



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Artes
Escuela de Post Grado

MUSICOTERAPIA EN UN CASO DE RETRASO PSICOMOTOR

Monografía para optar al Post Título en Terapias de Arte con Mención en
Musicoterapia

Alumna: Dina Michelle Pérez Aravena
Licenciada en Artes/ Mención Teoría de la Música
PROFESOR GUÍA: PATRICIA LALLANA URRUTIA
Universidad de Chile, Facultad de Artes
Santiago, Chile
2006

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	IV
I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- MARCO TEÓRICO.....	3
1.- El sistema nervioso central.....	3
2.- Desarrollo del sistema nervioso central.....	5
2.1 Anomalías del sistema nervioso central.....	7
3.- Trastornos encefálicos.....	8
4.- Craneoestenosis.....	9
4.1 Etiología.....	10
4.2 Patogenia.....	10
4.3 Clasificación.....	11
4.4 Tratamiento.....	11
5.- Desarrollo psicomotor.....	11
5.1 Evaluación del desarrollo psicomotor.....	15
6.- Alteraciones del desarrollo psicomotor.....	15
7.- Musicoterapia.....	17
7.1 Fundamentación.....	17
7.2 Definición de musicoterapia.....	18
7.3 Musicoterapia y retraso psicomotor.....	20
7.4 El cuerpo en movimiento: Técnicas corporales en psicomotricidad.....	22
III.- PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....	24
1.- Descripción del centro de rehabilitación.....	24
2.- Perfil de Sebastián.....	25
2.1 Características de la historia musical de Sebastián.....	26
3.- Descripción del proceso musicoterapéutico.....	27
4.- Objetivos musicoterapéuticos.....	28
4.1 Objetivos generales.....	29
4.2 Objetivos específicos.....	29
5.- Métodos musicoterapéuticos utilizados.....	30
5.1 Musicoterapia pasiva o receptiva.....	30
5.2 Musicoterapia activa o creativa.....	30
6.- Actividades musicoterapéuticas utilizadas.....	31
7.- Setting.....	31
8.- Análisis descriptivo de las sesiones N° 4 y N° 6.....	32
IV.- CONCLUSIÓN.....	37
V.- BIBLIOGRAFÍA.....	39
VI.- ANEXOS.....	40

INDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

TABLA 1	Las diferentes partes del encéfalo.....	5
TABLA 2	Sistema nervioso	6
TABLA 3	Suturas y fontanelas en un cráneo normal de un recién nacido.....	10
TABLA 4	Descripción de hitos del desarrollo psicomotor desde el primer mes hasta el año de vida.....	13

RESUMEN

La monografía desarrollada a continuación trata de la intervención musicoterapéutica aplicada a un caso de retraso psicomotor a través de la práctica profesional del Postítulo en Terapias de Arte, mención Musicoterapia del departamento de la Facultad de Artes de la Universidad de Chile, realizada en el centro de rehabilitación "Manantial", bajo la supervisión de la profesora y musicoterapeuta Patricia Lallana.

La práctica musicoterapéutica tuvo un total de 12 sesiones individuales las que se llevaron a cabo entre los meses de septiembre a diciembre del año 2003.

El marco teórico de la presente monografía hace referencia a los procesos de evolución y alteración del sistema nervioso central; desarrollo psicomotor, sus alteraciones y su relación con la musicoterapia. Los objetivos musicoterapéuticos dicen relación a la creación de un espacio de expresión y comunicación; de una relación terapéutica entre paciente-musicoterapeuta además de una serie de objetivos enfocados a la recuperación de distintas capacidades disminuidas.

Los objetivos y métodos musicoterapéuticos utilizados se definieron antes de comenzar con la terapia en base a información recabada a través de la ficha personal del paciente, como también a una entrevista y ficha musicoterapéutica realizadas a la madre. Estos objetivos se van modificando o bien agregando a medida de las necesidades manifestadas por el paciente a través de las sesiones.

El proceso se divide en tres etapas de las cuales se describen dos sesiones en que se hace un análisis detallado de los objetivos y logros obtenidos. Las conclusiones y resultados del presente trabajo hacen alusión tanto a las experiencias musicoterapéuticas vividas por parte del paciente y de la terapeuta como a los logros obtenidos en ellas.

I.- INTRODUCCIÓN

Llena de expectativas, dudas y ansiedad me preparo para la última etapa de nuestra formación como musicoterapeutas, que es la de la práctica profesional.

La elección fue trabajar con niños del centro de rehabilitación “Manantial”, el cual se dedica a mejorar la calidad de vida de niños y adolescentes con problemas motores y/o intelectuales. Con el grupo de compañeros que trabajaríamos en aquel centro decidimos hacer una sesión grupal con diferentes niños y así elegir a la persona con la cual desarrollaríamos nuestra práctica. El objetivo de este primer encuentro era establecer una empatía sonoro-musical con los cinco niños presentes en la sala de trabajo común, los que presentaban diversos tipos de parálisis cerebral y otros problemas motrices, y así comenzar la terapia individual con uno de ellos.

Durante aquella sesión me “encontré” con un joven de dieciocho años al que llamo Sebastián. Mi primera impresión fue la de una persona amable, cariñosa, simpática...disfrutaba con cada improvisación realizada, con cada sonido emitido, su comunicación gestual y sonora así lo demostraban. Desde el primer momento se mostró alegre y expectante ante nuestra llegada, nos recibió con una gran sonrisa y ojos atentos. Al comenzar a desplegar los instrumentos por la sala y mostrárselos se notaba su inclinación hacia lo musical, aplaudía y nos indicaba con su dedo índice hacia la radio, como queriendo decir “ahí también hay música...”. Así fue como encontré en Sebastián mi primera fuente de inspiración (en la práctica) hacia el camino de la musicoterapia.

Mi deseo es plasmar en las siguientes páginas todo el proceso de evolución del desarrollo que Sebastián, por diferentes motivos, no pudo completar en los momentos fijados para cada etapa. Se explican los pasos que da el ser humano, desde su fecundación hasta la madurez, para convertirse en una persona integral, con todas las funciones perceptivas, cognitivas y emocionales y así enfrentar al mundo en que vive.

Plasmar también el aporte que hace la música y la musicoterapia para restituir, desarrollar o mejorar estas capacidades no completadas en los casos de retraso psicomotor, a través de juegos musicales, manejo y ejecución de instrumentos musicales, improvisaciones libres y una variedad de actividades y métodos que propician la acción rehabilitadora.

Generalmente mi trabajo profesional se ha concentrado en niños, tanto en clases de música en colegios, talleres de iniciación musical, y actividades relacionadas. Siempre me he interesado por esta etapa del ser humano, su despertar al mundo, su conocimiento de él a través de los sentidos, percepción, la fragilidad de sus mentes, sobre el cuidado que se debe tener en el plano afectivo, emocional, educacional, etc. ya que en esta etapa se está formando un ser que dependerá mucho de sus vivencias infantiles, de sus recuerdos y afectos. Es esta la base de nuestra formación psico-afectiva que, según como se desarrolle, nos permitirá ser personas armoniosas, integrales, mentalmente saludables, lo que conlleva a una mejor calidad de vida.

Creo que lo anteriormente dicho no tendría que ser distinto en niños con algún tipo de discapacidad, por el contrario, aumentarlas, potenciarlas, desarrollarlas es lo que nos compete en este momento, y la musicoterapia nos ofrece una herramienta óptima y capaz en esta búsqueda hacia la salud y bienestar.

II.- MARCO TEÓRICO

1.- EL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso es un sistema complejo y sofisticado que regula y coordina las funciones y actividades básicas del cuerpo. Está formado por:

- El sistema nervioso central: Compuesto del encéfalo y la médula espinal. Es el centro estructural y funcional de todo el sistema nervioso. Allí se integran las piezas aferentes de información sensitivas, se evalúa la información y se inicia una respuesta aferente.
- El sistema nervioso periférico: Compuesto por los nervios situados en la región externa del sistema nervioso, estos pueden ser craneales (originados en el encéfalo) o raquídeos (espinales originados en la médula). Estos nervios cumplen una función sensitiva y motora, los nervios motores a su vez se dividen en somáticos que llevan información a los músculos estriados y el autónomo que lleva información al músculo liso, cardíaco y glándulas.

Además del encéfalo y la médula espinal, los órganos principales del sistema nervioso son: Los ojos, los oídos, los órganos sensoriales del gusto, los órganos sensoriales del olfato, los receptores sensoriales de la piel, los músculos y las articulaciones.

El sistema nervioso central está formado por el encéfalo y la médula espinal. El encéfalo es un órgano muy importante, ya que controla el pensamiento, la memoria, las emociones, el tacto, la capacidad para el movimiento, la vista, la respiración, la temperatura, el apetito y todos los procesos que regulan nuestro cuerpo.¹

El encéfalo se divide en:

- Cerebro: El cerebro se compone de dos hemisferios, el derecho y el izquierdo. Las funciones del cerebro incluyen: iniciación de los movimientos, coordinación de los movimientos, la temperatura, el tacto, la vista, el oído, el sentido común, el razonamiento, la resolución de problemas, las emociones y el aprendizaje.
- Tronco del encéfalo: Está formado por el cerebro medio, la protuberancia y el bulbo raquídeo. Las funciones de esta zona incluyen: El movimiento de los ojos y de la boca, la transmisión de los mensajes sensoriales (calor, dolor, ruido estridente, etc.), el hambre, la respiración, la conciencia, la función cardíaca, la temperatura corporal, los movimientos musculares involuntarios, los estornudos, tos, vómitos y la deglución.

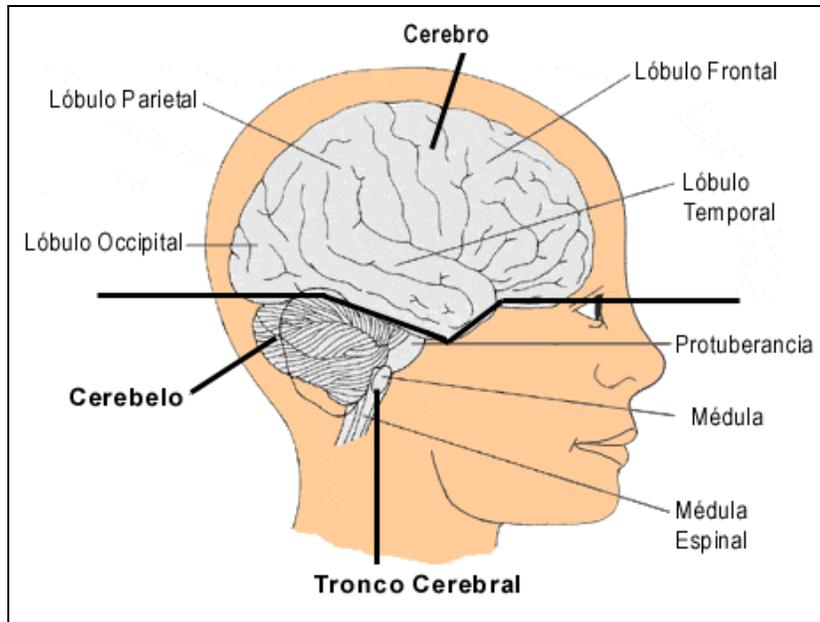
¹ <http://monografias.com/trabajos10/sine.shtml>

- Cerebelo: Está situado en la parte posterior de la cabeza. Tiene como función coordinar los movimientos musculares voluntarios y mantener la postura, la estabilidad y el equilibrio.

