la validez asignada a la musicoterapia por parte el personal de UCEN. Temor a la crítica.
- Dificultades para diferenciar sentimientos transferenciales del musicoterapeuta hacia los padres, de la contratransferencia.
- Escasa comunicación con el personal del servicio en relación a lo acontecido con cada paciente durante las sesiones de musicoterapia.

OPORTUNIDADES:

- Contar con el respaldo de una institución prestigiada para realizar la primera intervención musicoterapéutica con neonatos en Chile.
- Contar con una instancia de supervisión permitió una retroalimentación semana a semana, lográndose no sólo una guía para enfocar correctamente la intervención, sino también un espacio de discusión y contención en relación con lo vivenciado por la musicoterapeuta.
- Libertad otorgada por el equipo médico para trabajar independientemente de ellos dentro del servicio de UCEN.
- Excelente recepción por parte del 100% de los padres entrevistados para permitir que sus hijos participen de las sesiones de musicoterapia.

AMENAZAS:

- Alejamiento de algunos padres mientras sus bebés permanecen hospitalizados.
- Extrema contaminación acústica del recinto donde están hospitalizados los bebés, que además de interferir con el bienestar de los pacientes, alejándose de los protocolos de cuidado neonatal, interfiere también con las sesiones de musicoterapia dirigidas a ellos.
- Desconfianza expresa a la musicoterapia por parte de algunos profesionales de la unidad de neonatología.
- Inexistencia de un lugar dentro de la ficha clínica donde dejar constancia de lo realizado y/u observado durante la sesión con los pacientes. No hay vías formales de comunicación con el resto del equipo de salud.

5.3 Evaluación de logro según objetivos generales propuestos:

1) Construir por medio de la relación musicoterapéutica un espacio confortable para recién nacidos hospitalizados y su familia.

El espacio vincular de la relación musicoterapéutica, que nace en el no verbal, es un espacio muy especial. Un territorio diferente, donde situaciones que no suelen ocurrir, ocurren. En el contexto de stress tanto para padres como para bebés, fue posible constatar que todos los bebés que se mostraban a disgusto antes de comenzar la sesión de musicoterapia, cesaban su llanto o su gesto de incomodidad y terminaban la sesión con expresión descansada. En el caso de Ángela, hubo una sesión en la que ella comenzó a llorar luego de la sesión de musicoterapia, pero esto no fue lo más frecuente. En el caso de Tania, durante periodos en que la música de la sesión era muy agitada ella comenzaba a agitarse con la música, sin embargo al entregarle sonidos y ritmos más suaves, su gesto de incomodidad cedía incluso hasta el sueño. En el caso de los padres, el confort no nació de la escucha musical sino del hacer música, en la entrega a sus bebés. En ocasiones podría haberse manifestado alguna tensión frente a la petición de cantar. Cantar es difícil, aún más frente a desconocidos,

sin embargo cada padre se entregó a las diferentes consignas cantadas con la seguridad con la que cualquier padre canta un arrullo o una canción de cuna a su hijo. La territorialidad del encuadre musicoterapéutico, en especial dedicado a los bebés, permitió la comodidad de los padres al tocar y/o cantar para sus hijos, convirtiéndose esta instancia en un momento lúdico y de mayor relajación dentro del continuo estrés que significa tener un hijo hospitalizado.

2) Permitir el flujo de energías comunicativas entre recién nacido y musicoterapeuta.

Cada sesión de musicoterapia significó el nuevo desafío de abrirse a la escucha total de lo que el bebé traía a cada sesión. Por parte del musicoterapeuta, todos los canales estuvieron abiertos, el oído, el tacto, la vista, e incluso el olfato, a fin de ir extrayendo de la entrega del bebé, lo necesario para devolverle los sonidos o canciones indicadas para el momento en que el encuentro tenía lugar, intentando la comunicación.

La respuesta en cada bebé fue muy diferente, sin embargo todos dieron muestras de estar presentes en este flujo de comunicación instaurada, con un gesto, un movimiento, un sonido, un canto, una pequeña danza. A sabiendas de no estar solos, de estar siendo en ese momento con alguien más en el mundo.

3) Posibilitar, por medio del discurso musical, el contacto del recién nacido con el nuevo lugar que está ocupando en el mundo, es decir, su relación consigo mismo, con su cuerpo y su yo psíquico y, además, con el entorno físico, social y emotivo en el cual están insertos.

A la luz de los postulados de Françoise Dolto, se intentó por medio de las canciones, relatarles a los bebés la verdad acerca de su nacimiento, de la separación con sus padres y del momento crucial por el que están pasando, luchando por su vida. Frente a las palabras hechas canción, cada recién nacido se expresó de diferente manera, respondiendo con su cuerpo, el lugar donde ocurre el lenguaje, a los mensajes recibidos.

4) Permitir el flujo de energías comunicativas entre recién nacido y su (sus) madre (padres) a fin de potenciar el apego entre ellos y su hijo(a).

El lugar del musicoterapeuta en la sesión familiar fue siempre ser un mediador entre los padres y sus hijos. Los instrumentos actuaron como objetos intermediarios para expresar lo que no es tan fácil de decir. El canto que nace de la naturalidad del arrullo fue consigna en todo momento, retomando canciones de la propia infancia de estos padres, conectándose desde esta historia personal guardada en sus letras, con la empatía hacia el hijo, desde el hijo que fueron, para luego reeditar canciones con nuevos textos surgidos de la experiencia presente. Toda la experiencia permitió a estos padres compartir con sus hijos tanto sus esperanzas como sus preocupaciones, abriéndose la posibilidad de nutrir también la comunicación a futuro con sus pequeños y de sanar, mediante la elaboración y la puesta en común, las heridas.

5) Ayudar a reducir la ansiedad materna (paterna) por medio del uso terapéutico de la música, posibilitando una mejora en la relación de las madres con sus bebés y en la elaboración del proceso de separación que estas madres viven.