Otras partes más específicas del encéfalo son:

- Protuberancia: Es una parte profunda del encéfalo situada en el tronco del encéfalo, y que contiene muchas de las áreas de control para los movimientos de los ojos y de la cara.
- Bulbo raquídeo: Es la parte más baja y vital de todo el encéfalo y contiene importantes centros de control para el corazón y los pulmones.
- Médula espinal: Es un largo cordón de fibras nerviosas situado en la espalda y que se extiende desde la base del encéfalo hasta la parte baja de la espalda; la médula espinal transporta los mensajes entre el encéfalo y el resto del cuerpo.
- Lóbulo frontal: Porción más voluminosa del encéfalo, situado en la parte delantera de la cabeza; el lóbulo frontal interviene en las características de la personalidad y en el movimiento.
- Lóbulo parietal: Situado en zona media del encéfalo, el lóbulo parietal ayuda a la persona a identificar objetos y a comprender las relaciones espaciales (dónde está situado nuestro cuerpo en comparación con los objetos que nos rodean). El lóbulo parietal también interviene en la interpretación del dolor y del tacto en el cuerpo.
- Lóbulo occipital: Es la parte posterior del encéfalo e interviene en la visión.
- Lóbulo temporal: Los lados del encéfalo o lóbulos temporales intervienen en la memoria, el habla y el sentido del olfato.

TABLA 1 Las diferentes partes del encéfalo:



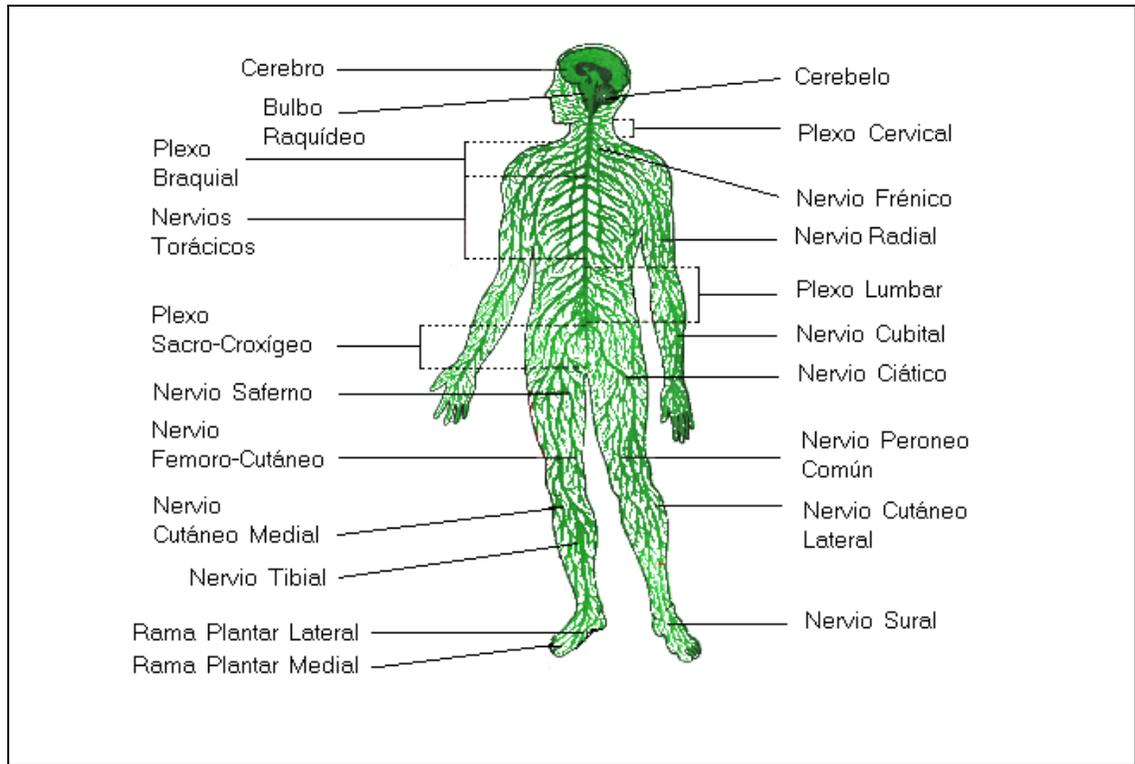
Existen dos tipos principales de células que forman el sistema nervioso, las neuronas y la neuroglia. Las neuronas son células excitables que conducen los impulsos que hacen posible todas las funciones del sistema nervioso. La neuroglia o células neurogliales no conducen información en ellas mismas, pero apoyan de diversas maneras la función de las neuronas.²

2.- DESARROLLO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El sistema nervioso central realiza las más altas funciones, ya que atiende y satisface las necesidades vitales y da respuestas a los estímulos. Ejecuta tres acciones esenciales, que son la detección de estímulos, la transmisión de informaciones y la coordinación general.

² <http://uuhsc.edu/healthinfo/spanish/neuro/anatomy.htm>

TABLA 2 Sistema nervioso



El sistema nervioso central se desarrolla a partir de un engrosamiento del ectodermo, alrededor de la tercera semana de vida intrauterina comienzan a observarse los primeros indicios del crecimiento de la placa neural anterior, el día 24 se produce la segmentación encefálica y aparecen las vesículas ópticas, el día 26 se cierra el neuroporo anterior y en el día 29 el posterior. En el día 34 se desarrolla la placa del cerebelo, la curva cervical y mesencefálica. Entre el segundo y cuarto mes de vida intrauterina se observan indicios del primordio cerebeloso y se produce la proliferación celular. Entre las 8 y 12 semanas se desarrolla la corteza cerebral, los lóbulos, las células de la médula espinal, el cerebelo, médula cervical y lumbar. En este período se produce la proliferación celular y se producen los procesos de organización y arborización dendrítica, axonogénesis y sinaptogénesis, donde las neuronas van estableciendo circuitos cada vez más complejos. Durante el cuarto mes se producen los tubérculos cuadrigéminos y comienza la mielinización que es el recubrimiento de las conexiones entre las neuronas con una membrana especializada para mejorar la velocidad de conducción y lograr una adecuada transmisión de los impulsos nerviosos. Este proceso ocurre en ciclos donde, al finalizar el segundo trimestre (alrededor de las 40 semanas) de gestación se ha mielinizado las raíces y médulas espinales y se ha iniciado el tronco encéfalo. Algunas fibras motoras que descienden de los centros

superiores de la médula espinal terminan su proceso a los dos años de vida, mientras que otras estructuras no lo hacen hasta los treinta y dos años.³

Estos cambios ocurren con gran intensidad y dinamismo en la etapa gestacional, continúan al mismo ritmo durante el nacimiento, declinando su progreso en la edad preescolar y posteriormente alcanza una estabilización.

Sin embargo, cada niño posee su propia secuencia de desarrollo que está en directa relación con su maduración, por lo cual puede variar en características o calidad entre un niño y otro, pero ya que este proceso tiene una secuencia esperada, nos permite detectar alteraciones en el mismo. Estas variaciones individuales se deben a factores como la configuración biológica de cada niño y también al ambiente en el cual se desarrollan.⁴

2.1 Anomalías del sistema nervioso central

El sistema nervioso central es el que rige la inteligencia, la sensibilidad, el tacto, el comportamiento y la forma de relacionarse con el medio que nos rodea y su alteración tiene una acción catastrófica sobre el feto.

Ya en 1579 el cirujano francés Ambroise Paré llegó a la conclusión de que la causa de estas anomalías era la interacción de varios factores y fue el primero en hablar sobre la teoría multifactorial, la cual aún se usa para dar una explicación sobre estas anomalías congénitas.

Con el desarrollo de la bacteriología y con ello el descubrimiento de las causas de las infecciones, con la aparición de las leyes de Mendel, el desarrollo de la química farmacéutica, las observaciones de los efectos de los agentes virales y fármacos se comienza a intentar dar explicación de las posibles causas de estas anomalías congénitas.

En la actualidad entre las causas que pueden provocar anomalías congénitas del sistema nervioso central se citan algunas todavía sin tener una precisión de su acción, tales como:

- El alcohol: También puede producir en la edad adulta del feto expuesto a trastornos psiquiátricos, y es una de las etiologías de la esquizofrenia.
- Antiepilépticos: Las anomalías más frecuentes que se presentan con antiepilépticos son meningomielocela, microcefalia y deficiencia mental.
- Diabetes: Las anomalías se deben a la hiperglicemia, hiperinsulinemia, a los episodios de hipoglicemia y a la hipercetonuria.

³ revista nacer nº 1, editorial lord Cochrane S.A. Santiago-Chile 1979

⁴ <http://auxilio.com.mx/manuales/anato4.htm>

- Desechos tóxicos: Se ha observado que hijos de madres que residen cerca de depósitos tóxicos, presentan un incremento de anomalías congénitas en comparación con gestantes que viven alejadas de los mismos.
- Alteraciones cromosómicas: Contribuyen en un 6 a 7 % en la génesis de anomalías del sistema nervioso.
- Historia familiar: Anomalías relacionadas con el medio ambiente, alteración genética o incrementada susceptibilidad para estas malformaciones.
- Estados febriles: Que se presentasen durante el desarrollo del tubo neural. Se han efectuado observaciones que indican que a una alta temperatura los efectos en relación con las malformaciones incluyen retardo mental, microcefalia, hipotonía y microftalmia. Además está implícito en retardo del crecimiento intrauterino, hipoplasia medio facial, micrognatia, labio leporino con o sin paladar hendido y pabellones mal formados.
- La radiación, el metilmercurio y el plomo: Pueden lesionar el desarrollo del sistema nervioso central, afectando sobre todo a la capacidad de aprendizaje, comportamiento y el retardo mental.
- Tabaquismo: Existen indicios de un ligero aumento de labio leporino, paladar hendido y microcefalia. Es necesario conocer sobre el nivel de dosis.
- Cocaína: Su abuso produce efectos adversos neurológicos y conductuales en los descendientes. También aborto espontáneo, parto prematuro y desprendimiento de la placenta.
- Estado socioeconómico: La deficiencia de nutrientes presentes en familias con bajo estado socioeconómico incrementa la incidencia de malformaciones en el feto humano.

5

3.- TRASTORNOS ENCEFÁLICOS

Los trastornos encefálicos son condiciones congénitas causadas por daños o desarrollo anormal del sistema nervioso de gemación o germinación. Cefálico es un término que quiere decir "cabeza" o "extremo superior del cuerpo". Congénito significa que el trastorno se presenta usualmente antes del nacimiento.

Los trastornos encefálicos no son causados necesariamente por un solo factor, sino que pueden ser provocados por condiciones hereditarias o genéticas o por exposiciones ambientales durante el embarazo, tales como medicamentos que la madre haya tomado, infección maternal o exposición a radiaciones. Algunos trastornos encefálicos ocurren cuando las suturas craneales (los empalmes fibrosos que conectan los huesos del cráneo) se unen prematuramente, a esto se le llama craneoestenosis. La mayoría de los trastornos encefálicos son causados por un problema que ocurre en

⁵ http://www.medicosecuador.com/sncfetal/articulos/anomalias_del_sistema_nervioso_central.htm

las primeras etapas del desarrollo del sistema nervioso fetal. Los daños a este sistema en desarrollo son una causa importante de trastornos crónicos e incapacitaciones que pueden afectar la mente y el cuerpo en grados que varían enormemente. Muchas incapacidades son suficientemente leves y permiten que los pacientes afectados puedan actuar independientemente en la sociedad. Otras no lo son. Algunos infantes, niños y adultos mueren. Otros quedan completamente incapacitados y una población aún más grande queda parcialmente incapacitada, funcionando bastante por debajo de la capacidad normal durante toda la vida.⁶

4.- CRANEOESTENOSIS

La craneoestenosis es un grupo poco común de los trastornos encefálicos que consiste en el cierre prematuro de una o varias suturas craneales. La sutura es una delgada capa de tejido de tipo conjuntivo intermedio que se origina entre los huesos y el cráneo, existen dos tipos: sindermosis, que ocurre en la bóveda y sincondrosis en la base.