La idea original de tener sesiones individuales con alguna de las madres de los bebés en hospitalización no fue posible, debido a la limitación de horarios ya sea por parte de las madres interesadas o de la musicoterapeuta.

Las sesiones grupales en gran medida contribuyeron a la consecución de este objetivo.

En el caso de la intervención que motiva esta monografía, el trabajo de elaboración del proceso de separación por parte de las madres tuvo lugar en la medida en que el canto les sirvió para contarles a sus bebés su día a día, sin embargo, este proceso de elaboración estuvo supeditado al trabajo que ellas hicieron durante las sesiones familiares, cuyo centro de atención principal siempre fue el bebé, y la comunicación que los padres pudieron establecer con ellos. De estas sesiones las madres expresaron sentirse bien por estar haciendo algo en beneficio de sus hijos,

disminuyendo la sensación de estar al margen de lo que a sus hijos les ocurriera y la consiguiente ansiedad que esto provoca.

6) Proponer, elaborar y desarrollar una investigación que recoja los datos que puedan evidenciar algún tipo de cambio terapéutico en los bebés en hospitalización neonatal, participantes de la intervención musicoterapéutica.

Por cada sesión de musicoterapia individual realizada se llenó un protocolo con indicadores médicos y conductuales del bebé correspondientes a dos escalas de dolor en recién nacidos, escala CRIES (Crying, Requires Oxygen Saturation, Increased Vital Signs, Expression and Sleeplessness) y PIPP (Premature Infant Pain Profile). Los indicadores observados fueron los siguientes:

- 1) Variación Frecuencia Cardíaca
- 2) Variación Saturación
- 3) Variación del llanto
- 4) Variación expresión de dolor
- 5) Variación gesto de entrecejo fruncido
- 6) Variación gesto ojos apretados
- 7) Variación gesto surco naso-labial

Con el fin de hacer la muestra lo más fidedigna posible sólo se evaluaron las sesiones donde fue posible aislar el estímulo de musicoterapia, es decir, sesiones donde sólo la musicoterapia estuvo presente sin presencia de los padres ni interrupciones de ningún tipo. En algunas de estas sesiones los monitores de frecuencia cardíaca (FC) y Saturación (Sat.) no marcaron fielmente estos indicadores, pero fueron consideradas por la posibilidad de verificar indicadores conductuales de dolor en los bebés.

El total de sesiones de la muestra fueron 35. La sistematización de estos datos se encuentra en el Anexo V. Los resultados más evidentes arrojados por la muestra fueron:

- a) Es posible verificar un porcentaje superior en el incremento de las frecuencias cardíacas en los bebés después de las sesiones de musicoterapia, sin embargo esto

no es concluyente dado que las disminuciones en la frecuencia cardiaca luego de las sesiones no bajan del 40%.

b) Hay una tendencia de más de un 50% a mejorar los niveles de saturación luego de las sesiones de musicoterapia. Sólo un tercio tendió a disminuir su oxigenación en la sangre luego de presenciar la sesión de musicoterapia.

c) En relación a las variables que indican dolor, como llanto, ojos apretados, ceño fruncido o surco nasolabial marcado, la gran mayoría de las sesiones no detectaron cambios importantes debido a que los pacientes se encontraban tranquilos al iniciar y al terminar la sesión, sin embargo es posible verificar que todos los pacientes que presentaron señas de incomodidad al comenzar, al terminar sus sesiones se encontraban tranquilos y sin signos de dolor ni inquietud. En algunos casos pacientes que comenzaron la sesión tranquilos al terminar evidenciaron signos de estrés, sin embargo estos episodios sólo representan el 3% de la muestra.

6. CONCLUSIONES

El recién nacido hospitalizado en una Unidad de cuidados especiales neonatales, está sometido a una situación de desvinculación de su familia y a un estrés constante.

La musicoterapia dirigida a estos bebés logra constituirse en un espacio de comunicación que les brinda confort y les ayuda a potenciar sus núcleos saludables desde la escucha receptiva y desde la acción, respondiendo desde su corporalidad a los contenidos de este nuevo espacio terapéutico.

El proceso creativo llevado a cabo durante las sesiones de musicoterapia, utilizó la música y las palabras dentro de la relación usuario terapeuta en un constante diálogo entre contenidos del consciente y del inconsciente.

El musicoterapeuta debió poner todos sus sentidos para resonar con el bebé, a fin de devolverle las palabras que posibilitaran un cambio terapéutico a través del canto. El rol del musicoterapeuta fue contactar al paciente consigo mismo, con sus potencialidades expresivas y sus núcleos saludables.

La música como contenido no verbal logra estimular el sistema perceptivo global del bebé, ayudándolo a percibir su entorno. Gracias a la música se constituye el espacio vincular, donde tienen lugar tanto las descargas energéticas del musicoterapeuta, de los padres y del bebé, Estas descargas no sólo son musicales sino también corporales, sonoras y gestuales.

La música proporcionó a los padres, un vehículo expresivo a la hora de dirigirse a sus hijos por medio del canto y del uso de instrumentos, siendo este un espacio muy diferente del habitual en el servicio de neonatología, pero bien recibido por los padres por la naturalidad de la música dirigido a un bebé.

En relación con la verificación de indicadores médicos es posible señalar que:

- En relación a signos vitales las tendencias no son evidentes pero los bebés propendieron levemente a aumentar su frecuencia cardíaca y a incrementar sus niveles de saturación.
- En relación a indicadores de dolor, fue posible verificar que todos los pacientes que presentaron señales de incomodidad al iniciar las sesiones

se tranquilizaron luego de estas. Habiéndose presentado casos aislados de bebés que lloraron luego de la sesión de musicoterapia.