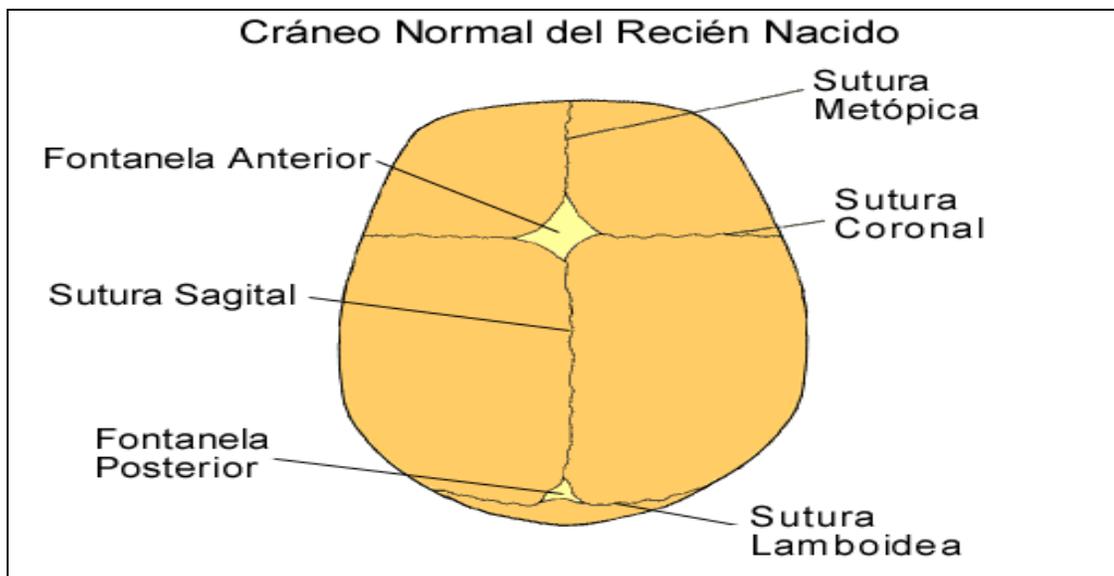
El volumen cerebral se triplica durante el primer año de vida y a los veinticuatro meses la capacidad craneana es cuatro veces la del nacimiento. Cuando las suturas se cierran antes de tiempo, el cerebro carece de espacio suficiente para poder desarrollarse por ese punto y deforma el cráneo.

Este concepto agrupa varios tipos en dependencia de las suturas afectadas y las malformaciones añadidas. Las suturas clínicamente significativas en la formación de craneoestenosis son:

- _ Sutura sagital: En la línea media anteroposterior, entre los dos parietales.
- _ Sutura coronal: Entre el frontal y los parietales.
- _ Sutura metódica: Entre las dos mitades del hueso frontal
- _ Sutura lambda: Entre los parietales y el occipital

⁶ <http://ninds.nih.gov/disorders/sncfetal/articulos>

TABLA 3 Suturas y fontanelas en un cráneo normal de un recién nacido



El cierre normal de las suturas se produce, para la sutura metópica, antes del nacimiento; la fontanela posterior se cierra a los tres meses y la anterior alrededor de los dieciocho meses. Todas las suturas comienzan a calcificarse a partir de los ocho años y después de los doce años no se separan nunca aunque exista un cuadro de hipertensión intracraneal.

Las fontanelas son importantes para conocer mediante su palpación el estado de presión intracraneal. Ellas permiten hacer una valoración del crecimiento del cráneo y su cierre prematuro constituye uno de los signos a tener presente en el diagnóstico de la craneostenosis.

4.1 Etiología

Las craneostenosis pueden ser primarias, presentes antes del nacimiento; o secundarias, debido más frecuentemente a una falta de desarrollo cerebral (microcefalia), raquitismo o tras colocación de derivaciones de LCR en hidrocefalias

4.2 Patogenia

Si el cierre precoz se produce solamente a nivel de una sola sutura, se va a producir una deformidad estética. Pero si ya son varias las suturas afectadas, se impide el aumento progresivo del cerebro, generando al principio un cuadro de hipertensión intracraneal para, posteriormente, dificultar el desarrollo cerebral normal, con el consiguiente déficit intelectual o incluso oligofrenia.

4.3 Clasificación

De acuerdo con las suturas que sufren el cierre precoz, se clasifican las craneoestenosis de acuerdo a la deformidad craneal que producen:

- _ Trigonocefalia: La produce el cierre de la sutura metódica.
- _ Escafocefalia: Es el cierre de la sutura sagital.
- _ Braquicefalia: Se debe al cierre de la sutura coronal.
- _ Oxicefalia: Cierre de varias suturas, coronal y sagital.
- _ Plagiocefalia: Cierre de un lado de la sutura coronal y la sutura escamosa temporal adyacente.

4.4 Tratamiento

El tratamiento quirúrgico consiste en la apertura de las suturas utilizando diferentes métodos de interposición de materiales para evitar que se cierren de nuevo. A veces es necesario hacer craniectomias y remodelación de los fragmentos óseos, para obtener el efecto estético deseado. Si se sobreañaden anomalías faciales, se requiere combinar las técnicas neuroquirúrgicas con equipos de cirugía máxilo-facial.

El tratamiento quirúrgico se debe realizar preferiblemente antes de los seis primeros meses de vida, puesto que el volumen cerebral en estos meses se va a incrementar en un 80 %. Pero, excepto que el cierre de las suturas sea global, es aconsejable esperar al menos 1 mes de vida para permitirle al niño el suficiente nivel de desarrollo como para soportar una cirugía en la que ineludiblemente pierden sangre.⁷

5.- DESARROLLO PSICOMOTOR

Es el proceso por el cual le permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea. Corresponde a la maduración de las estructuras nerviosas (cerebro, médula, nervios, etc.), es decir, es la manifestación externa de la maduración del sistema nervioso central. Este proceso incluye aspectos como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación viso-motora, motricidad gruesa, equilibrio y el aspecto social-afectivo, que está relacionado con la autoestima. A través de la manipulación de objetos y el dominio del espacio a través de la marcha, el niño va adquiriendo experiencias sensorio-motoras que le permitirán construir conceptos, que se traducirán ideas y desarrollarán su pensamiento, su capacidad de razonar. En la infancia las actividades mentales y físicas están estrechamente relacionadas, por lo que las actividades motoras desempeñan un importante papel en el desarrollo intelectual.

⁷ <http://neurorgs.com/?p=/doc/pre/tema1.asp>

La noción de psicomotricidad le da una significación psicológica al movimiento y permite tomar conciencia de la dependencia recíproca de las funciones de la vida psíquica con la esfera motriz. Esta noción intenta superar el punto de vista dualista clásico que separa como dos realidades heterogéneas a la vida mental y a la actividad corporal, transformándola en una sola realidad como es soma y psiquis. La base para la actividad del pensamiento puro reside, en el fondo, en la aptitud del organismo para responder con movimientos musculares y depende por lo tanto de la habilidad motora, del mismo modo que la realización de las tareas más elementales.

El desarrollo psicomotor comienza desde el desarrollo del embrión y del feto, el sistema nervioso se configura, las células nerviosas se multiplican, se desplazan y llegan a hacer las conexiones oportunas en un perfeccionamiento continuo desde la tercera semana después de la concepción hasta el nacimiento, la infancia y la edad adulta. Generalmente las secuencias del desarrollo son iguales en todos, mientras la velocidad y las fechas de adquisición precisas dependen de cada niño y de factores diversos: su potencial genético, el ambiente que le rodea, temperamento del niño, la existencia o no de enfermedad, etc.⁸

El comportamiento motor, por estar relacionado con toda la vida psíquica, implica tres dimensiones, cada una de las cuales pueden ser fuente de perturbación o trastornos en su desarrollo:

- Dimensión de la función motriz: Se refiere a la evolución de la tonicidad muscular, que permite el desarrollo de las funciones del equilibrio, control y disociación de movimiento así como el desarrollo de la eficiencia motriz que permite el desarrollo de la rapidez y de la precisión. Es lo que se denomina “conductas motrices de base”.
- Dimensión afectiva o emocional: Considera al cuerpo como instrumento de relación y destaca su importancia en la manera como se organiza el movimiento. Se manifiesta más que nada a nivel de la función tónica y de la actitud y también a nivel del estilo motor. Corresponde a las denominadas “conductas motrices”.
- Dimensión cognitiva: Considera que el movimiento exige el control de las relaciones espaciales, el dominio de las relaciones temporales y el dominio de las relaciones simbólicas, manifestadas en las praxias. Corresponde a las “conductas perceptivomotores”.

- _ Relaciones espaciales: Relación del cuerpo en el espacio y las partes entre sí.
- _ Relaciones temporales: Relación de movimientos en rutas a un fin.
- _ Praxias: Utilización de los objetos, gestos y significados.⁹

⁸ <http://definicion.org/desarrollo-psicomotor>

⁹ <http://www.viatusalud.com/documento.asp?ID=174&G=49>

TABLA 4 En el siguiente cuadro se describen algunos hitos en el desarrollo psicomotor desde el primer mes hasta el año de vida:

MES	DESARROLLO MOTOR	DESARROLLO SENSORIAL	DESARROLLO SOCIAL	DESARROLLO DEL LENGUAJE
0 a 3 meses	Puede levantar la cabeza unos segundos. Al mantenerlo en pie, extiende sus piernas, condición que desaparece alrededor de los 3 meses. Abre un poco sus manos.	Puede fijar la mirada en la cara. Sigue el movimiento de objetos grandes. Se concentra ante los sonidos.	Responde con sonrisas a diversos estímulos (sonrisa “social”)	Llanto especial de “hambre”. Emite algunas vocalizaciones. Sonidos guturales.
4 a 5 meses	Dirige las manos voluntariamente hacia los objetos que llaman su atención. Cambia objetos de una mano a otra. Movimientos “natatorios”. Las piernas permanecen en posición flexionada.	Vuelve la cabeza hacia donde escucha los sonidos. Junta una mano con la otra. Se lleva juguetes a la boca.	Se interesa por personas u objetos de su entorno. Ríe sonoramente.	Balbuceo imitativo.
6 a 7 meses	Puede mantenerse sentado sin apoyo unos segundos. Puede darse la vuelta entera en	Busca el origen de los sonidos. Si se le esconde algún objeto, aún no lo busca, aunque a los 7	Pide que lo tomen en brazos. Reacciona cuando oye su nombre. Diferencia	Balbuceos. Emite sonidos espontáneamente y también por imitación. El niño repite las mismas

	la cama. Coge los objetos entre el pulgar y el meñique (“pinza inferior”).	meses ya comienza a buscar un objeto que se le ha caído.	personas conocidas de extrañas.	sílabas en forma de cadena, el niño cambia con frecuencia de intensidad y de tono.
8 a 9 meses	Se puede sentar solo y se mantiene sin apoyo. Empieza a gatear. Coge objetos entre el dedo índice y la base del pulgar.	Juega a tirar objetos. Busca un objeto que se ha perdido. Se reconoce en el espejo. Se interesa por detalles que acontecen alrededor suyo, aumenta su capacidad de atención y concentración.	Juega a esconderse. Responde a señales de otra persona.	Repite monosílabos. Grita. Utiliza la voz para llamar la atención en vez del llanto. Aprende a susurrar.

10 a 12 meses	Se pone de pie sólo apoyándose en los muebles. Camina cogido de una sola mano. Pinza superior fina: coge objetos con la punta del índice y el pulgar.	Apunta con el dedo índice. Mete y saca objetos de una caja. Encuentra un juguete escondido (recuerda y retiene brevemente en la memoria).	Muestra un objeto y/o se lo pasa a un adulto. Le gustan los juegos de repetición. Obedece órdenes sencillas. Entiende prohibiciones.	Dice las primeras palabras. Dice “mamá” o “papá” con sentido. Utiliza sólo una palabra para indicar una frase con sentido.
---------------	---	---	---	--

- Impulsividad motora: Descarga de reflejos y automatismo.
- Emotividad: Se manifiesta por alteraciones del tono muscular o de la función postural.
- Sensoriomotor: Coordinación de la movilidad intencional orientada hacia un objeto.

En cuanto al desarrollo cognoscitivo del niño la teoría evolutiva del psicólogo J. Piaget es una de las más aceptadas. Divide estas etapas en diversos estadios, de los cuales los primeros son: período “sensomotor” (o a 2 años) de permanencia del objeto, causalidad elemental, y que va desde la percepción de no permanencia de objeto hasta el desarrollo de conceptos espaciales; el segundo período se denomina preoperacional de “función simbólica” (2 a 6 años), en el cual surgen sistemas de representación simbólica como lenguaje. Finalizando este período comienza la “imitación postergada”, donde el niño se vuelve capaz de ver una acción y repetirla o imitarla horas más tarde.

5.1 Evaluación del desarrollo psicomotor

Se han creado pruebas objetivas de evaluación del desarrollo psicomotor en las que se consideran cuatro áreas: Motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje. Existen pautas rápidas de aplicar (10 a 15 minutos), que seleccionan niños de riesgo o retraso, pero no precisan el área del daño o la magnitud del retraso. Estas pruebas son entre otras: el test de Denver (USA) y el EEDP (escala de evaluación del desarrollo psicomotor) de Soledad Rodríguez y cols. (Chile). Existen otras pruebas de evaluación del desarrollo psicomotor, que son más largas de aplicar (40 a 50 minutos) y que requieren de personal entrenado, pero que tiene la ventaja de poder definir mejor el retraso, su magnitud y las áreas de mayor problema. Estas pruebas son: el Bailey (USA), el Mullen (USA) y el Griffiths (Inglaterra) entre otras.¹⁰

6.- ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Los niños sanos siguen una secuencia de desarrollo o de adquisición de las habilidades, este patrón es claro y se han definido hitos básicos, fáciles de medir, que nos permiten saber cuando un niño va progresando adecuadamente (como se muestra en el cuadro anterior).

En algunos casos los niños presentan una alteración en la adquisición de habilidades, que a su vez, va a determinar la no adquisición de aquellas que las suceden, y por lo tanto, generar un retraso en su desarrollo.

¹⁰ <http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/manualped/EvaIDessPs.html>

Es difícil reconocer las alteraciones del desarrollo en los primeros seis meses de vida, los siguientes son algunos signos tempranos de anomalía motora que pueden dar las señales de alerta sobre alguna posibilidad de que el niño presente alguna complicación neurológica posterior:

- Presencia de asimetría en postura y movimiento
- Alteraciones de deglución o succión
- Alteraciones en el llanto (llanto raro)
- Falta de consolabilidad
- Cabeza constantemente hacia atrás
- Alteración en el tono muscular
- Manos empuñadas
- Atropamiento del pulgar
- Antebrazos en aducción
- Piernas juntas difíciles de separar
- Persistencia de reflejo de apoyo positivo con pies en extensión de tobillos o equino
- Falta de rodamientos
- Alteración en respuestas auditivas y/o visuales.
- Movimientos anormales en extremidades y oculares.

La maduración del sistema nervioso central en gran medida depende de lo programado genéticamente, pero también depende del armonioso desarrollo del resto de los sistemas, la experiencia y el ambiente. También hay condiciones que pueden producir un daño neuronal irreversible, como son: una hipoxia mantenida, la hipoglicemia, y las infecciones o traumatismos del sistema nervioso central.

Existen varios factores que ayudan a producir un adecuado desarrollo psicomotor, tales como una buena nutrición, un estrecho vínculo madre-hijo y una adecuada y oportuna estimulación sensorial. Si un niño es insertado en un medio psicoafectivo y sociocultural enriquecido en el momento apropiado, la sinaptogénesis y dendrogénesis serán adecuadas y adaptativas, pero a su vez existen factores que van a frenar su desarrollo, y a partir de lo anterior se pueden identificar dos grupos de factores que estarían determinando una alteración en el desarrollo:

• La configuración biológica: Que determina el potencial del niño y están dados por la presencia de un daño establecido en el sistema nervioso central o condiciones biológicas que a futuro impedirán su desarrollo normal.

• Riesgo ambiental: Si un niño es criado en un ambiente pobre y carente de estímulos, las interacciones neuronales establecidas resultarán ser menos adaptativas al momento de responder a un medio ambiente en constante cambio. El nivel socioeconómico también puede ser un factor de riesgo, aunque no es un factor en sí, sino que es el conjunto de variables asociadas a éste las que podrían ir en desmedro del desarrollo del niño, como por ejemplo la situación de la vivienda, trabajo del sostenedor del hogar y desconocimiento de una estimulación adecuada.

Los factores de riesgo también se pueden dividir en prenatales, perinatales y postnatales.

- Prenatales: Infecciones intrauterinas, genotopías (síndrome de Down) y otros.
- Perinatales: Asfixia neonatal (hipoxemia), hiperbilirrubinemia, prematuridad extrema, hipoglicemia clínica, infecciones neonatales (sepsis), apneas, síndrome de dificultad respiratoria, convulsiones neonatales, hipertensión intracraneana y anemia aguda (por hipoxemia; hipovolemia).
- Postnatales: Hipotiroidismo, enfermedades metabólicas (fenilketonuria), convulsiones de difícil manejo (síndrome de West), meningitis/meningoencefalitis, traumatismos encefalocraneanos graves o hipoestimulación severa (padres adictos a drogas, depresión materna).

Es importante que la detección de alteraciones del desarrollo se realice en forma temprana de manera que permita una intervención oportuna que evite secuelas mayores. Esto da la posibilidad de intervenir lo antes posible y mejorar la calidad y cantidad de los estímulos aportados.

Existen programas de estimulación temprana que pretenden favorecer el desarrollo del recién nacido para normalizar sus pautas de vida, en los cuales existen también intervenciones musicoterapéuticas que se expondrán más adelante. Estos programas ponen las bases para facilitar el crecimiento armonioso y saludable, así como para un posterior aprendizaje y personalidad del niño. Conjuntamente se pretende favorecer la autonomía del sujeto y lograr un nivel socioeducativo aceptable, los cuales también están enfocados a la prevención y mejora de posibles déficits del desarrollo.

7.- MUSICOTERAPIA

7.1 Fundamentación

Si bien es cierto que la Musicoterapia recién se instaura como terapia científica durante el siglo XX, ésta ha estado presente desde los comienzos de la humanidad.

La música fue para el hombre primitivo un medio de comunicación con el infinito. En este contexto aparecen los chamanes, brujos o curanderos que solían y suelen usar en sus ritos mágicos canciones y sonidos para expulsar a los espíritus malignos del cuerpo del enfermo, acompañándose de la danza, ejecución instrumental y de la expresión corporal. En todas las culturas la música fue y es una representación simbólica de cosas, ideas y comportamientos.

Los griegos ya comenzaban a darle a la música un empleo más lógico y razonable, utilizándola como prevención y curación de enfermedades físicas y mentales. Aristóteles hablaba del valor médico de la música y Platón la recomendaba junto con la danza para los terrores y las fobias.

Durante el siglo XV el médico Italiano Finicio se preocupa por dar una explicación física a los efectos de la música, uniendo la filosofía, medicina, música, magia y astrología. En el siglo XVIII se habló sobre los efectos de la música en las fibras del organismo, todo esto desencadenó la escritura de muchos estudios y tratados.

A comienzos del siglo XX una serie de profesionales de diversas áreas han realizado profundos estudios investigando acerca de la relación entre hombre- música a través de la diferentes épocas y culturas. Han tomado conciencia de las funciones que cumple la música y el arte en general en la vida individual y social y de su valor en el perfeccionamiento y bienestar humano. A parte de reconocerse como un medio de expresión, de comunicación, con uso de tratamientos médicos, prevención de dolencias psicológicas y orgánicas, etc., a la música también se le atribuye influencias sobre la conducta humana. “Los ritmos, los bailes y cantos en grupo así como otras actividades musicales en grupo establecen una comunicación especial entre los participantes...”. “ Dicho en pocas palabras, la música es comunicación no verbal. Esto es fundamental para comprender la influencia que ejerce la música sobre la conducta; Constituye una comunicación tan especial que durante miles de años la gente la consideró mística y hasta sobrenatural. De acuerdo con los conocimientos de la ciencia y con los elementos con que se cuenta, se sabe que la música no es mística ni sobrenatural; es solamente misteriosa”.

Reuniendo todos los antecedentes registrados durante siglos de historia musical, más las investigaciones de psicólogos, antropólogos y sociólogos sobre la conducta humana comprometida con la música, los musicoterapeutas estructuran y estudian para dar origen a esta ciencia que en la práctica nació desde el comienzo de nuestros días.¹¹

7.2 Definición de musicoterapia

La definición de musicoterapia ha sido objeto de una evolución constante según los avances que se han desarrollado a través de estudios y observaciones, y según los aspectos involucrados en ella, tales como las necesidades del paciente, los roles y funciones de la música y terapeuta, los objetivos, el proceso terapéutico, etc.

Se ha logrado un consenso en el que la definición de musicoterapia según la Federación Mundial de Musicoterapia (VIII congreso mundial, Hamburgo, Alemania 1996) es la siguiente: “Es el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar y promover, la comunicación, la interrelación, el aprendizaje , la movilización, la expresión, la organización y otros objetos terapéuticos relevantes, sociales y cognitivos. La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o establecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración

¹¹ <http://www.espinoso.org/biblioteca/musicoterapia.htm>

Thayer y otros, Gastón Tratado de musicoterapia. Paidós Editorial. Barcelona-España 1982 p.41
Enciclopedia Iberoamericana de psiquiatría. Panamericana Editorial. España 1995

intrapersonal o interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento”.¹²

Para Kenneth Bruscia la musicoterapia es “un proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al paciente a conseguir llegar a la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio”. Aclara que la musicoterapia puede tener muchos y diferentes objetivos tales como educativos, médicos y curativos, psicoterapéuticos o recreativos y que estos dependen de la población a la cual vayan dirigidos, al encuadre clínico y a la orientación del tratamiento.¹³

Los aspectos que pueden ser dirigidos por la musicoterapia incluyen una variedad de problemas o necesidades como pueden ser mentales, físicos o musculares, sensomotrices, emocionales, o sociales y que requieren de un profesional calificado para su tratamiento. Bruscia aclara que el terapeuta “tiene que tener el conocimiento y experiencia musical y clínica necesarias para ayudar a los clientes con un amplio espectro de problemas de salud”.¹⁴

Existen varias modalidades así como orientaciones teóricas o teorías de tratamiento que se pueden aplicar a la musicoterapia, tales como la psicoanalítica, existencial-humanista, educativa, conductista y holística.¹⁵ El doctor y musicoterapeuta Rolando Benenzon inclinándose hacia la orientación psicoanalítica dice que el sonido, la música y el movimiento producen efectos regresivos que dan salida, abren canales de comunicación que estimulan el proceso de formación y recuperación y define a la musicoterapia como una psicoterapia “que utiliza el sonido, la música y el movimiento y los instrumentos corpóreo-sonoros-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”. Para Benenzon uno de los objetivos de la musicoterapia es establecer una relación terapeuta-paciente, para la cual utiliza un intermediario no verbal que corresponde a los instrumentos y los sonidos emitidos.¹⁶

A pesar de las diferencias de cada definición en cuanto a los criterios mencionados, sabemos que la utilización de la música como terapia en pro del bienestar de las personas, ha sido largamente estudiado y probado por las diferentes instituciones y profesionales de muchos países, beneficiando así a una población cada vez más necesitada de ayuda para reestablecer, mantener o mejorar su salud física y mental.

¹² Shapira, Diego. Musicoterapia facetas de lo inefable. Editorial Enelivros. Río de Janeiro-Brasil. 2002 p.32

¹³ Bruscia, Kenneth. Definiendo musicoterapia. Colección música, arte y proceso. Editorial Amaru Salamanca- España. 1997, p.43

¹⁴ Ibidem. p. 50

¹⁵ Ibidem. p. 41

¹⁶ Benenzon, Rolando. La nueva musicoterapia. Lumen editorial . Buenos Aires-Argentina, 1998 p.141

7.3 Musicoterapia y retraso psicomotor

La musicoterapia aplicada a retraso psicomotor puede ser una ayuda desde la prevención hasta la posible recuperación de sus capacidades. A continuación se explicarán sus implicancias tanto en la estimulación temprana como en su papel rehabilitador o reeducador.