Por medio de la musicoterapia fue posible acoger la expresión emocional de padres de bebés hospitalizados, descubrir al bebé como ser activo sensorialmente capaz de sentir y reconocer, estimular el diálogo afectivo y corporal de los padres participantes integrando la madre al cuidado de su hijo y reconociendo en todo momento la verdad acerca del estado real del bebé. Todas estas acciones han sido enunciadas en el "Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo. "Mujer-Niño-Familia" del Año 2000"⁴⁷, como objetivos posibles de un programa tendiente a favorecer el proceso de vinculación entre padres y bebés hospitalizados.

La intervención musicoterapéutica llevada a cabo en la UCEN del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, llenó este vacío y podría llegar a constituirse a futuro en una alternativa viable para ofrecer tanto a sus pacientes como a los padres de estos, un espacio para fortalecer el vínculo entre ambos para no tener que lamentar el abandono precoz de niños que desde el comienzo de sus días se encuentran luchando por su vida.

⁴⁷ Muñoz, H; Kaempffer, A; Castro, R;Valenzuela, S: "Nacer en el siglo XXI de vuelta a lo Humano. Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia", Santiago, Chile 2001, Ministerio de Salud, Universidad de Chile, 278p.

7 BIBLIOGRAFÍA

7.1 LIBROS:

BARCELLOS , Lia Rejane Mendes. Musicoterapia. Transferencia, Contratransferencia y Resistencia. Rio de Janeiro,Brasil. Enelivros Editora, 1999. 122p

BENENZON , Rolando. La nueva musicoterapia. 2da Edición.Buenos Aires, Argentina. Editorial Lumen, 2008. 383p

BOWLBY, John. La Separación (El apego y la pérdida II.). 2ª Ed. Barcelona, Paidos, 1993. 448p.

BRUSCIA , Keneth. Modelos de Improvisación en Musicoterapia. Salamanca, España. Editorial Agruparte, 1999. 430p

DOLTO , Françoise. La Causa de los Niños.. Barcelona, Ed. Paidos Ibérica, 1996. 399p.

DOLTO , Françoise. Seminario de Psicoanálisis de Niños 1. 7a Ed. Mexico D.F, Siglo Veintiuno Editores, 2000. 225p.

ELIACHEFF , Caroline. El Cuerpo y la Palabra. Ser Psicoanalista con los más pequeños. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1993. 158p

FEENEY, Judith y NOLLER, Patricia. Apego Adulto. Bilbao, Desclee de Brouwer, 2001. 170 p

FONAGY Peter y TARGET, Mary. Apego y Función Reflexiva: Su rol en la Autoorganización. Development and Psychopathology. Cambridge University Press, 1997, Vol 9. pp 679-700.

GARCÍA- CABALLERO, C y GONZALEZ MENESES, Antonio. Tratado de pediatría Social. 2ª edición. Madrid, España 2000. Plaza editores, 875p.

MUÑOZ, H; KAEMPFER, A; CASTRO, R; VALENZUELA, S: "Nacer en el siglo XXI de vuelta a lo Humano. Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia", Santiago, Chile 2001, Ministerio de Salud, Universidad de Chile, 278p.

PELLIZZARI, Patricia. Musicoterapia Psicoanalítica. El Malestar en la Voz. Buenos Aires, Argentina. Ricardo R. Resio, Editor, 1993. 164p

SCHNAKE , Adriana. La voz del Síntoma. Del discurso médico al discurso organísmico. 3ª Ed. Santiago, Ed. Cuatro Vientos, 2004. 219p

SCHNAKE , Adriana. Los Diálogos del Cuerpo. Un enfoque Holístico de la salud y la enfermedad. Santiago, Ed. Cuatro Vientos, 1995. 187p.

7.2 TESIS:

EMMER, E. "Musicoterapia en U.T.I.N." Tesina Carrera de Musicoterapia. Buenos Aires, Argentina. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 2003. 66p

7.3 PUBLICACIONES DIGITALES:

FONAGY, Peter. Persistencias Transgeneracionales del Apego: Una nueva Teoría. Revista Aperturas Psicoanalíticas (en línea), 1999, No. 03. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>

GARRIDO R, Lusmenia. Apego, Emoción y Regulación Emocional. Implicaciones para la salud. Revista Latinoamericana de Psicología (en línea), 2006, volumen 38, No 3. pp 493-507 <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n3/v38n3a04.pdf>

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE. Red clínica. [en línea] <http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/index.aspx?channel=6325&appintanceid=18492&pubid=7682>

HUBNER G, María Eugenia y RAMIREZ F, Rodrigo. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. Rev. méd. Chile [online]. 2002, vol.130, n.8 [citado 2010-10-21], pp. 931-938. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000800015&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872002000800015.

VIEIRA G., Matías. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. Rev. chil. pediatr. [online]. 2003, vol.74, n.2 [citado 2010-10-22], pp. 197-205 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000200009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106. doi: 10.4067/S0370-41062003000200009.

ANEXOS

ANEXO I: Proyecto de Intervención Musicoterapéutica para recién nacidos en UCIN y sus padres:

Práctica Clínica Musicoterapéutica para el bienestar y la vinculación entre padres y bebés en incubadora, del UCIN en el Hospital José Joaquín Aguirre.