Como se ha dicho la musicoterapia tiene como fin desarrollar potencialidades y/o restaurar las funciones del individuo de manera que pueda lograr una mejor integración intra e interpersonal, obteniendo así una mejor calidad de vida a través de la prevención y la asistencia. Desde el punto de vista del retraso psicomotor esta definición puede acercarnos a la musicoterapia en la estimulación temprana, ya que esta disciplina terapéutica se encarga de abordar las problemáticas del desarrollo o las situaciones que lo pueden poner en riesgo "...y cuanto más temprana sea la estimulación, mejores resultados obtendremos, pues satisfará las necesidades primarias de descubrir y crear el mundo de los sonidos, del ritmo y del movimiento" explica Josefa Lacárcel.¹⁷

La musicoterapia en estimulación temprana trabaja en los distintos tipos de prevención de los problemas de desarrollo en los bebés y niños pequeños:

- Prevención primaria: Cuando el trabajo está orientado a reducir la frecuencia de los trastornos en la comunidad.
- Prevención secundaria: Se refiere específicamente a las actividades destinadas a un diagnóstico temprano y a un tratamiento oportuno.
- Prevención terciaria: En donde las actividades principales tienden a limitar la enfermedad o a rehabilitar al paciente crónico.

La acción musicoterapeuta en la estimulación temprana se ubica especialmente durante la prevención secundaria, cuando el riesgo se ha identificado y se apunta a prevenir la complicaciones del diagnóstico en su desarrollo.

Una de las herramientas utilizadas por la musicoterapia en estimulación temprana es el uso de la canción de cuna como elemento de profilaxis y diagnóstico dentro del tratamiento, ya que ésta instaura un espacio intermediario y posibilita un vínculo indispensable para la construcción del psiquismo. Esto correspondería a lo que R. Benenson llama ISO UNIVERSAL." Es una identidad sonora que caracteriza o identifica a todos los seres humanos independientemente de sus contextos sociales, culturales, históricos y psicofisiológicos particulares. Dentro de este ISO UNIVERSAL, figurarían las características particulares del latido cardíaco, de los sonidos de inspiración y espiración, y de la voz de la madre en los primeros momentos del nacimiento y días del nuevo ser".¹⁸

¹⁷ Lacárcel Moreno, Josefa. Musicoterapia en educación especial. Universidad de Murcia (servicio de publicaciones) España, 1995 p. 10

¹⁸ Lacárcel Moreno, Josefa. Musicoterapia en Educación Especial. Servicio de publicaciones Universidad

Los beneficios del empleo de los elementos sonoros para fortalecer el vínculo madre-hijo son:

- Acercar a la madre y al hijo en un juego de mimos y sonidos que resulta de una importancia vital para la construcción del psiquismo del niño.
- Mediar en el vínculo además de ofrecer un límite asignado por la propia canción o juego musical.
- Favorecer la transmisión de este recurso usado por las madres de generación en generación que le confirma a ésta, entre otras cosas, su capacidad maternal.

La canción de cuna es un fenómeno vincular, es comunicación por vía del afecto, un mensaje cuyo objetivo es la comunicación que se ofrece a través de distintos canales sensoriales. Una protección sonoro-musical que puede funcionar como recurso preventivo.¹⁹

A parte de la prevención la musicoterapia también es una posibilidad de reeducación y recuperación a través de la estimulación de los sentidos. Josefa Lacárcel divide los objetivos perseguidos mediante la aplicación de musicoterapia con los niños de educación especial en tres grandes áreas: psicofisiológicas, afectivo-cognitivas y sociales, algunos de los cuales se describen a continuación:

- Objetivos psicofisiológicos:

_Desarrollo psicomotor: Coordinación motriz y oculo- motriz, movimientos de asociación y disociación, regularización motora, equilibrio, marcha, lateralidad, tonicidad...

_Desarrollo de las facultades perceptivomotrices que le permitan un conocimiento de las organizaciones espaciales, temporales y corporales.

_Dotar al niño de experiencias musicales enriquecedoras que estimulen su actividad psíquica, física y emocional.

- Objetivos Afectivos, emocionales, de personalidad y cognitivos:

_Reforzamiento de la autoestima y personalidad mediante la autorrealización. Mejora el mundo afectivo y emocional, creando sentimientos de aceptación, comunicación e integración del propio "yo".

_Desarrollo de las capacidades intelectivas: Imaginación, atención, memoria, concentración, observación, fantasía, reacción.

de Murcia. España. 1995. p. 14

¹⁹ http://www.pasoapaso.com.ve/boletin/boletin_14_3.htm#2

_ Liberación de las pulsiones y energía reprimida, a través del ritmo, para lograr un equilibrio personal. Activación de las potencias latentes.

• Objetivos sociales:

___ Establecer o reestablecer las relaciones interpersonales. Se pretende que la musicoterapia oriente al niño en sus relaciones con los demás y le abra un cauce de comunicación.

_ Rehabilitar, socializar y reeducar al niño, a través de su participación activa o pasiva.²⁰

El ritmo, uno de los elementos de la música, puede proporcionar importantes beneficios para estos niños, ya que el orden que proporciona el ritmo puede formar parte de su experiencia de una manera espontánea mediante ejercicios corporales, canciones rítmicas y manejo instrumental.

Para los niños con retraso psicomotor la aplicación de musicoterapia tendrá gran importancia precisamente por el aspecto motriz y dinámico de la música. "La estructura de la música es un fiel reflejo de la estructura y el orden que reina en el mundo y que debe encontrarse en el ser humano, pero no sólo en el sentido intelectual del término, sino también desde la perspectiva de sensibilidad y, en muchos momentos, de expresión incluso irracional."²¹

7.4 El cuerpo en movimiento: técnicas corporales en psicomotricidad

Se considera armonía motriz cuando el cuerpo entero está comprometido en los movimientos, y es por ende realizar una economía y una simplicidad en cada uno de ellos. Nuestro organismo debe responder, a las situaciones de la vida diaria, con diferentes usos de la fuerza por medio de la regularización del tono por un dinamismo equilibrado y económico. El pensamiento y los órganos de control, organizándose para la acción, deben actuar juntos eficazmente. Es necesario pensar en lo que se hace y aprender a hacer lo que se piensa, sin la menor diferencia entre ambos.

El primer objetivo de las técnicas corporales en psicomotricidad apunta a reducir al mínimo las distancias que separan al sujeto de su cuerpo, intentan permitirle al individuo tener un cuerpo y ser a la vez ese cuerpo. Esta voluntad de eliminar las distancias entre el sujeto y el cuerpo es la primera etapa hacia la reinversión del cuerpo como lugar de placer. El movimiento puede ser entonces un medio de aumentar ese placer, sin ninguna mira de rendimiento o de estética.

²⁰ Lacárcel Moreno, Josefa. Musicoterapia en Educación Especial. Servicio de publicaciones Universidad de Murcia. España, 1995 p.16-17

²¹ Lacárcel Moreno, Josefa. Musicoterapia en Educación Especial. Servicio de publicaciones Universidad de Murcia. España. 1995. p. 10

Las técnicas corporales apuntan a que el cuerpo sea un lenguaje para sí y para el otro, que se convierta en un medio de comunicación. Entre las técnicas más significativas están: el ritmo, la expresión corporal, la relajación y el dibujo.

El ritmo forma parte integrante del individuo, es un carácter que le es propio en el mismo concepto que la forma de su cuerpo. Todo momento vital es rítmico y no continuo, y en un mundo donde los ritmos se aceleran, nos encontramos llevados por el movimiento general y nos olvidamos muy pronto de nuestro ritmo personal. En este aspecto la musicoterapia también aporta sus beneficios, ya que el ritmo es uno de los elementos propios de la música, por lo que mediante diversas técnicas se puede modificar el ritmo (orden) propio de cada individuo.

A lo largo de nuestras vidas nuestro comportamiento se vuelve cada vez más condicionado, lo que nos dificulta expresarnos de otra manera que no sea el lenguaje hablado. En el adulto, el lenguaje del cuerpo está cada vez más ignorado y olvidado, mientras que en el niño todo es aún expresión corporal. A través de la técnica de la expresión corporal el individuo puede volver a aprender o hallar de nuevo el lenguaje de su cuerpo. Se pretende, mediante gestos o movimientos, establecer una comunicación auténtica del sujeto con su cuerpo.

III.- PROCESO MUSICOTERAPEUTICO

1.- DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN

El centro de rehabilitación “Manantial” está ubicado en Avenida Los Leones N° 1480, comuna de Providencia-Santiago. Es una institución privada, creada en el año 1981, perteneciente a un grupo de profesionales de las áreas de la salud y educación.

El equipo profesional que trabaja en el centro está compuesto por kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales y educadores de párvulos, y su trabajo rehabilitador está orientado a niños y adolescentes con problemas motores y/o intelectuales, cada uno con necesidades especiales en las diferentes áreas de su desarrollo. En el centro trabajan diariamente varios auxiliares de párvulos los que cooperan también a las tareas diarias, ayudando y enseñando a los niños a lograr independencia en diferentes hábitos básicos, como son la auto-alimentación, actividades de aseo y orgánicas.

La jornada de asistencia de los niños es desde las 8:30 de la mañana a 4:00 de la tarde, de lunes a viernes. Se reúnen en diferentes salas para realizar trabajos pedagógicos con grupos reducidos de niños conformados con un criterio basado en la edad de desarrollo cognitivo de cada uno. Mientras los niños permanecen en las salas reciben los medicamentos prescritos por el médico tratante.

A diferentes horarios cada niño es sacado de la sala común para recibir tratamientos individuales de kinesiología, fonoaudiología o terapia ocupacional. El centro realiza también diversos talleres, como el de psicomotricidad, prelaboral, de cocina, de oración, etc. Existen actividades deportivas en las cuales los niños entrenan y compiten, siendo una buena instancia de sociabilización, en donde se afianza el compañerismo y trabajo grupal.

El centro de rehabilitación Manantial ha logrado la integración de niños al sistema educacional regular una vez alcanzado un desarrollo psicomotor que les permita participar de las actividades y exigencias de cada colegio. Los niños con un diagnóstico más severo, que no pueden asistir a un colegio regular, han logrado un aumento en sus capacidades motoras y de lenguaje, como también en la práctica de actividades enfocadas a una mayor independencia, lo que también recae en una mayor autoestima.

2.- PERFIL DE SEBASTIÁN

Sebastián tiene 18 años, vive junto a sus padres y es el segundo de cuatro hermanos. Nació por parto normal, pero se observa una craneoestenosis (sutura occipital y parietal soldadas al nacer) que fue operada a los 2 meses y 10 días de nacido, presentando un paro cardio-respiratorio que duró alrededor de diez segundos.

El diagnóstico evolucionó hasta un retraso psicomotor severo (se le practica test de desarrollo de Ruth Griffiths). Es tratado con terapia ocupacional en su casa hasta los dos años de edad, luego ingresa al centro de rehabilitación “Manantial” en el cual también recibe terapia ocupacional junto con fonoaudiología, psicopedagogía y kinesiología.

Sebastián presenta problemas visuales como estrabismo divergente e hipermetropía, pero no se recomienda operación, hasta los 3 años usó un parche ocluser de preferencia en el ojo izquierdo. Se le han practicado diversas audiometrías que arrojaron diagnóstico de normal. En sus informes fonoaudiológicos se aclara que no puede comunicarse oralmente por diversos problemas anatómicos y funcionales que se lo impiden, por lo que posee un lenguaje oral reducido, con palabras aisladas ocasionalmente y sonidos para señalar o afirmar, los que a menudo son estereotipias. Sí se comunica con gestos, algunas vocalizaciones y a través de la escritura facilitada (con teclado) y sistema de símbolos gráficos. Comprende los códigos del lenguaje oral, gestual y visual. Posee buena discriminación auditiva de fonemas. Comprende oraciones, órdenes simples y de mediana complejidad. En cuanto a semántica posee un vocabulario amplio de palabras comunes.

Respecto a su área motora se ha trabajado con talleres de psicomotricidad los que tienen como objetivo la coordinación dinámica general, equilibrio estático, orientación espacial, mejorar su iniciativa y repertorio motor. Un informe del año 1996 (a sus 11 años) dice que sus movimientos en general son coordinados, logrando disociar más sus extremidades, aunque persisten problemas de equilibrio en posiciones altas y confunde un poco los conceptos de lateralidad.

En cuanto a motricidad fina se trabaja en coordinación viso-motora y calidad manipulativa, se observa dificultad para ejecutar movimientos coordinados. El mismo informe del año 1996 hace referencia en cuanto a motricidad fina de una mayor presición, menos temblor distal y mejor calidad en las prehensiones y en la fuerza de éstas.

Una de las observaciones que se hacen más frecuentemente en sus informes es respecto a su falta de concentración y atención. Ya desde el primer año de vida se observa con una atención lábil, y sus continuos informes trimestrales y anuales lo destacan con frases como: “Se distrae con facilidad...mejorar atención” (1998), “A veces su ansiedad interfiere en actividades motoras finas. En general se demora y distrae mucho...inconstante y distraído.” (1999). A sus 12 años un informe sobre apreciación intelectual señala:

- Atención: Es necesario llamar su atención constantemente, muy lábil.
- Concentración: Sus períodos de trabajo son muy cortos, se fatiga rápidamente.
- Memoria: Buena, se acuerda de hechos pasados y recientes con facilidad.

También se informa que maneja funciones básicas a nivel concreto y gráfico en forma inconsciente debido a su falta de atención. Tanto así que a los 10 años le recetaron ritalín, medicamento que, por diferentes causas, nunca tomó.

A nivel emocional Sebastián generalmente se muestra con buen carácter, alegre, dócil, con buena disposición. Esporádicamente tiene períodos críticos con causa, no le gusta esperar o hacer algo que no quiere (año 2002). Es buen compañero y tiende a acercarse a los adultos.

El siguiente es un resumen sobre el informe del período marzo-julio, semestre anterior al de la realización de la práctica, año 2003:

- Área personal-social:

_ Comportamiento: Ha estado estable y mejorando sus períodos de irritabilidad frente a los procesos que lo provocaban. Comparte más con sus compañeros siendo más solidario con ellos. Está más animado y entusiasta con actividades que antes rechazaba.

- Área cognitiva:

_ Aspecto pedagógico: Su capacidad de atención a las actividades ha mejorado, logra observar y atender a lo solicitado. Su tolerancia en tiempo sigue siendo baja ya que se fatiga demostrando cansancio muy rápidamente.

En actividades de comprensión identifica el tema mediante respuestas si/no gestual y/o por selección de letreros o láminas entre cuatro alternativas.

Las actividades gráficas y manuales son cada vez más precisas y mejor terminadas, necesitando sólo guía verbal para realizarlas.

2.1 Características de la historia musical de Sebastián

La historia musical de Sebastián es recopilada a partir de una entrevista realizada a la madre del joven, la cual está incluida en el modelo de ficha musicoterapéutica (anexo N° 1), como también de los diferentes informes trimestrales y anuales del centro de rehabilitación.

En la parte de “observaciones generales” de la anamnesis de Sebastián se informa lo siguiente: “Llama la atención el gran temor que le tiene a algunos sonidos. Ejemplo: helicópteros, puertas de corredera del living de su casa...desde que tiene un año de edad”. El ambiente musical durante el pre y post parto fue intenso, siempre hubo música alrededor, a todo momento. La madre no recuerda haberle cantado canciones de cuna, aunque sí canciones de diferentes discos de su agrado.

Durante su infancia Sebastián prefería las canciones infantiles de María Elena Walsh, “cantando aprendo a hablar” de Aída Polhammer (profesional del centro de rehabilitación manantial) y de la música clásica, en especial las de más contenido melódico, su madre dice que “lo tranquilizaban”. Cuando le gusta cierta música lo manifiesta tratando de imitar los sonidos, saltando en un pie, su madre dice que tiene buen ritmo. La música en general le agrada, lo único que no le gusta es el silencio, lo inquieta, “pide música ante el silencio” dice su madre.

Desde muy niño llamaban su atención los instrumentos de juguete, como el teclado de colores y las flautas. El ambiente musical de su hogar es muy variado, escuchan desde música new age hasta música brasileña. “Sebastián se levanta sólo y va directo al equipo de música” dice la madre. Puede que rechace (tal vez no) un poco la música “metálica” que escucha uno de sus hermanos mayores. La actividad musical que se practica en la casa son cantos acompañados por la guitarra, ejecutada por su madre y hermano, y la flauta por sus hermanas. Se abuela es concertista en piano y cantante.

En cuanto a sonoridades prefiere el piano, percusión y guitarra. No le agrada el sonido del mar, pero la explicación que da su mamá es porque no siempre lo escucha, dice que después de un rato se acostumbra. El volumen de la música escuchada es moderado-alto.

Al ser consultada la madre por algún hecho traumático que pueda ser asociado a sonoridades relata un accidente automovilístico ocurrido cuando Sebastián tenía ocho años, en donde se le diagnosticó un tcc cerrado quedando cuatro días hospitalizado.

3.- DESCRIPCIÓN DEL PROCESO MUSICOTERAPEUTICO

El proceso musicoterapéutico se desarrolló mediante sesiones individuales las que se realizaron una vez por semana, los días lunes a las 9:45 de la mañana. Era la primera actividad del día de Sebastián ya que los niños ingresaban a la institución a las 8:30 de la mañana. La duración de las sesiones fue variando en cada una debido al estado de ánimo de Sebastián y en gran medida a su capacidad de concentración y atención, que generalmente iba de menos a más. En un rango aproximado la duración de las sesiones era desde media hora a una hora. Se realizaron un total de 12 sesiones.

Para documentar, reflexionar y analizar posteriormente, se realizan protocolos de cada sesión musicoterapéutica propuestos por Benenzon. Estos se dividen en cuatro etapas: de preparación del musicoterapeuta (antes de la sesión), de preparación del setting y del GOI (antes de la sesión), protocolo de la sesión (realizada una vez terminada la sesión) y protocolo de conclusión de la sesión (después de la sesión). Benenzon acota que los protocolos “deben permitir una descripción rápida de los acontecimientos, y además deben circunscribirse a datos muy precisos”.²² (anexo N°2).

Esta intervención musicoterapéutica se divide en tres etapas:

“Exploración instrumental y sonora”; “búsqueda y desarrollo de nuestro pulso interno y vía de comunicación”; “preparación para el fin de un encuentro afectivo-sonoro-musical”. A continuación se explica brevemente cada etapa del proceso musicoterapéutico:

- “Exploración instrumental y sonora” : Esta etapa abarca las tres primera sesiones, las cuales tuvieron como objetivo encontrar el o los instrumentos y/o sonoridades con los que Sebastián se interesara o conectara más. Se exploraron instrumentos de viento, percusión y cuerda, de los cuales claramente se inclinaba hacia el teclado electrónico y a algunos instrumentos de percusión de más volumen como el bongó o bombo chilote.
- “Búsqueda y desarrollo de nuestro pulso interno y vía de comunicación” : Una vez encontrado el elemento sonoro de comunicación y trabajo musicoterapéutico se pasó a una segunda etapa que tuvo seis sesiones de duración. Los objetivos de este momento central se han delineado antes de comenzar con la práctica musicoterapéutica, aunque hay algunos que se han agregado a medida que avanzaban las sesiones (ver objetivos específicos). En esta etapa se vio favorecida la comunicación paciente-terapeuta por medio de improvisaciones libres y juegos sonoros-musicales lo que generalmente derivaba a una satisfacción y mejora de la calidad y cantidad de atención por parte de Sebastián.
- “Preparación para el fin de un encuentro afectivo-sonoro-musical” : Acercándose al fin de la práctica musicoterapéutica se delimitaron las últimas tres sesiones al objetivo de reafirmar y evocar los distintos momentos vividos durante esos meses de música y terapia. Una especie de “*rallentando*” para el cierre de un ciclo.

4.- OBJETIVOS MUSICOTERAPEUTICOS

Existen una serie de objetivos generales y específicos que se determinaron antes de iniciar las sesiones de musicoterapia, basados en la recopilación de datos de Sebastián, tanto del centro de rehabilitación, como son la ficha personal, los informes sobre evaluaciones semestrales, informes de fonoaudiología, etc. y datos recogidos a través de una entrevista personal con la madre del joven.

²² Benenzon, Rolando. La nueva Musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.1998 p.84

Se agregan algunos objetivos específicos que van surgiendo de sesión a sesión según las necesidades de Sebastián y a su aumento en la capacidad de atención y trabajo.

4.1 Objetivos generales

- Crear un espacio musicoterapéutico en el cual el paciente pueda expresarse, y comunicarse a través de los sonidos y la música.
- Fortalecer la autoestima e identidad a través de la ejecución sonoro-musical.
- Adquisición de un mejor control tónico-emocional.
- Lograr el desarrollo de un vínculo terapéutico paciente-musicoterapeuta.
- Desarrollo de las capacidades de observación, atención y concentración.

4.2 Objetivos específicos

- Aumentar nivel de atención y concentración por medio de juegos rítmico-musicales.
- Desarrollo de motricidad fina en ambas manos.
- Desarrollo de la marcha, equilibrio y regularización motora.
- Canalización de pulsiones, tensiones, ansiedad y energía por medio del ritmo.
- Potenciar la coordinación oculo-motriz aprovechando su interés en la ejecución del teclado.
- Integración y desarrollo del esquema corporal.
- Adquirir un nuevo sistema de comunicación a través de la ejecución musical, movimientos y emisión de sonidos.
- Mejorar el control de la respiración y emisión de la voz usando los sonidos producidos por Sebastián y adaptándolos a diferentes canciones creadas para las etapas de cada sesión.
- Fomentar el desarrollo psicomotor en cuanto a lateralidad y tonicidad mediante cantos acompañados por el teclado ejecutado por Sebastián.
- Búsqueda del instrumento musical o sonidos que actúen como objetos intermediarios en la comunicación paciente-musicoterapeuta.

5.- MÉTODOS MUSICOTERAPEUTICOS UTILIZADOS

Los métodos utilizados fueron escogidos antes de comenzar con la terapia de acuerdo a la información recopilada y los objetivos trazados. Éstos fueron principalmente el “pasivo o receptivo” y el “activo o creativo”. Dentro de estos métodos se realizaron una serie de actividades musicales y corporales.

Generalmente las sesiones comenzaban con el primer método mencionado utilizando música grabada seleccionada en base a la ficha musicoterapéutica (música clásica con piano y guitarra, música brasileña con percusión variada); la música seleccionada para el comienzo de las sesiones tenía un tempo lento-moderado, más melódica que rítmica y de carácter tranquilo. Uno de los objetivos de las audiciones era proporcionar a Sebastián un ambiente seguro, ya que la música era parecida a la que escucha en su casa, y así bajar los posibles niveles de ansiedad con los que llegaba a la sala de musicoterapia. Las reacciones de Sebastián ante los estímulos musicales eran, a veces, de atención ante lo escuchado y relajación o le provocaban sonrisas y aplausos.

Se trabaja también con el concepto de objeto intermediario, creado por R. Benenzon, como una forma de comunicación entre paciente-musicoterapeuta que busca entablar una relación terapéutica sin desencadenar reacciones de alarma, que permita una identificación con el paciente y que sea una forma de transmitir a través de él. R. Benenzon define al objeto intermediario como “...elemento que permite el paso de energías de comunicación entre una persona y otra. Entre ellos, se puede pensar en el instrumento còrporo-sonoro-musical y diferenciarlo de otras formas, como el objeto transicional, el objeto enquistado, defensivo, catártico, etc.”.²³

5.1 Musicoterapia pasiva o receptiva

Este método se basa en sobre la audición musical, se puede aplicar en sesiones de relajación psicomusical, estimulación de imágenes o como tratamiento para modificar estados de ánimo. La música escuchada puede ser grabaciones en CD, casete u otros o también ser música hecha por el mismo musicoterapeuta.