1 . Información Básica	
Nombre del Proyecto	“Incubando Lazos”
Antecedentes:	
a) Nombre de la Supervisora de Práctica:	Patricia Lallana
b) Nombre de las Alumnas en práctica	Karen Andrea Aliaga Aravena Ana Karina Maturana Marín
c) Institución:	Universidad de Chile Facultad de Artes Postítulo de especialización en Terapias de Arte, mención Musicoterapia
d) E-Mails:	patricialallana@gmail.com karendanza@gmail.com anakyrie@gmail.com
2 . Contenido del Proyecto	
<p>Implementar una intervención musicoterapéutica durante 4 meses con recién nacidos en incubadora y sus familias, de forma presencial, grupal e individual, con el fin de propiciar un contexto favorable para el confort del recién nacido e incrementar la relación de apego y la vinculación con sus padres.</p> <p>La música o sonidos originada en la sesión de musicoterapia da cuenta, por un lado, de cambios terapéuticos con resultados clínicos significativos y observables en el recién nacido. En distintos estudios comparativos con música grabada hechos en otros países, se ha cuantificados por medio de indicadores fisiológicos, tales como respiración, ritmo cardíaco y presión arterial, y la observación de cambios en el comportamiento del bebé (aumento-</p>	

disminución del llanto, del sueño, de la succión para la alimentación etc), donde el bien estar de el niño y su familia es el principal eje de atención, logrando efectos saludables sobre síntomas de estrés y ansiedad en los padres, posibilitando un contacto más cómodo, profundo y sustentable entre ambos, a fin de permitirles, incluyendo bebés en riesgo vital, alcanzar una mejor calidad de vida.

Links de interés:

- <http://taskichiperu.blogspot.com/2007/04/musicoterapia-y-pediatra.html>
- <http://www.spapex.org/pdf/segprematuro.pdf>
- <http://conservancy.umn.edu/handle/47227?mode=full>
- <http://www.v-r.de/data/files/1000100/oxytocin.pdf>

Objetivos Generales:

- Construir por medio de la relación musicoterapéutica un espacio confortable para recién nacidos en incubadora y su familia.
- Reducir la ansiedad materna por medio del uso terapéutico de la música, posibilitando una mejora en la relación de las madres con sus bebés.
- Proponer, elaborar y desarrollar una investigación que recoja los datos que puedan evidenciar algún tipo de cambio terapéutico en los bebés en incubadora sometidos a intervención musicoterapéutica.

Implementación:

La intervención tendrá lugar en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, “J. J. Aguirre”, por un periodo de 4 meses (Agosto- Noviembre de 2009)

Número de sesiones: 32 (16 grupal y 16 individual)

Tipo de terapia:

Sesión grupal e individual

Características de la sesión Grupal:

Participarán como pacientes de las sesiones grupales, las madres y/o padres de los recién nacidos en incubadora, con y sin sus bebés.

Características de la sesión Individual:

Los pacientes de las sesiones individuales podrán ser recién nacidos, madres y/o padres que por sus características puedan beneficiarse más de una intervención terapéutica particular que de una experiencia grupal.

Espacio e Instrumentos:

Para la implementación de las sesiones, será necesarios una sala que permita el trabajo sonoro – corporo - musical grupal/individual y un conjunto de instrumentos musicales que permitan contar con una gama de sonoridades que posibiliten el trabajo expresivo (implementados por la Universidad de Chile)

- Ideófonos: semillas, maracas, eggs, maracas, palo de agua, sonajeros, claves, toc-toc.
- Membranófonos: kultrun, tambores.
- Melódicos de percusión: calimba, marimba, arkín.

ANEXO II: Autorización para el registro audiovisual

Universidad de Chile
Facultad de Artes
Postítulo en Terapias de Arte
Mención Musicoterapia

Carta de consentimiento informado

20 de Agosto de 2009

Autorización para filmación de las sesiones de musicoterapia con menores de edad hospitalizados, madres y padres beneficiarios de este tipo de intervención.

Las filmaciones serán utilizadas solo con fines pedagógicos del programa de postítulo de la Universidad de Chile y no serán utilizadas en otros ámbitos sin su consentimiento.

Alumnas en Práctica

Nombre: ANA KARINA
MATURANA
Celular: 08- 3747090
Correo electrónico:
anakyrie@gmail.com

Nombre: KAREN ALIAGA
ARAVENA
Celular: 08- 2890421
Correo electrónico:
karendanza@gmail.com

Supervisora de Práctica

Nombre: PATRICIA LALLANA

Celular: 09-2178413

Correo Electrónico: patricialallana@gmail.com

Grupos a observar:

Menores de edad hospitalizados ó institucionalizados

Padres y /o Madres de estos menores

Detalles del beneficiario:

- Número esperado de sujetos: pacientes y sus padres que se encuentren en la unidad al momento de realizar la práctica, durante el tiempo estipulado.
- Fecha esperada del comité de revisión institucional: ÚLTIMA FECHA JULIO 2010
- Fecha esperada de inicio del estudio: 13 DE AGOSTO 2009
- Fecha esperada del término del estudio (o tiempo total que el estudio estará abierto: JULIO DE 2010 (fecha último plazo de presentación de monografía))

Beneficiarios de la muestra:

- ¿Quién será beneficiario?
Madres, padres (tutores del menor)
- ¿Dónde encontrará los sujetos?
En las instalaciones del Hospital J. J. Aguirre
- ¿Quién será el primero en abordar al sujeto para estudio?
Alumnas en práctica a cargo del estudio.
- ¿Existe información especial con respecto al beneficiario?
NO
- ¿Existen diarios/cuestionarios para la muestra, etc. que los pacientes tendrán que llenar?
Ficha Musicoterapeutica.
- ¿Son necesarias visitas clínicas como parte del protocolo?
Si

Nombre del Hospital:

HOSPITAL J.J. AGUIRRE

Número de visitas clínicas:

16

Duración de cada visita Clínica: Actividades en la visita (describa)

- Sesión individual menores: alrededor de 15 a 20 minutos por paciente
- Sesión grupal adultos: una hora cronológica
- Sesión individual adulto: una hora cronológica

Sobre el uso de la Información Protegida de la Muestra:

Las sesiones de musicoterapia individual son realizadas por un musicoterapeuta y las sesiones grupales serán realizadas en dupla terapéutica por un musicoterapeuta y un coterapeuta.

Las sesiones serán filmadas o grabadas en audio para ser utilizadas como material de análisis, para la monografía final, requisito para la obtención del título de Especialización en Terapias de Arte mención Musicoterapia, y solo podrían ser mostradas en la defensa de esta monografía.

¿Qué Información será utilizada?

Información en sus registros médicos que va desde 13 de agosto a 09 de diciembre.

Información personal obtenida del beneficiario.

Información personal obtenida de las actividades de este estudio, o durante el curso de las mismas.

¿Quién utilizará la información?

- Hospital J.J. Aguirre
- Facultad de Artes. Universidad de Chile.
- Muestras en seminarios o congresos de musicoterapia

Retiro de este permiso debe ser hecho por escrito y dirigido a:

-Las estudiantes en práctica: Ana Karina Maturana M.
Karen Aliaga Aravena

Yo:
Nombre

Rut _____

Autorizo la filmación y presentación del registro audio visual según lo estipulado en el documento.

FIRMA

ANEXO III: Protocolo Sesión Individual Bebés.

Protocolo Sesión de Musicoterapia Individual para Bebés en Hospitalización Neonatal

NOMBRE: _____	Sesión N: _____	Fecha: _____
---------------	-----------------	--------------

Registro de observaciones previas a la sesión:

Ritmo Cardíaco: _____
 Saturación: _____

Escala Criess					
PARAMETRO	0		1		3
Llanto	No llora		Lloriqueo Consolable		Llanto no consolable
FiO2 para SatO2>95%	0,21		≤ 0,3		> 0,3
FC y TA sistólica	≤ basal		Aumento ≤ 20% basal		Aumento > 20% basal
Expresión	Cara descansada, expresión neutra.		Ceño y surco nasolabial fruncidos, boca abierta (mueca de dolor)		Mueca de dolor y gemido
Periodos de sueño	Normales		Se despierta muy frecuentemente		Constantemente despierto

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

PUNTUACIÓN TOTAL _____

Escala PIPP					
Indicador (tpo de observación)	0		1		3
Gestación	≥ 36 semanas		32 a < 36		28 a < 32
Comportamiento *(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales		Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales		Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales
Aumento de FC #(30 seg)	0 – 4 lpm		5 – 14 lpm		15 – 24 lpm
Disminución Sat O2 (30 seg)	0 – 2,4%		2,5 – 4,9%		5 – 7,4%
Entrecejo fruncido (30 seg)	0 – 3 seg		3 – 12 seg		> 12 – 21 seg
Ojos apretados (30 seg)	0 – 3 seg		3 – 12 seg		> 12 – 21 seg
Surco nasolabial (30 seg)	0 – 3 seg		3 – 12 seg		> 12 – 21 seg

PUNTUACIÓN TOTAL _____

Observaciones:

Registro de observaciones posteriores a la sesión:

Ritmo Cardíaco: _____

Saturación: _____

Escala Criess						
PARAMETRO	0		1		3	
Llanto	No llora		Lloriqueo Consolable		Llanto no consolable	
FiO2 para SatO2>95%	0,21		≤ 0,3		> 0,3	
FC y TA sistólica	≤ basal		Aumento ≤ 20% basal		Aumento > 20% basal	
Expresión	Cara descansada, expresión neutra.		Ceño y surco nasolabial fruncidos, boca abierta (mueca de dolor)		Mueca de dolor y gemido	
Periodos de sueño	Normales		Se despierta muy frecuentemente		Constantemente despierto	

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

PUNTUACIÓN TOTAL _____

Escala PIPP								
Indicador (tpo de observación)	0		1		2		3	
Gestación	≥ 36 semanas		32 a < 36		28 a < 32		≤ 28 semanas	
Comportamiento *(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales		Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales		Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales		Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales	
Aumento de FC #(30 seg)	0 – 4 lpm		5 – 14 lpm		15 – 24 lpm		≥ 25 lpm	
Disminución Sat O2 (30 seg)	0 – 2,4%		2,5 – 4,9%		5 – 7,4%		≥ 7,5%	
Entrecejo fruncido (30 seg)	0 – 3 seg		3 – 12 seg		> 12 – 21 seg		> 21 seg	
Ojos apretados (30 seg)	0 – 3 seg		3 – 12 seg		> 12 – 21 seg		> 21 seg	
Surco nasolabial (30 seg)	0 – 3 seg		3 – 12 seg		> 12 – 21 seg		> 21 seg	

PUNTUACIÓN TOTAL _____

Observaciones

ANEXO VI: Ficha Musicoterapéutica Mamás

Ficha Musicoterapéutica Mamás

Datos Bebé

Nombre

Diagnóstico de hospitalización

Datos personales de la madre

Nombre

Edad

Comuna

Casada_____ Soltera_____ Conviviente_____

Día del parto programado

Día del parto (de cuantos meses nació)

Parto Normal_____ Cesárea_____

Complicaciones_____

Datos personales del padre

Nombre

Edad

Estado Civil

Comuna

Disponibilidad

¿Participarías de sesiones de MT Grupal? Si___ No___

¿Participarías de sesiones de MT Individual? Si___ No___

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

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

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

Iso familiar

¿Qué música te gusta?

¿Hay una canción en especial que te guste?

¿Qué música te rodea en tu entorno habitual?

¿Cuántas veces al día escuchas música?

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

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

¿Acariciaste tu guatita alguna vez?

¿Bailabas en fiestas, eventos o casa?

¿Te gusta cantar?

¿Cantas cuando estás sola?

¿Qué es lo que te gusta cantar?

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

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

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

Sonido grave:

Sonido agudo

Cantar

Rock

Cantante

Música clásica

Música que más me gusta

Música que no me gusta

Música que me tranquiliza

Música que me entristece

Música que me alegra

Mi bebe

Música de día

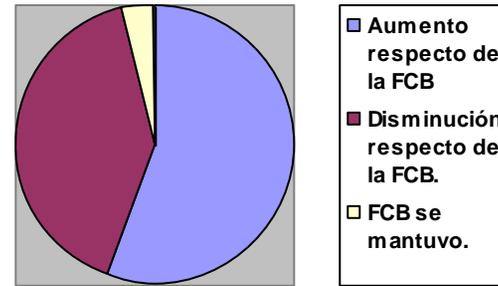
Música de noche

Canción de cuna

Sesiones observadas: 35
 Total muestra**: 27 sesiones

Aumentos a FCB: 15 55,5%
 Disminuciones a FCB: 11 40,7%
 Iguales a FCB: 1 3,7%

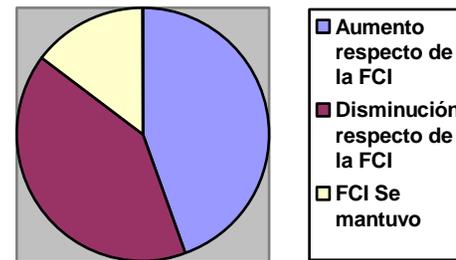
Grafico 1: Cambios en la Frecuencia Cardiaca después de concluida la sesión, en comparación con Frecuencia Cardiaca Basal.



Graf. 1

Aumentos a FCI: 12 44,4%
 Disminuciones a FCI: 11 40,7%
 Iguales a FCI: 4 14,8%

Grafico 2: Cambios en la Frecuencia Cardiaca después de concluida la sesión, en comparación con Frecuencia Cardiaca antes de comenzar la musicoterapia.



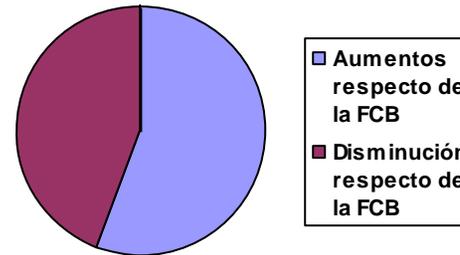
Graf. 2

En relación a FCB iguales o mayores que 150

Total muestra: 18

Aumentos a FCB:	10	55,6%
Disminuciones a FCB:	8	44,4%
Igual a FCB:	0	

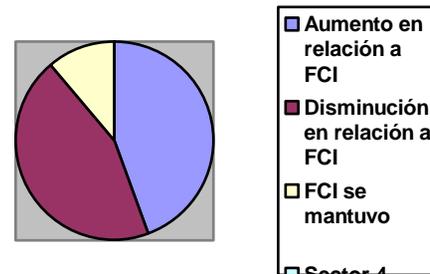
Grafico 3: Cambios en la Frecuencia Cardiaca después de concluida la sesión en comparación con Frecuencia Cardiaca Basal, para pacientes con Frecuencia Cardiaca Basal de 150 o más.



Graf. 3

Aumentos a FCI:	8	44,4%
Disminuciones a FCI:	8	44,4%
Igual a FCI:	2	11,1%

Grafico 4: Cambios en la Frecuencia Cardiaca después de concluida la sesión en comparación con Frecuencia Cardiaca antes de comenzar, para pacientes con Frecuencia Cardiaca Basal de 150 o más.

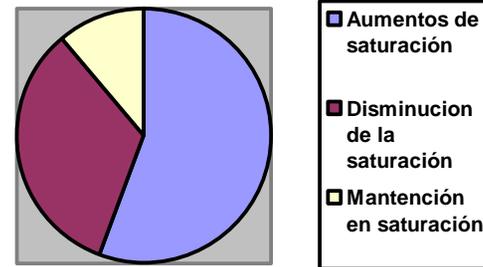


Graf. 4

* FM: Se exceptúa de ser contabilizado por Falla en el Monitoreo
 ** Total muestra: Total sesiones observadas menos las excepciones.

Sesiones observadas:	35	
Total muestra:	27 sesiones	
Total Aumentos Sat:	15	55,5%
Total Disminuciones Sat:	9	33,3%
Total Sat. Mantenido:	3	11,1%

Grafico 5: Cambios en la Saturación después de concluida la sesión comparando Saturación Inicial y Final.

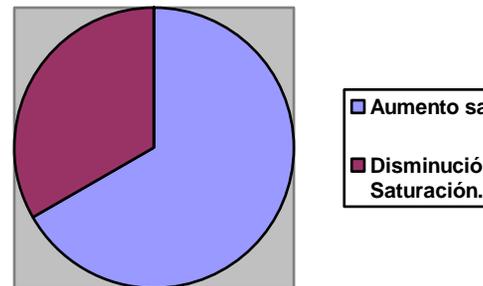


Graf. 5

En Saturaciones Iniciales de 85 y menos:

Total muestra:	3	
Total Aumentos Sat:	3	66,6%
Total Disminuciones Sat:	1	33,3%
Total Sat. Mantenido:	0	

Grafico 6: Cambios en la Saturación después de concluida la sesión comparando Saturación Inicial y Final, en pacientes con 85 o menos de saturación Inicial



Graf. 6

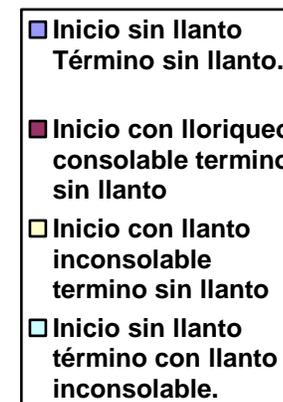
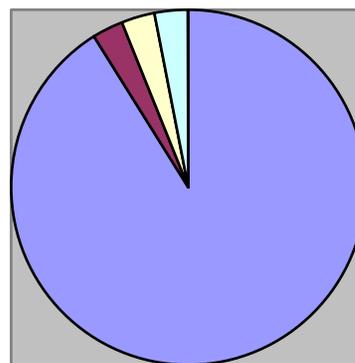
Sesiones observadas: 35

Total muestra: 35 sesiones.

Variaciones de la muestra:

De 0 a 0:	32	91%
De 1 a 0:	1	3%
De 2 a 0:	1	3%
De 0 a 2:	1	3%

Grafico 7: Variación en el llanto de un bebe antes y después de la musicoterapia.



Graf 7.

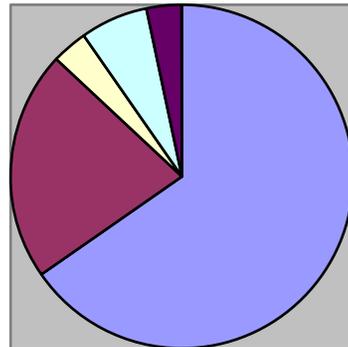
Sesiones observadas: 35

Total muestra: 35 sesiones

Variaciones de la muestra:

De 0 a 0:	24	68%
De 1 a 0:	7	20%
De 2 a 0:	1	3%
De 0 a 1:	2	6%
De 0 a 2:	1	3%

Grafico 8: Variación en la expresión de dolor de un bebe antes y después de la musicoterapia.



- Inicio con cara descansada y exp. Neutra, término con cara descansada y exp. Neutra.
- Inicio con ceño fruncido termino con cara descansada.
- Inicio con mueca de dolor y gemido.
- Inicio con Cara descansada termino con ceño fruncido.
- Inicio con cara descansada término con mueca de dolor y gemido.

Graf 8

Sesiones observadas: 35

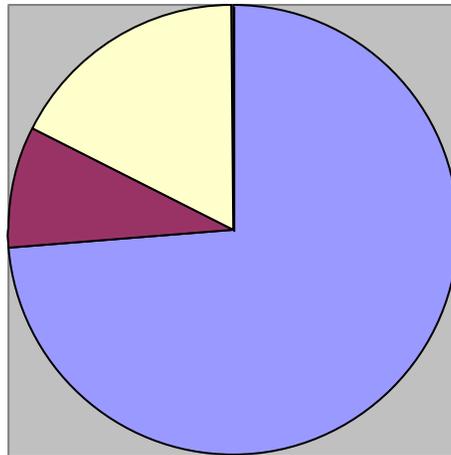
Total muestra: 34 sesiones.

Variaciones de la muestra:

De 0 a 0:	25	73,5%
De 1 a 0:	3	8,8%
De 3 a 0:	6	17,6%

*NSO= No se observa el indicador, paciente con ojos vendados.

Grafico 9: Variación del gesto de entrecejo fruncido en el bebe antes y después de la musicoterapia.



- Inicio con Entrecejo fruncido durante 0 a 3 segundos, termino con entrecejo fruncido durante 0 a 3 segundos.
- Inicio con Entrecejo fruncido durante 3 a 12 segundos, termino con entrecejo fruncido durante 0 a 3 segundos.
- Inicio con Entrecejo fruncido por un periodo mayor a 21 segundos, termino con entrecejo fruncido durante 0 a 3 segundos.

Graf 9

Sesiones observadas: 35

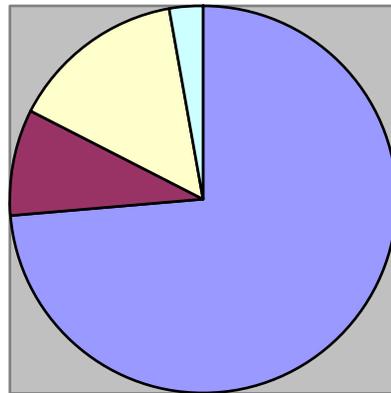
Total muestra: 34 sesiones.

Variaciones de la muestra:

De 0 a 0:	25	73,5%
De 1 a 0:	3	8,8%
De 3 a 0:	5	14,7%
De 0 a 3:	1	2,9%

*NSO= No se observa el indicador, paciente con ojos vendados

Grafico10: Variación del gesto de ojos apretados en el bebe antes y después de la musicoterapia



- Inicio con ojos apretados por menos de 3 segundos, termino con ojos apretados por tiempo mayor a 21 segundos.
- Inicio con ojos apretados entre 3 y 12 segundos, termino con ojos apretados menos de 3 segundos.
- Inicio con ojos apretados por tiempo mayor a 21 segundos, término con ojos apretados por menos de 3 segundos.
- Inicio con ojos apretados por menos de 3 segundos, término con ojos apretados por tiempo mayor a 21 segundos.

Graf. 10

7) Variación gesto surco naso-labial:

Indicador (tpo de observación)	0	1	2	3
Surco nasolabial (30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg

Pnte	Ángela		Paciente 2		Paciente 3		Tania		Paciente 6		Paciente 7		Pacien
Snl	Antes	Desp.	Antes	Desp.	Antes	Desp.	Antes	Desp.	Antes	Desp.	Antes	Desp.	Ante
Ssn													s
1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0			0	0					
6	0	0	0	0			0	0					
7	0	0											
8	0	0											
9	0	0											

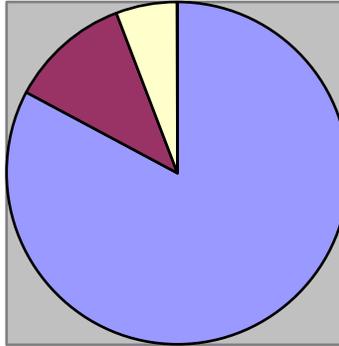
Sesiones observadas: 35
 Total muestra: 35 sesiones.

Variaciones de la muestra:

De 0 a 0: 29 82,9%
 De 1 a 0: 4 11,4%
 De 3 a 0: 2 5,7%

Grafico 11: Variación del gesto de surco nasolabial marcado en el bebe antes y después de la musicoterapia

Graf. 11



- Comienzo con surco nasolabial marcado por menos de 3 segundos término con surco nasolabial marcado por menos de 3 segundos.
- Comienzo con surco nasolabial marcado por tiempo entre 3 y 12 segundos, término con surconasolabial marcado por más de 12 segundos.
- Comienzo con surco nasolabial marcado por tiempo mayor a 21 segundos, término con surconasolabial marcado por más de 21 segundos.

ANEXO VI: VARIACIÓN RESULTADOS TANIA.

1) Variación Frecuencia Cardíaca:

Sesiones observadas: 6 sesiones

Total muestra:	4	
Aumentos a FCB:	3	75%
Disminuciones a FCB:	1	25%

Respecto de la Frecuencia Cardíaca Basal de Tania, ella tendió a incrementar aún más su frecuencia cardíaca, presentado una disminución sólo en una sesión.

Aumentos a FCI:	1	25%
Disminuciones a FCI:	1	25%
Iguales a FCI:	2	50%

Respecto de como evolucionó su frecuencia cardíaca antes y después de la sesión, es posible constatar que su tendencia fue no variar mayormente su frecuencia cardíaca. Habiendo además una sesión donde se incrementó y otra donde su FC bajó.

2) Variación Saturación

Total muestra:	4	
Total Aumentos Sat:	3	75%
Total Disminuciones Sat:	0	
Total Sat. Mantenido:	1	25%

La tendencia durante las sesiones analizadas fue a aumentar su saturación, no habiendo disminuido nunca su nivel de oxígeno en la sangre.

3) Variación del llanto

Total muestra:	6 Sesiones	
Variaciones de la muestra:		
De 0 a 0:	5	83,3%
De 2 a 0:	1	16,6%

En la mayor parte de las sesiones analizadas, Tania no lloró, en la única en la que al comenzar, si lo hizo, se tranquilizó durante la sesión, mostrándose confortada al terminar.

4) Variación expresión de dolor:

Total muestra:	6 Sesiones	
Variaciones de la muestra:		
De 0 a 0:	5	83,3%
De 2 a 0:	1	16,6%

En la mayor parte de las sesiones analizadas, Tania no mostró dolor, el la única en la que al comenzar, si lo hizo, se tranquilizó durante la sesión, mostrándose confortada al terminar.

5) Variación gesto de entrecejo fruncido.

Total muestra:	8 Sesiones*	
Variaciones de la muestra:		
De 0 a 0:	8	100%

*Durante la primera sesión Tania se encuentra con ojos vendados.

En la totalidad de las sesiones analizadas, Tania no mostró entrecejo fruncido.

6) Variación gesto ojos apretados:

Total muestra:	8 Sesiones*	
Variaciones de la muestra:		
De 0 a 0:	8	100%

En la totalidad de las sesiones analizadas, Tania no mostró sus ojos apretados.

7) Variación gesto surco naso-labial:

Total muestra:	9 Sesiones	
Variaciones de la muestra:		
De 0 a 0:	8	88,9%
De 1 a 0:	1	11,1%

En la mayor parte de las sesiones analizadas, Tania no mostró gesto de surco nasolabial, el la única en la que al comenzar, si lo hizo, se tranquilizó durante la sesión, mostrándose confortada al terminar.

ANEXO VII: VARIACION RESULTADOS ANGELA.

1) Variación Frecuencia Cardíaca:

Sesiones observadas: 9 sesiones

Total muestra:	7	
Aumentos a FCB:	1	14,3%
Disminuciones a FCB:	5	71,4%
Iguales a FCB:	1	14,3%

Respecto de la Frecuencia Cardíaca Basal de Ángela, ella tendió a disminuir su frecuencia cardíaca, presentado un aumento en sólo en una sesión, y manteniendo su FC igual a la basal en también una sesión.

Aumentos a FCI:	2	28,6%
Disminuciones a FCI:	4	57,1%
Iguales a FCI:	1	14,3%

Respecto de como evolucionó su frecuencia cardíaca antes y después de la sesión, es posible constatar que su tendencia preponderante fue también disminuir su frecuencia cardíaca, pero aumentando en dos sesiones y manteniéndola en una de ellas también.

2) Variación Saturación

Total muestra:	7	
Total Aumentos Sat:	4	57,1%
Total Disminuciones Sat:	3	42,8%
Total Sat. Mantenedas:	0	

La tendencia a aumentar o disminuir su saturación no fue tan marcada, los aumentos de saturación tuvieron lugar sólo en una sesión más que las disminuciones.

3) Variación del llanto

Total muestra:	9 Sesiones	
Variaciones de la muestra:		
De 0 a 0:	8	89%
De 0 a 2:	1	11% .

En la mayor parte de las sesiones analizadas, Ángela no lloró, el la única en la que al terminar, si lo hizo, el llanto apareció después de concluida la sesión, no durante esta.

4) Variación expresión de dolor:

Total muestra:	9 Sesiones	
Variaciones de la muestra:		
De 0 a 0:	7	77,8%
De 1 a 0:	1	11 %
De 0 a 1:	1	11 %

En la mayor parte de las sesiones analizadas, Ángela no mostró dolor, en una de ellas comenzó mostrándose incómoda pero confortada al terminar. En una sesión comenzó sin mostrar dolor y luego del término de la sesión rompió en llanto.

5) Variación gesto de entrecejo fruncido.

Total muestra:	9 Sesiones	
Variaciones de la muestra:		
De 0 a 0:	9	100%

En la totalidad de las sesiones analizadas, Ángela no mostró entrecejo fruncido.

6) Variación gesto ojos apretados:

Total muestra:	9 Sesiones	
Variaciones de la muestra:		
De 0 a 0:	9	100%

En la totalidad de las sesiones analizadas, Ángela no mostró sus ojos apretados.

7) Variación gesto surco naso-labial:

Total muestra:	9 Sesiones	
Variaciones de la muestra:		
De 0 a 0:	9	100%

En la totalidad de las sesiones analizadas, Ángela no mostró gesto de surco nasolabial.