5.2 Musicoterapia activa o creativa

Toma como punto de partida la práctica o improvisación musical, ya sea vocal o instrumental, teniendo como fundamento básico el juego, la libertad y la creatividad, encontrando así una expresión primitiva espontánea que tiene como algunos objetivos el conocimiento físico, emocional, intelectual y social de uno mismo, conocimiento del entorno físico, conocimiento de otros (familia, compañeros o grupos), percepción y discriminación en áreas sensorio motrices, expresión, comunicación interpersonal, etc.²⁴

²³ Benenzon, Rolando. Aplicaciones clínicas de la musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina. 2002

²⁴ Bruscia, Kenneth. Modelos de improvisación en Musicoterapia. Editorial Agruparte. Salamanca. España. 1999

6.- ACTIVIDADES MUSICOTERAPEUTICAS UTILIZADAS

Con el método “activo o creativo” se practicaron diversas actividades concentradas principalmente en la ejecución instrumental (a veces también con emisión de sonidos vocales) y movimientos corporales como:

- Improvisaciones libres “no directivas” a modo de exploración de instrumentos y sonoridades. También como forma de encontrar el instrumento o sonoridad de su preferencia para ser utilizado como “objeto intermediario” en la relación paciente-musicoterapeuta.
- Improvisaciones libres para fomentar la creatividad.
- Juegos rítmico-melódicos de pregunta-respuesta utilizando instrumentos de percusión.
- Juegos de “eco” rítmico o sonoro utilizando instrumentos musicales en los que se trabaja coordinación motriz.
- Juego del “espejo”, donde Sebastián imita movimientos con ritmo utilizando ambas manos y pies. Más adelante se agregan al juego las características del sonido, como la altura, la que nos permite trabajar con el concepto de lateralidad, espacio y esquema corporal.
- Audición musical para favorecer la marcha coordinada al ritmo de la música. Al correr de las sesiones se agrega marcar el pulso con instrumentos de percusión.
- Improvisaciones musicales en donde se busca el ritmo interno de Sebastián, su ritmo individual lo que favorece a un reconocimiento, gratificación y autoestima.
- Mediante juegos musicales realizados en el teclado por Sebastián, el terapeuta propone improvisaciones a partir de las canciones creadas como saludo y término de la sesión. Se inventan nuevas letras a partir de lo sucedido en la sesión o el ánimo de Sebastián, esto fomentaba su atención y concentración.
- Práctica de la digitación de ambas manos con el teclado.

7.- SETTING

Las dos primeras sesiones de musicoterapia se realizaron en el primer piso del centro “Manantial”, mientras habilitaban una de las salas del segundo piso. La primera sesión se realizó en conjunto con una de mis compañeras de práctica y su paciente, por lo que compartimos los instrumentos en esa etapa de exploración. Éstos fueron guitarra, xilófono, bongó, bombo, flauta, pandero, pandereta, palo de agua, guiro e instrumentos menores de percusión (caja china, claves, toc-toc, etc.). Las tres primeras sesiones exploratorias se realizaron con instrumentos de las diferentes familias (viento, percusión y cuerda).

Una vez explorados los distintos instrumentos y sonoridades Sebastián da muestras de preferir el teclado electrónico y el bongó, por lo que realizamos las siguientes sesiones con estos dos instrumentos sumándose a veces la guitarra.

A partir de la tercera sesión nos fue facilitada una sala en el segundo piso, ya que Sebastián puede movilizarse y subir escaleras solo. La sala contaba con un armario, tres sillas, dos mesas, en una de las cuales sostenía el teclado electrónico, y un refrigerador en donde las tías del centro dejaban la colación de los niños. Era un sala ideal para trabajar con Sebastián ya que habían pocos distractores y a la hora del comienzo de las sesiones (9:45 a.m.) no había mucho movimiento por los pasillos por lo que tampoco se escuchaban las voces de los niños, lo que facilitaba la terapia con Sebastián ya que por su falta de concentración y capacidad de atención al comienzo de la terapia (sobre todo en las realizadas en el primer piso de la institución) era preciso trabajar en un ambiente adecuado para él.

Además de los distintos instrumentos musicales estuvo presente un equipo de audio para reproducir música grabada en CD. También se utilizó una cámara filmadora para dejar registradas algunas de las sesiones realizadas.

8.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS SESIONES N° 4 y N° 6

El motivo de la elección de estas dos sesiones musicoterapéuticas es por la manera notoriamente contrastante de su desarrollo, debido principalmente a la elección de los instrumentos musicales a trabajar, los objetivos y la motivación por parte de Sebastián. Las diferencias se ven en las reacciones del joven y en la considerable variabilidad de duración de cada sesión.

Análisis de sesión N° 4

Fecha: 13 de octubre de 2003

Duración: 45 minutos

Setting: Teclado electrónico, bongó, cámara grabadora, dos sillas.

Objetivos:

- Búsqueda de tempo rítmico interno de Sebastián
- Búsqueda del “objeto intermediario” como medio de comunicación paciente-musicoterapeuta.
- Canalización de tensiones, pulsiones y ansiedad.
- Potenciar la coordinación oculo-motriz por medio de la ejecución de l teclado

Primera sesión en que se trabaja principalmente con el teclado electrónico, aunque también hay en el setting un instrumento de percusión: el bongó, a un lado del teclado. El primer acercamiento hacia el teclado fue apretando los botones con su dedo índice de la mano derecha y escuchar los sonidos que provocaba, estaba fascinado en esa tarea. Ponía atención a cada sonido nuevo y los escuchaba a distintos volúmenes (también manejado por él). Usaba las dos manos, pero principalmente la derecha. Aplaudía cuando algún sonido le agradaba más o demostrando cuando estaba contento.

Este primer encuentro con el teclado tiene un objetivo exploratorio, Sebastián busca los sonidos en los botones, los combina con distintos grados de volumen y velocidad, pone atención a la tarea realizada.

Se comunica gestualmente y con sonidos vocales mucho más que en sesiones anteriores, indicando lo que quiere hacer o tocar.

Al comienzo de la sesión está tan absorto escuchando el resultado sonoro de la pulsación de cada botón que no toca mayormente las teclas en sí, yo tocaba las teclas y él de repente se interesaba y lo hacía también. Este trabajo con los botones permitía un buen ejercicio oculo-motriz ya que los botones son pequeños y juntos entre sí, Sebastián debía fijarse bien para apretar sólo uno, también provocaba menos temblor distal.

Mediante indicaciones él sabía perfectamente donde estaba cada función del teclado.

Tocaba en el teclado mismo cuando yo preguntaba “¿cómo suena el piano abajo?” o “¿toquemos el piano?”.

Una melodía grabada en el teclado le gustaba particularmente, la reproducía varias veces y la acompañaba tocando un poco las teclas con el dedo índice de su mano derecha. Esta melodía era de un tempo rápido, alegre, rítmica (mucho percusión), parecida a la música brasileña que escucha en su casa.

Sus gestos de agrado ante alguna música o sonido eran una gran sonrisa, aplausos y movimientos giratorios o de lado a lado de la cabeza.

Más o menos transcurridos quince minutos de exploración sonora por medio de los botones le pregunto a Sebastián “¿toquemos una canción?”. Sebastián pone el codo sobre el teclado y lo mueve para producir el sonido, luego toca con el dedo índice de la mano derecha, lo desliza y descubre un *glissando* (deslizamiento rápido con un dedo sobre las teclas blancas o negras del piano) que lo sorprende y le gusta, se pone muy contento con su descubrimiento, hace gestos de agrado y satisfacción. Imito los sonidos encontrados por él y gira la cabeza (con boca abierta y una gran sonrisa) demostrando placer al escuchar los sonidos.

Luego produce también los mismos sonidos en *glissando*, primero con codo derecho, luego agrega también el izquierdo, utiliza todo el largo del teclado. Prende de nuevo el botón de su melodía favorita, pero lo apaga al instante y sigue más concentrado en los *glissandos*. En un momento comienza a tocar con todos los dedos de la mano derecha juntos (como dando palmadas en el teclado), lo imito. Comienzo a tocar una melodía improvisada en tempo moderado –rápido que parece ser el tempo interno de Sebastián, escucha un momento, hace los mismos gestos corporales de agrado y comienza a tocar conmigo realizando su descubrimiento.

De casualidad se aprieta un botón con un sonido parecido al *glissando* descubierto por Sebastián, lo que refuerza su agrado y satisfacción. Seguimos tocando junto al sonido del botón. Toma mi mano y la conduce para tocar sobre el teclado, este es el primer momento de la práctica musicoterapéutica en que hay una mayor conexión paciente-terapeuta, en donde a través del instrumento musical y sus sonidos se produce comunicación, expresión, agrado y satisfacción.

La improvisación tocando ambos en el teclado con los sonidos encontrados dura aproximadamente diez minutos.

Se integra a veces el bongó a las improvisaciones, pero a Sebastián no le llama la atención ni desea tocarlo. Por momentos también se detiene a tocar algunas notas usando el dedo índice de la mano derecha.

Transcurrida media hora de sesión Sebastián, en medio de la improvisación, comienza a emitir sonidos vocales los cuales imito, esto dura alrededor de un minuto y medio en que hubo una especie de pregunta-respuesta a través de esas emisiones. Lo siento como una forma de descarga, liberación por parte de Sebastián.

En todas las sesiones era Sebastián el que decidía cuando terminar. Siempre lo hacía indicando hacia abajo (donde está su sala grupal) y con sonidos, le preguntaba “¿quieres bajar?”, me respondía son un sonido y movimiento de cabeza. En esta sesión ocurrió a los cuarenta y cinco minutos...indica hacia abajo, se para de la silla, me toma la mano y nos dirigimos hacia la puerta...

La concentración y atención de Sebastián fue muy constante en esta sesión en particular, fue él el que dirigió la sesión mediante su búsqueda de músicas y sonidos, las improvisaciones surgieron de sus descubrimientos, las que lograron claramente un sentimiento de agrado y satisfacción.

En esta sesión se descubre nuestro “objeto intermediario” de vínculo y comunicación paciente-musicoterapéutica, lo que da la pauta para nuevos abordajes y encuentros en las siguientes sesiones.

Respuestas de Sebastián:

- Conexión con instrumento musical por medio de la exploración y ejecución.
- Mayor capacidad de trabajo, atención y concentración.
- Mayor exactitud en los movimientos que requieren de coordinación oculo-motriz.
- Comunicación y expresión a través de movimientos corporales, emisiones vocales e improvisación musical.
- Comunicación entre paciente-musicoterapeuta.

Análisis de sesión N° 6

Fecha: 27 de octubre de 2003

Duración: Veinte minutos

Setting: Guitarra, bongó, bombo chilote, uñas, dos sillas, cámara grabadora.

Objetivos:

- Buscar la expresión y comunicación por medio de los instrumentos de cuerda y percusión.
- Comunicación a través del canto y/o emisiones vocales.
- Definir los instrumentos y sonoridades a utilizar en las próximas sesiones.

En esta sesión se utilizan la guitarra como instrumento principal y el canto como medio de comunicación.

Comienzo tocando la guitarra y cantando canción de bienvenida, Sebastián mira hacia la ventana, escucha un poco distraído, pero al preguntarle cómo está (por medio de la canción) responde indicando algunos de los instrumentos musicales que están repartidos por el suelo. Se le invita a tocar algún instrumento y escoge el pandero. Repito la canción de bienvenida (“hola...¿cómo estás”), pero Sebastián continua distraído mirando hacia la ventana con el pandero en sus rodillas. Sólo cuando yo toco el pandero él lo intenta un poco. Se lo estimula, por medio de la misma melodía de la canción de bienvenida, improvisando en la letra, a que explore los sonidos del pandero, pero Sebastián continua con su falta de atención.

Estamos un poco distantes en cuanto a ubicación (disposición de las sillas al sentarnos), lo que impide un mayor contacto visual y sonoro. Sebastián se anima a rasguear la guitarra un momento, pero siempre lo siento poco concentrado, corporalmente no se entrega por completo a la tarea que realiza. A cada acción de él se improvisa letra de la canción siempre con la misma melodía introduciendo algunas variaciones. Notoriamente ninguno de los instrumentos presentes motivan la exploración y ejecución por parte de Sebastián, a pesar de invitarlo a descubrirlos. Le cuesta rasguear la guitarra y a los instrumentos de percusión los prefiere escuchar que tocar. En un momento se acerca a la mesa, en donde, en las sesiones anteriores se ubica el teclado, y la indica con el dedo, mi impresión es que extraña su ausencia.

Pide tocar el bongó, se lo acomoda en las rodillas, pero no lo toca y continua rasgueando la guitarra que tengo yo. Rasguea siempre mirando hacia otro lado, no hay ni un tipo de comunicación sonora ni corporal, sólo responde cuando le pregunto algo directamente. Le ofrezco la guitarra, toca un poco y la deja.

Cambio mi posición de la silla, me ubico frente a él con el objetivo de buscar su atención y propiciar una comunicación córpore-sonora. Comienza a tocar con una baqueta, pero claramente los instrumentos que no emiten notas musicales no llaman su atención. En esta ocasión sólo habían instrumentos de percusión y la guitarra, con el propósito de descubrir nuevos sonidos para su expresión, pero definitivamente estos instrumentos no melódicos no motivan ni estimulan a Sebastián (a menos que se realizan actividades con percusiones grabadas en alguna canción).

A pesar de que toco la guitarra en distintos tempos musicales y se la paso a Sebastián para que toque, este señala y pide bajar a la sala común.

Como en todas las sesiones es él el que decide cuando terminar, en esta ocasión eso ocurrió mucho antes que en las sesiones pasadas y futuras. Definitivamente el motivo fue la falta de interés, atención y concentración por la ausencia del teclado electrónico. No encontró en los instrumentos musicales usados en esta sesión las sonoridades y ritmos con que se ha trabajado en sesiones pasadas. No encontró la “respuesta” deseada en aquellos instrumentos.

A pesar de la falta de concentración y, por lo tanto, la corta duración de la sesión fue importante el confirmar las preferencia de Sebastián. Saber cuales son sus gestos y movimientos de agrado, alegría y satisfacción, conocerlo a través de ellos y poder reaccionar adecuadamente. En definitiva saber en que instrumentos o sonoridades se van a enfocar las próximas actividades musicoterapéuticas.

Respuestas de Sebastián:

- Falta de atención y concentración
- Extrañeza ante la ausencia del teclado electrónico
- No logra hacer conexión con los instrumentos de percusión
- Poca comunicación sonora con la musicoterapeuta, aunque sí hay comunicación verbal directa.

IV.- CONCLUSIÓN

Muchas son las experiencias vividas en esta etapa. Fue un proceso de descubrimiento desde lo teórico a lo práctico que me llenó de preguntas y ciertos temores...después de realizar el trabajo previo a las sesiones (fichas musicoterapéuticas, objetivos, utilización de métodos, etc.) el enfrentarme directamente a Sebastián fue la culminación de un aprendizaje teórico y vivencial (individual y grupal) que ahora debía poner en práctica.

Gracias a Sebastián pude aplicar distintas metodologías y actividades musicoterapéuticas estudiadas, conocer acerca de mis reacciones ante sus respuestas y necesidades y capacidad de improvisación. Sólo tuvimos 12 sesiones, pero a pesar del poco tiempo creo haber cooperado con el trabajo interdisciplinario propuesto para Sebastián en el centro de rehabilitación.

Siento que uno de los objetivos logrados de este trabajo musicoterapéutico es el aumento en la capacidad de concentración, atención y trabajo de Sebastián. A través de las sesiones, trabajando con elementos y actividades de su agrado, sus tiempos de concentración fueron creciendo, las sesiones cada vez duraban un poco más, mostraba menos fatiga y un claro interés por seguir descubriendo sonidos y escuchando sus propias producciones. Acerca de este último punto también hay un logro que quisiera resaltar: el placer y satisfacción que provocaba en Sebastián sus descubrimientos sonoros y algunas de sus ejecuciones, demostrándolo con movimientos corporales, gran sonrisa y emisión de sonidos vocales. Precisamente era en esos momentos cuando nuestra comunicación se potenciaba, Sebastián me invitaba, tomándome la mano, a que lo acompañara y disfrutara como él de aquella experiencia sonoro-musical.

Reafirmo con esta experiencia la importancia de realizar una investigación previa a la terapia en sí, no sólo en cuanto al diagnóstico y ficha musicoterapéutica, sino que también en esas primeras sesiones que nos permiten conocer o acercarnos al ISO del paciente, de sus tiempos musicales internos, preferencia de sonoridades y ritmo de trabajo. También lo esencial de la comunicación paciente-musicoterapeuta para no sólo lograr los objetivos trazados, sino que proporcionar un ambiente grato y confiable al paciente; manejar las transferencias y contratransferencias, analizar siempre al comienzo y fin de cada sesión lo ocurrido con el musicoterapeuta, sus sensaciones, su estado de ánimo, sus proyecciones, de ahí la importancia de los protocolos de cada sesión para tener un registro que nos permite conocer nuestro propio proceso a lo largo de las terapias. Otro punto es la importancia de encontrar el objeto intermediario el cual será una de las principales herramientas del trabajo terapéutico.

En este caso de retraso psicomotor (Sebastián sólo emitía sonidos vocales) la musicoterapia es una muy buena posibilidad para conseguir restituir, rehabilitar o mejora la calidad de vida, ya que intervienen otras formas de comunicación, no necesariamente lo verbal, lo que facilita las diferentes actividades y objetivos, ya sea en el área psicomotora como en la afectiva, creando nuevas fuentes de expresión a través del lenguaje musical.

Finalmente creo y espero que los logros obtenidos por Sebastián hayan sido fuente de una mayor autoestima y conocimiento de sí mismo. Así como también esperar que en este espacio musicoterapéutico hubiese encontrado (y creo que así fue) el camino u otras formas de comunicar, expresar sus emociones, liberar o canalizar tensiones, proveerlo de algunos de los elementos necesarios para su autoconocimiento y reafirmación del yo.

Personalmente más allá de mi sentimiento de satisfacción con la práctica realizada, termino con una sensación de tranquilidad al saber o confirmar que el camino escogido, el de la musicoterapia, tiene tantas posibilidades de ayuda hacia una mejor calidad de vida, independientemente de las necesidades de cada persona, que con nuevas investigaciones y metodologías abre nuevas luces hacia el anhelado bienestar.

V.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- BENENZON, ROLANDO. Aplicaciones clínicas de la Musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina. 2000
- 2.- BENENZON, ROLANDO. La nueva Musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina. 1998
- 3.- BRUSCIA, KENNETH. Definiendo Musicoterapia. Editorial Amaru. Salamanca. España. 1997
- 4.- BRUSCIA, KENNETH. Modelos de improvisación en Musicoterapia. Editorial Agruparte. Salamanca. España. 1999
- 5.- E. THAYER, GASTÓN (cols.). Tratado de Musicoterapia. Editorial Paidós. Barcelona. España. 1982
- 6.- LACÁRCEL MORENO, JOSEFA. Musicoterapia en Educación Especial. Servicio de publicaciones Universidad de Murcia. España. 1995
- 7.- LAPIERRE, ANDRÉ. AUCOUTURIER, BERNARD. El cuerpo y el inconsciente en Educación y Terapia. Editorial científico médica. Barcelona. España. 1980
- 8.- SHAPIRA, DIEGO. Musicoterapia, facetas de lo inefable. Editorial Enelivros. Río de Janeiro. Brasil. 2002
- 9.- Revista Nacer, Nº 1-3-4 y 5. Editorial Lord Cochrane S. A. Santiago. Chile. 1979
- 10.- <http://auxilio.com.mx/manuales/anato4.htm>
- 11.- www.definicion.org/desarrollo-psicomotor
- 12.- www.elbebe.com/
- 13.- www.escuela.med.puc.cl/publicaciones/manualped/EvalDessPs.html
- 14.- www.espinoso.org/biblioteca/musicoterapia.htm
- 15.- [www.medicosecuador.com/sncfetal/articulos/anomalias del sistema nervioso central. htm](http://www.medicosecuador.com/sncfetal/articulos/anomalias_del_sistema_nervioso_central.htm)
- 16.- www.monografias.com/trabajos10/sine.shtml
- 17.- www.neurorgs.com/?p=/doc/pre/rtema1.asp
- 18.- www.ninds.nih.gov/disorders/sncfetal/articulos
- 19.- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003313.htm
- 20.- www.pasoapaso.com.ve/boletin/boletin_14_3.htm#2
- 21.- www.viatusalud.com/documento.asp?ID=174&G=49
- 22.- www.uuhsc.edu/healthinfo/spanish/neuro/anatomy.htm

VI.- ANEXOS

ANEXO N° 1: FICHA MUSICOTERAPEUTICA

I.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Cantidad de Hermanos:

Número en el orden entre hermanos:

Diagnóstico:

Tratamiento a la fecha:

Embarazo planificado o no:

Lugar donde vivió la madre durante el embarazo:

Ambiente musical pre y post parto:

Estado emocional de la madre durante el embarazo:

II.- PASADO DEL PACIENTE

Canciones De cuna que le cantaban:

Volúmenes en los que era estimulado:

Tipo de contacto corporal pre y post parto:

Música que prefería:

Música que rechazaba:

Instrumentos musicales que llamaban su atención:

Sonidos que le molestaban:

III.- HISTORIA ACTUAL DEL PACIENTE

Ambiente musical hogareño:

Música que prefiere:

Música que rechaza:

Sonoridades que prefiere:

Sonoridades que rechaza:

Instrumentos musicales que llaman su atención:

Ruidos que rechaza:

Volumen promedio al que acostumbra escuchar:

Particularidades ante la ausencia de sonido:

Habilidad especial que demuestra:

Descripción de su carácter:

Rutina diaria del niño:

Con quién permanece la mayor cantidad de tiempo cuando está en casa:

Cosas o situaciones a las que pueda temer:

Otra información:

C) ¿Se utilizaron sonoridades o música grabada?

¿Cuáles?:

Causa:

D) Estrategia pensada:

Protocolo III : Protocolo de la sesión

A) Del musicoterapeuta

Primera sensación frente al ingreso del paciente: (indiferencia, rechazo, fascinación, otros)

Uso de consignas: (verbal, no verbal, corporal, directiva, semidirectiva, no directiva)

Elección del instrumento:

¿Cuál?:

¿Por qué?:

¿Cómo lo utilizó?

B) Paciente:

Actitud (corporal, gestual espacial, movimiento, etc.)

Elección del instrumento: (inmediata, observó, dudosa, decidida, otras)

Formas de tocarlo: (convencional, no convencional)

Producción sonora: (rítmica, melódica, aleatoria)

Asociaciones corpóreo-sonoro- musicales más importantes: (rítmicas, melódicas, canciones, movimientos, otras)

Finalización

Musicoterapeuta: de qué forma con consigna: (verbal, rítmica, melódica, otras)

Paciente: de qué forma respondió (aceptación, rechazo, indiferente, otras)

Duración de la sesión:

Descripción de cómo quedaron los instrumentos en el espacio al finalizar la sesión:

Protocolo IV : Protocolo de conclusión de la sesión

Musicoterapeuta:

¿Cómo me siento?: (satisfecho, frustrado, indiferente, confundido, otros)

Causa:

Sensación contrasferencial más importante:

Paciente:

¿Cómo utilizó el instrumento?

¿Cuál?:

¿Cómo?:

Objeto defensivo:

Intermediario:

Catártico:

Experimentación:

Enquistamiento:

Asociación córporo-sonoro-musical que caracterizó la sesión:

El momento de mayor comunicación:

Consignarlo:

Estrategia pensada para la próxima sesión: