



**UNIVERSIDAD DE CHILE**

**Facultad de Artes**

**Escuela de Post Grado**

## **MUSICOTERAPIA EN EMBARAZO ADOLESCENTE**

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

**Alumna: Cristina Solar González**

**Profesora de Estado en Educación Gral. Básica**

**Universidad de Chile**

**PROFESOR GUÍA: PATRICIA LALLANA URRUTIA**

Santiago, Chile

2006

## DEDICATORIA

A mis hijas María José y Amanda

*Pequeña nubecita sola  
dulce arrullo en tu llanto  
y con tu risa canto.*

*Como un infinito haz de luz  
vienes para quedarte  
entre mis pechos...dormida  
ante la ausencia...enrhistecida.*

*Pequeña niña callada  
es dulcísima tu mirada  
y tus manitas enfumadas.*

Cristina Solar G.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero dar gracias en primera instancia a todas las adolescentes embarazadas que participaron explorando, vivenciando, comunicando y creciendo junto a sus bebés a través de la experiencia corporo-sonoro-musical, y por su gran cuota de amor que mantuvo en pie al grupo; sin su amor no hubiera sido posible.

A Jazmín mi compañera de práctica, por su alegría, comprensión y compañerismo, a Patricia Lallana mi supervisora por su franqueza, objetividad, sugerencias y aportes oportunos en el trabajo teórico y práctico, a Susanne Bauer por su comprensión, y especialmente al Centro de Apoyo Juvenil “El Umbral” por acogernos, brindándonos apoyo personal y profesional; por valorar nuestro trabajo...y nuestras ilusiones.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b>		
<b>I.-</b>	<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>II.-</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	<b>3</b>
1.-	ADOLESCENCIA	3
	1.1.- Etapas de la adolescencia	4
2.-	EMBARAZO	4
	2.1.- Cambios fisiológicos de la embarazada	5
	2.2.- Cambios anatómicos de la embarazada	6
3.-	EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	7
	3.1.- Sexualidad y embarazo	8
	3.2.- Adolescencia, embarazo y familia	9
	3.3.- Actitud frente al embarazo y maternidad	10
	3.4.- Factores predisponentes y determinantes en el embarazo adolescente	10
	3.5.- Afecto y autoestima	11
4.-	OIDO PRE-NATAL Y AUDICION	12
	4.1.- Anatomía del oído	14
5.-	EL MOVIMIENTO CORPORAL	14
	5.1.- Cuerpo	15
	5.2.- Movimiento	15
6.-	MUSICOTERAPIA	16
	6.1.- Fundamentos	16
	6.2.- Definición de Musicoterapia	17
	6.3.- Musicoterapia y embarazo	20

<b>III.-</b>	<b>PROCESO MUSICOTERAPEUTICO</b>	24
1.-	DESCRIPCION DEL AMBITO INSTITUCIONAL	24
2.-	DESCRIPCION DEL GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	25
	2.1.- Características familiares y socio-culturales de las adolescentes del grupo	25
	2.2.- Características de la historia sexual y afectiva de las adolescentes del grupo	25
	2.3.- Características de la historia musical de las adolescentes del grupo	26
3.-	METODOS EMPLEADOS EN EL PROCESO MUSICOTERAPEUTICO	27
	3.1.- Método pasivo o receptivo	27
	3.2.- Método activo o creativo	28
4.-	OBJETIVOS DEL PROCESO MUSICOTERAPEUTICO	29
	4.1.- Objetivos generales	29
	4.2.- Objetivos específicos	29
5.-	DESARROLLO GENERAL DE LAS SESIONES	30
	5.1.- Primera etapa: Corporalidad	32
	5.2.- Segunda etapa: Exploración sonoro-musical	34
	5.3.- Tercera etapa: Expresión verbal-comunicativa	37
6.-	ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS SESIONES N° 4 Y N° 7	39
<b>IV</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	46
<b>V</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	48
<b>VI</b>	<b>ANEXOS</b>	50

## RESUMEN

A través de la presente monografía se da a conocer la intervención musicoterapéutica a un grupo de adolescentes embarazadas del Centro de Apoyo Juvenil “El Umbral”, ubicado en el sector Rinconada, Comuna de Maipú, en la ciudad de Santiago y que se desarrolla en el período de práctica profesional del Postítulo en Terapias de Arte, mención Musicoterapia de la Universidad de Chile.

El proceso musicoterapéutico se lleva a cabo entre los meses de agosto y diciembre del año 2003, y con un total de 14 sesiones de 120 minutos cada una, aproximadamente.

Componen inicialmente el grupo 9 adolescentes embarazadas con edades entre los 13 y 19 años y cuyo embarazo fluctúa entre las 8 y 32 semanas de gestación al momento de iniciarse el programa. Las adolescentes fueron derivadas a Musicoterapia por la propia Institución y sin previa selección, ya que estas adolescentes asisten regularmente a los talleres de orientación y cuidados del bebé entre otros. Este trabajo se centra en el explorar, descubrir, construir y comunicar a través de la expresión corporo-sonoro-musical.

En atención a las necesidades propias de cada adolescente embarazada como a las características físicas y psicoemocionales se elaboró un plan de trabajo flexible, permitiendo cambiar algunas actividades cuando fuese necesario, sin embargo la estructura de la sesión siempre tuvo el mismo orden. La sesión se compone de tres partes:

- a) corporalidad, autoconocimiento, autoimagen, expresión de pensamientos, afectos y fantasías, relación cuerpo-espacio-energía, vínculo madre-hijo.
- b) Explorando sonidos, escucha, exploración de instrumentos, canción
- c) Verbalización: comunicación con el grupo en la expresión oral y escrita.

El Marco Teórico de la presente monografía, consta de: proceso evolutivo del adolescente, embarazo (cambios anatómicos y fisiológicos de la mujer), comportamiento psicoafectivo de la adolescente embarazada, el oído prenatal, cuerpo-movimiento y musicoterapia. En el tercer capítulo se expone el proceso musicoterapéutico realizado que incluye: descripción, métodos utilizados, objetivos propuestos, desarrollo general de las sesiones y análisis descriptivo de las sesiones N° 4 y N° 7. Finalmente presento las conclusiones, a través de las cuales expreso los logros y aprendizajes obtenidos, tanto en el plano personal como profesional.

## I.- INTRODUCCION

No hace muchos años participé en un seminario de Terapia Corporal. Hasta entonces todo lo que sabía acerca de la corporeidad del ser humano y sus capacidades expresivas se relacionaban con la práctica de la danza. Por primera vez pude experimentar la corporalidad como ámbito de autoconocimiento y como expresión de la totalidad del ser. Una experiencia única, diferente que...abrió mis sentidos.

El cuerpo humano en movimiento constituye una verdadera síntesis de emociones y pensamientos, a través de él fluye el alma, la forma y el color de los sonidos que la habitan.

Gracias a la formación temprana del aparato auditivo e inicio de la audición (entre el 4º y 5º mes de gestación aproximadamente) ha sido posible observar variedad de respuestas motoras del feto ante el estimulante mundo sonoro que lo rodea.

El bebé intra útero es el protagonista de una verdadera danza natural, única y mágica, capaz de expresar en la integralidad y particularidad de su propio cuerpo. Este cuerpo explora, percibe e interviene su propio espacio (saco amniótico) en forma permanente. A medida que el bebé crece varía la dinámica motora, producto del aumento de peso corporal y disminución del espacio interauterino. El bebé se desplaza hacia el fondo del útero, modificando constantemente la postura. Estos cambios influyen significativamente en la percepción sonora intra y extra uterina. Desde ahora el bebé oirá con mayor nitidez todos los sonidos, los de su propio cuerpo, los del interior de la madre y los del exterior a través del líquido amniótico. De los sonidos internos es sin duda la voz de la madre el sonido más significativo, a través de éste se inicia tempranamente el vínculo madre-hijo y que sumado a los demás estímulos sonoros irán conformando la identidad sonora del bebé.

La Musicoterapia es considerada una disciplina funcional, sistemática y científica que utiliza la música como medio para lograr uno de sus propósitos principales: mejorar la calidad de vida de los seres humanos.

Desde hace muchos años mi gran centro de interés ha sido el trabajo con grupos de personas, principalmente adolescentes y adultos. Los adolescentes representan a un grupo etario muy heterogéneo entre sí, son vulnerables, enigmáticos y de gran fragilidad producto de los constantes cambios biopsicosociales por los cuales atraviesan.

Estar en un grupo, pertenecer a un grupo...beneficia, ya que en el grupo se crea un ambiente especial, asociado generalmente a lo circular, concéntrico y a la unidad. Para mí el grupo representa vida, comunicación, fuerza, contención y sabiduría.

La presente monografía da cuenta de la experiencia de práctica profesional realizada con un grupo de adolescentes embarazadas del Centro de Apoyo Juvenil "El Umbral". En esta práctica mi trabajo fue supervisado por Patricia Lallana, musicoterapeuta y docente de la Universidad de Chile.

Difícil fue en un comienzo programar las sesiones de trabajo, debido a las características del grupo de adolescentes embarazadas. Asistencia irregular producto de enfermedades, cansancio, controles obstétricos y fechas de parto entre otros. Debido a ésto se replantea el trabajo, buscando nuevas estrategias para el logro de los objetivos propuestos. Gracias al apoyo y sugerencias oportunas de nuestra supervisora se encontró un método apropiado que beneficiara a cada una de las adolescentes y su grupo, abriendo y cerrando un ciclo en cada sesión.



## II.- MARCO TEORICO

### 1.- ADOLESCENCIA

Hablar de adolescencia es hablar de cambios. La adolescencia es una etapa de la vida del ser humano, en donde éste pasa de la infancia a la adultez.

El término adolescencia, viene del latín *adulescens* o *adolescens* que significa “hombre joven” y *adolecer* significa crecer. El adolescente crece en forma acelerada producto de los cambios hormonales que lo afectan.

También se asocia la adolescencia a una etapa de crisis, porque es justamente en esta etapa donde los cambios son muy abruptos, intensos y en ciertos casos extremadamente dolorosos.

Según el Diccionario de la Psicología Evolutiva y de la Educación, Harré y Lambs, 1990 adolescencia: “Es un período vital de transición entre la infancia y la edad adulta...La adolescencia es tanto una construcción social como un atributo del individuo. Ciertas culturas y subculturas reconocen un período de transición de una década o más entre infancia y la edad adulta, mientras que en otras consideran que esa transición ocurre en el breve rito de iniciación que puede durar unos pocos días u horas...”<sup>1</sup>

Uno de los conceptos de adolescencia más aceptado en los últimos tiempos ha sido el elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), definiendo adolescencia como “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia económica”<sup>2</sup> y fija sus límites entre los 10 y los 20 años.

---

<sup>1</sup> <http://www.apsique.com/tiki.php?page=desaadolescencia>

<sup>2</sup> Molina, R. Adolescencia y Embarazo 2ª Edición Cap. 14 Public. Téc. Mediterráneo Stgo., Chile 1992

## 1.1 Etapas de la Adolescencia

a.- **Adolescencia Temprana** (10-13 años): Etapa de muchos cambios físicos, psíquicos y emocionales. En esta etapa todo se centra al igual que en la etapa edípica, en la reconstrucción del yo y en el propio cuerpo. La verbalización está disminuida ya que todo su actuar se descarga a través de lo kinestésico.

Biológicamente es un período peripuberal, hay cambios corporales muy notorios y funcionales como la menarca (primera menstruación). Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres, sus amistades son básicamente del mismo sexo. En lo intelectual hay un aumento de sus habilidades cognitivas y fantasías. En lo personal está muy preocupado por los cambios corporales; imagen corporal, le preocupa sobremanera su apariencia física.

b.- **Adolescencia Media** (14-16 años): Es la adolescencia propiamente dicha. En esta etapa el cuerpo se ha modificado lo suficiente, prácticamente ha completado su desarrollo somático, acercándose más al cuerpo adulto. Psicológicamente es un período de máxima relación con sus pares, comparte más con los otros, aparecen sólidos vínculos con sus amigos. Se afianza la estructura del yo, reconoce y acepta al otro en la medida en que hago lo que yo quiero, si es como soy yo. Para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual. Aumenta la capacidad de verbalizar, aunque predomina el lenguaje sensorial; el ver, oír y tocar, todo traducido a sensaciones corporales. Los adolescentes es este período se preocupan de su cuerpo con el fin de verse atractivos y aceptados.

c.- **Adolescencia Tardía** (17 a 19 años): Los cambios físicos en esta etapa son menores, prácticamente en algunos adolescentes no se observan. Aceptan su imagen corporal. Pierde jerarquía el grupo de sus pares preocupándose desde ahora por las relaciones íntimas. Se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Cognitivamente, el pensamiento abstracto queda establecido de manera casi definitiva y no es contradictorio con el narcisismo. Hay un pensamiento científico regionalizado y no idealizado.<sup>3</sup>

## 2.- EMBARAZO

---

<sup>3</sup> [http://med.unme.edu.ar/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unme.edu.ar/revista107/emb_adolescencia.html)

El embarazo es un proceso biológico natural que se inicia en la fecundación del óvulo y finaliza en el parto. En la actualidad existen dos posturas acerca del momento en que se inicia el embarazo en la mujer:

- a.- El embarazo se inicia en la fertilización del óvulo.
- b.- El embarazo se inicia al momento en que el óvulo se implanta en el endometrio.

Los embriólogos Ronan O’Rahilly y Fabiola Muller sostienen que: “La vida es un proceso continuo, a pesar de los varios hitos del período embrionario, el desarrollo es un continuo y no un proceso saltatorio”, los mismos científicos definen fertilización como sigue: “La fertilización es una secuencia de eventos que comienzan cuando el espermatozoide hace contacto con un ovocito secundario o sus envolturas, y que termina con la entremezcla de los cromosomas maternos y paternos en la metafase de la primera división mitótica del cigoto. El cigoto es característico de la última fase de fertilización (...) es un embrión unicelular”.<sup>4</sup>

En síntesis, embarazo en los seres humanos es fertilización. El embarazo normal se inicia con la fertilización que tiene lugar en el interior de la trompa de Falopio del cuerpo de la madre. Posteriormente el embrión se desplaza a lo largo de la trompa para implantarse en el útero.

La vida prenatal, antes del nacimiento del nuevo ser, puede dividirse en tres etapas:

- Etapa Germinal (desde la fertilización hasta las dos semanas): El cigoto entra en un período de división celular rápida, resultando un organismo creciente que posee rudimentarios órganos corporales y órganos que lo protegen y le nutren.
- Etapa Embrionaria (de dos a ocho semanas): El embrión crece rápidamente y se desarrollan los sistemas más importantes del cuerpo. Es el momento más vulnerable para esta nueva vida debido a los teratógenos (sustancias que ocasionan defectos congénitos).
- Etapa Fetal (desde las ocho semanas hasta el nacimiento): Empieza en la aparición de la primeras células óseas y está caracterizada por el crecimiento y forma; aspecto corporal.<sup>5</sup>

## 2.1 Cambios Fisiológicos de la Embarazada

a.- **Modificaciones Cardiovasculares:** El agua total del cuerpo aumenta y el volumen de sangre se incrementa hasta en un 25-40 %, como reserva para la pérdida de líquidos y de sangre que ocu-

---

<sup>4</sup> <http://www.tercerfecto.com/conceptos.php>

<sup>5</sup> [http://rincondelvago.com/psicologia-evolutiva\\_9.html](http://rincondelvago.com/psicologia-evolutiva_9.html)

ren durante el nacimiento del bebé. Se produce un aumento del gasto cardíaco (G. C.). Entre el 40 y 50 % de las mujeres embarazadas sufren con la aparición de várices, las cuales tienden a desaparecer después del parto.

**b.- Modificaciones del Sistema Respiratorio:** A medida que el bebé crece y el útero aumenta de tamaño. Cambia la configuración del tórax y del abdomen, produciéndose un desplazamiento cefálico del diafragma. Esto ocasiona dificultad para respirar especialmente en los últimos meses del embarazo. La respiración durante el embarazo es principalmente costal. Producto de la dilatación capilar en todo el tracto respiratorio, lo cual lleva el engrosamiento de la mucosa nasofaríngea, de la laringe, tráquea y bronquios, se produce en muchos casos modificación de la voz, como también dificultad para respirar por la nariz.

**c.- Modificaciones Metabólicas:** La mayor parte del incremento de peso durante el embarazo es debida al útero y su contenido, al aumento de tamaño de las mamas, y al aumento del volumen hemático y fluido extracelular. La ganancia ponderal materna promedio ha sido calculada en 12,5 kg.

**d.- Modificaciones del Aparato Digestivo:** Durante el embarazo, el tubo digestivo experimenta cambios anatómicos y fisiológicos que se traducen en modificaciones de la motilidad gastrointestinal, que se relacionan con variaciones hormonales y con cambios mecánicos que alteran la función digestiva. Los principales cambios son; tendencia al reflujo gastroesofágico, tendencia a la constipación, vaciamiento gástrico retardado e hipotonía de la vesícula biliar.

**e.- Modificaciones de la Función Renal:** Los riñones producen más orina debido a que la tasa de filtración glomerular (F. G.) aumenta durante el embarazo más del 50 %. Entre las 16 semanas de gestación el aumento promedio de filtración glomerular es de 60 % (Davison & Hytten, 1974). Durante el día las embarazadas tienden a acumular agua en forma de edema, y por la noche, con el decúbito movilizan esos fluidos causando una mayor necesidad de orinar.<sup>6</sup>

No menos importantes son las modificaciones del sistema endocrino como las modificaciones hematológicas durante el embarazo, las que están estrechamente relacionadas con los cambios anatómicos de la mujer.

## **2.2 Cambios Anatómicos de la Embarazada**

---

<sup>6</sup> Pérez S., Alfredo Obstetricia Public. Técnicas Mediterráneo Stgo. Chile 1999 Cap. 10 p. 174-189

a.- **Modificaciones en el Cuerpo Uterino:** El útero no grávido es una estructura casi sólida que pesa alrededor de 70 gr., con una pequeña cavidad central. Durante el embarazo, el útero tiene la capacidad de aumentar rápidamente su tamaño transformándose en un órgano muscular de paredes relativamente finas capaz de albergar el feto, a la placenta y al líquido amniótico. El agrandamiento uterino se produce predominantemente por hipertrofia de las fibras musculares existentes, y en ella participan influencia hormonal y adaptación al crecimiento del huevo que se aloja. Participan además junto a las modificaciones del cuerpo uterino cambios en la vagina, ovarios, trompas de Falopio y de las mamas.

b.- **Modificaciones del Esqueleto:** Muchos son los cambios posturales durante el embarazo producto de la modificación de columna y pelvis principalmente. Uno de los cambios más importantes es la lordosis lumbar. Este es un mecanismo compensatorio para mantener el centro de gravedad de la embarazada sobre las extremidades inferiores. Como consecuencia de estas modificaciones óseas, los músculos y tendones se alteran, se produce una hiperextensión de los músculos paravertebrales y dorsales, produciendo una desviación del tronco hacia atrás y una abducción de los pies. La separación de la sínfisis del pubis, que es de 3 a 4 mm. en la mujer no embarazada, aumenta de 8 a 9 mm. entre las 28-32 semanas de gestación, debido a cambios en el fibrocartilago interpúbico (Abramson y Cols, 1934).

### **3.- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

El ser humano atraviesa por diferentes crisis de cambio durante su vida: nacimiento, adolescencia, reproducción, envejecimiento y muerte.

“La adolescencia es una edad ambigua, un período paradójico. Paradoja la de poder alumbrar y tener que educar tempranamente un niño, cuando no se tiene aún el reconocimiento de la capacidad para ejercer una función social. Paradoja de tener que ser un adulto, siendo todavía un niño...la de ser adolescente simplemente; pero en una situación básicamente más difícil que la mayoría de los adolescentes. Paradoja en fin de ser madre antes de ser mujer...”<sup>7</sup>

Una de las mayores preocupaciones para la sociedad hoy en día, es el incremento del embarazo precoz, como consecuencia de una actividad sexual precoz no protegida. El embarazo adoles-

---

<sup>7</sup> Del Castillo, Marta y ot. Maternidad Adolescente en Medios Subprivilegiados Edit. Humanitas 1988 p. 37

cente suele ser un evento inesperado, en la mayoría de los casos “no deseado” y generador de crisis psicológicas y sociales, que pueden producir depresiones, intentos suicidas, pérdida de autonomía y soledad entre otros.

“El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”.<sup>8</sup>

### **3.1.- Sexualidad y Embarazo**

La fecundidad adolescente es el reflejo de la iniciación de la actividad sexual en los adolescentes.

La UNESCO definió la sexualidad en 1972 como: “La expresión del ser humano como ser sexuado, en la que se consignan factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, éticos y espirituales”.<sup>9</sup>

En Chile la edad promedio de iniciación sexual entre los adolescentes va entre los 15 y 17 años, aunque estudios recientes hablan de los 13 y 14 años en los varones. Muchas son las causas de este fenómeno siendo la comunicación una de las principales; falta de comunicación con los padres, problemas con los padres, ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad, etc.

“La sexualidad se expresa de diferentes formas desde que el niño nace. En la pubertad el impulso adquiere gran importancia y se orienta específicamente a la búsqueda de satisfacción, en el encuentro con el otro sexo. La formación sexual es básica en esta etapa, de modo que la sexualidad se integre en forma armónica al resto de la personalidad. Esto significa que el joven desarrolle frente a las personas y su sexo, una actitud clara, ética y sin normas confusas o contradictorias”.<sup>10</sup>

Se sabe con certeza que la ignorancia en cuanto a sexualidad y reproducción tanto de padres como de sus hijos adolescentes es una de las causas del inicio precoz de las relaciones sexuales y del embarazo no deseado. Abuso sexual, pobreza y ser hijo(a) de madre adolescente también son factores de riesgo; repitiendo de este modo el modelo de embarazo precoz.

---

<sup>8</sup> <http://escuela.med.puc.cl/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L1Leccion2.html>

<sup>9</sup> Fuentes C. María E. Adolescente Embarazada Edit. Universitaria Stgo. Chile 1994 p. 33

<sup>10</sup> Ibidem p. 34

“La fecundidad total y la del grupo de 15 a 19 años han disminuido en América Latina. Sin embargo, estos descensos no han sido de igual magnitud en todos los grupos etáreos, ni en todos los países. Chile en 1998, presenta una tasa de natalidad de 18,3 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, con un promedio de 2,3 hijos por mujer en edad fértil. La tasa de fecundidad específica es de 67,3 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, siendo la proporción de madres de este grupo etáreo de 15 % (incremento desde 10,5 % en los años 60). Los padres de estos niños son también jóvenes, con 80 a 90 % entre 15 y 24 años. Así en los últimos años, nacen aproximadamente 40.000 hijos de madres de 10 a 19 años, la gran mayoría de los cuales tiene entre 15 y 19 años”.<sup>11</sup>

### **3.2.- Adolescencia, Embarazo y Familia**

La adolescencia es una etapa de cambios significativos, marcada por los cambios biológicos y psicológicos que traen consigo una confusión de identidad. El adolescente se torna vulnerable, impulsivo, se descontrola con facilidad, lo cual altera su conducta, le cuesta relacionarse con las demás personas, especialmente con su familia. El adolescente necesita apoyo y afecto, en ocasiones es capaz de aceptarlo, pero en otros momentos, sin motivo alguno, lo rechaza, producto de su ambivalencia. La familia ejerce un papel muy importante en este período; a través del afecto y comprensión el adolescente encuentra equilibrio y seguridad. Sin embargo, dada su ambivalencia y producto del aumento en la capacidad de razonar, éste critica constantemente el actuar de sus padres, ya no los idealiza como cuando era niño. Si la autoridad de los padres es excesiva el adolescente puede reaccionar en forma sumisa, o por el contrario actuar con rebeldía, si la actitud es permisiva éste la percibe muchas veces como falta de amor, lo cual también genera crisis de rebeldía. La buena comunicación del adolescente con su familia es fundamental, de esta forma el joven se siente querido, contenido y seguro, evitando satisfacer estas necesidades fuera del hogar. Muchas adolescentes que se embarazan buscan la imagen paterna en una pareja, desean afecto y comprensión y el hijo que han concebido les brindará seguridad. Para la adolescente carente de afecto y/o bienestar material, el hijo pasa a ser una figura idealizada, por fin logra “tener” algo que será suyo, tener un hijo para ella sola.

“Los adolescentes maltratados relatan que cuando sus padres los golpean ellos lloran, no tanto por el dolor del golpe, como por la impotencia y la rabia de no poder devolverlo. La madre, la mayoría de las veces, es incapaz de ejercer su papel protector, de defender a su hija o hijo (cuando no es ella la que golpea). Este abuso de autoridad en el trato con el adolescente que está físicamente

---

<sup>11</sup> <http://escuela.med.puc.cl/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15leccion2.html>

desarrollado, y que podría golpear fuerte, produce daño a la larga. El joven suele decidir abandonar el hogar o buscar en forma precipitada la formación de su propia familia, como una manera de escapar a la disfunción familiar, para ellos intolerable”.<sup>12</sup>

### **3.3.- Actitud Frente al Embarazo y Maternidad**

“El embarazo de la adolescente es una crisis que se sobreimpone de la adolescencia y que presenta características diferentes según la etapa de desarrollo de la adolescente en que se presente”.<sup>13</sup>

**a.- Etapa de Adolescencia Temprana** (menores de 14 años): El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de su madre. No hay concepto de desarrollo de una vida individual y no son capaces de dibujar un bebé de aspecto real. No hay lugar para el padre en sus planes. El tema de la maternidad provoca depresión y aislamiento. Puede presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica.

**b.- Etapa de Adolescencia Media** (entre 14 y 16 años): El foco de desarrollo es el establecimiento de la identidad y de la feminidad. Es frecuente el vaivén de los estados de ánimo, la adolescente se siente aislada, no querida, rechazada. Con facilidad pasa de la euforia a la quietud. El embarazo oscila entre ser una amenaza, peligroso, y a la vez lo percibe como algo muy especial, beneficioso, que le brindará oportunidades. El padre ocupa un lugar en este período y es considerado importante como una esperanza en el futuro.

**c.- Etapa de la Adolescencia Tardía** (después de los 16 años): El foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales. En este período la adolescente embarazada se proyecta con su pareja con la esperanza de conformar sino una familia una relación que perdure en el tiempo. Las jóvenes desarrollan gran preocupación por su rol de madre, se preocupan de su embarazo, el vínculo madre-hijo es más estrecho y se tornan más perceptivas.

### **3.4.- Factores Predisponentes y Determinantes en el Embarazo Adolescente**

a.- Factores Predisponentes:

---

<sup>12</sup> Peláez G. Paula El Adolescente en conflicto Salud Integral Edit. A. Bello Stgo. Chile 1996 p. 57

<sup>13</sup> <http://escuela.med.puc.cl/curso/lecciones/leccion15/M3L15leccion2.html>



- Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- Inicio Precoz de las Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres-hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Otros factores predisponentes son: mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola, bajo nivel educativo, migraciones recientes, pensamientos mágicos, fantasías de esterilidad, falta o distorsión de la información, controversia entre su sistema de valores y el de sus padres, aumento de la población adolescente, factores socioculturales, menor temor a enfermedades venéreas.<sup>14</sup>

b.- Factores Determinantes:

- Relaciones sin anticoncepción.
- Abuso sexual.
- Violación.

### **3.5 Afecto y Autoestima**

La familia tiene la gran responsabilidad de desarrollar la capacidad afectiva y entregar las bases para que los hijos logren una buena autoimagen y autoestima. La autoestima se forma a partir de las percepciones que va teniendo el niño de si mismo y de las actitudes que tienen los demás frente a él. A los adolescentes les preocupa sobremanera el juicio que sus padres tengan acerca de ellos, si estos juicios son negativos repercutirá en su afectividad generando problemas de valoración personal. Ser querido es esencial en la construcción de una imagen positiva de si mismo. Nuestra propia valoración es producto de las opiniones y valoraciones que los padres, especialmente, y otras figuras significativas del entorno (familiares, amigos, profesores y compañeros) nos van transmitiendo. Los niños aprenden a estimarse a partir de las conductas y actitudes que indirecta o directamente les muestren sus padres y las demás personas que para ellos son importantes. Los padres con escasa autovaloración, proyectan en sus hijos generalmente sus deseos e insatisfacciones, orientándolos a

---

<sup>14</sup> [http://med.unne.edu.ar/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista107/emb_adolescencia.html)

conseguir metas que ellos no pudieron alcanzar. Estos padres con baja autoestima se muestran desorientados ante sus hijos, ansiosos e incapaces de resolver problemas, en cambio los padres con autoestima alta se muestran ante sus hijos con seguridad, resolviendo problemas, se enfrentan a las dificultades, representan una fuente de aprendizaje para sus hijos, afecto y seguridad. De esta forma los hijos van adquiriendo autonomía, capacidad de actuar por si mismos y confiados en expresar sus acuerdos y desacuerdos. Enseñar a los hijos a dialogar y a manifestar sus discrepancias es fundamental para el fortalecimiento de la autoestima del adolescente.

“La educación hacia la maternidad y paternidad responsable, parte desde la familia. A la educación formal le corresponderá reforzar y apoyar la formación de hábitos y valores junto con la entrega de conocimientos a niños, jóvenes y padres, rompiendo el círculo de desinformación. Además le corresponderá orientar hacia una sexualidad sana, íntimamente ligada a lo afectivo, lo emocional y lo valórico. La sexualidad se promueve así en su verdadera dimensión, plenamente humana y enriquecida con amor y compromiso. Por estas razones la afectividad merece especial atención y debería ser parte del apoyo a estas adolescentes, a sus parejas y familias. La afectividad es una capacidad humana que necesita ser desarrollada para lograr un crecimiento integral”.<sup>15</sup>

#### **4.- OIDO PRE-NATAL Y AUDICION**

Hacia el final del período embrionario (8-10 semanas de gestación) los órganos de los sentidos y los centros cerebrales correspondientes ya están formados. Durante el período fetal que se inicia cuando el embrión está lo suficientemente desarrollado como para denominarse feto, los órganos se desarrollan y afinan su especialización. Cada órgano lo hace en forma diferente, según la naturaleza de su función y según la calidad e intensidad de los estímulos recibidos.

“Una curiosidad de la gestación es que el primer órgano que se desarrolla en la panza materna es el oído: los latidos del corazón y el fluir de la sangre de la mamá son los acordes que forman la primera composición musical que percibe el embrión”.<sup>16</sup>

Tanto Robert Sternberg, David Chamberlain como Howard Gardner han centrado sus estudios en la inteligencia pre-natal; aunque lo que se ha escrito al respecto es muy poco se tiene la certeza

---

<sup>15</sup> Fuentes C. María E. Adolescente Embarazada Edit. Universitaria Stgo. Chile 1994 p. 32

<sup>16</sup> [www.lanacion.com.ar](http://www.lanacion.com.ar) Diario La Nación 16/01/2005 / Gabriel Federico

que los investigadores han trazado callada y concienzudamente una perspectiva espectacularmente nueva del feto, del nacimiento y de las primeras etapas de la vida.

El Dr. Alfred Tomatis, otorrinolaringólogo y creador del “Método Tomatis” ha demostrado que el bebé intraútero percibe los sonidos antes de que el oído funcione. “En efecto, el ser en formación, desde el período embrionario recibe las vibraciones sonoras a través de las células receptoras de su piel, de sus músculos y de sus articulaciones. Por otro lado, cuando su oído empieza a funcionar, filtra los sonidos graves y sólo percibe los agudos. Este sistema de protección contra los ruidos internos del organismo de la madre, que no paran ni de día ni de noche, es indispensable. Sin él, el feto no encontraría nunca reposo”.<sup>17</sup>

El aparato auditivo se termina de desarrollar aproximadamente al tercer mes y medio. A partir de ese momento el bebé comienza a captar, en primer lugar los sonidos intrauterinos (entre las 14 y 15 semanas de gestación). Desde el cuarto mes es probable que el bebé esté apto para captar los sonidos del exterior que empiezan a filtrarse. El feto puede comenzar a oír en cualquier momento entre el cuarto y quinto mes, desde ahora podrá ser estimulado o irritado por los diferentes sonidos.

Los sonidos dentro del útero son diferentes a como los podemos oír nosotros, ya que los atenua el líquido amniótico. Antes de llegar al feto, deben atravesar la pared abdominal y la atmósfera sonora que se encuentra dentro de la bolsa, por otra parte el oído, como todo cuerpo, está recubierto por una fina capa llamada unto cebáceo, que participa en la amortiguación de algunas frecuencias. El organismo de la madre no es silencioso, la noche intrauterina está lejos de ser silenciosa y calma. El entorno auditivo del feto está constituido por un universo sonoro constante, estimulante y muy completo. El bebé percibe los ruidos de origen materno y los del entorno fetal, entre otros ruidos están la actividad cardiovascular, ruidos de las vísceras y del aparato digestivo, el ritmo respiratorio, la circulación sanguínea por el cordón, el corazón del propio bebé, movimientos de los músculos y los del propio feto. La voz de la madre con todas las vibraciones de su aparato fonador, y los ruidos exteriores atenuados por la pared abdominal y por la interfase entre medio aéreo y el medio líquido.<sup>18</sup>

El oído humano recorre desde el momento de la concepción en el seno materno un camino de maduración psico-sensorial que incluye el pasaje de la escucha en el medio acuoso al medio aéreo.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> [http://www.pangea.org/anep/conf\\_influye.htm](http://www.pangea.org/anep/conf_influye.htm)

<sup>18</sup> Federico, F. Gabriel El Embarazo Musical Edit. Kier Bs. Aires, Argentina 2001 p. 39-40

<sup>19</sup> <http://www.tomatis.8K.com/>

#### 4.1.- Anatomía del Oído

El oído está constituido por tres partes anatómicas:

- El Oído Externo: Consiste en la oreja (pabellón auricular), el meato acústico externo (auditivo) y la capa externa de la membrana timpánica (tímpano). Estos forman la antena que orienta y capta las ondas sonoras a modo de resonador.
- El Oído Medio: Está constituido por una cadena de tres huesecillos auditivos (martillo, yunque y estribo) que conectan la capa interna de la membrana timpánica con la ventana oval del oído interno. La trompa de Eustaquio conecta el oído medio con la nasofaringe. Esto permite igualar las diferencias de presión existentes entre el ambiente y el oído medio.
- El Oído Interno: Está formado por el órgano vestibulococlear (cóclea y aparato vestibular) que se encarga de la audición y equilibrio.<sup>20</sup>

#### 5.- EL MOVIMIENTO CORPORAL

El cuerpo humano en movimiento es una forma con amplia capacidad de configuración y de expresión. La variedad de movimientos que produce un cuerpo son infinitos, como infinitos son los gestos, una verdadera cadena cargada de imágenes y emotividad. El alma del ser humano habla a través de su cuerpo, en toda su gestualidad. La vida es un movimiento constante en el cual están presente el cambio, la transformación...la esencia del existir.

Osho Rajneesh nos dice: “Entra en tu cuerpo íntimamente, profundamente, siéntelo más y permítele percibir más cosas.

Causa estupefacción ver cuánta gente es inconsciente, o casi inconsciente, de su organismo que, reprimido y privado, ha dejado de ser una fuente de alegría, y no es más que una carga pesada. Insisto por tanto: entra en tu cuerpo y redescubre el placer de sus movimientos, incluso de los más simples. Medita sobre esto que te enriquecerá más de lo que puedas imaginar”.<sup>21</sup>

El movimiento corporal del ser humano va más allá de la dimensión mecánica, intervienen las emociones y el pensamiento (unidad biopsíquica) y su relación con el espacio exterior (unidad biopsicosocial).

---

<sup>20</sup> Larsen, William J. Embriología Humana Edit. Grafos s.a. Madrid, España 2003

<sup>21</sup> Berge Ivonne Danza la Vida Ediciones Narcea S.A. Madrid, España 2000 p. 93

“La música empieza a atrofiarse cuando se aleja demasiado de la danza, y la poesía empieza a atrofiarse cuando se aleja demasiado de la música” (Ezra Pound 1885-1972).<sup>22</sup>

## 5.1.- Cuerpo

El cuerpo según de Ajuriaguerra “es una entidad física, en el sentido material del término, con su superficie, su peso y su profundidad, cuya actividad evoluciona desde lo automático a lo voluntario...” y más adelante dice “el cuerpo nos es dado, es la sustancia del hombre, sustancia que confirma su existencia”.<sup>23</sup>

De Ajuriaguerra toma varios elementos en cuenta para llegar a esta conclusión, siendo:

- El cuerpo como entidad material: órgano, como entidad fisiológica: función.
- El cuerpo en relación a través de la acción y
- El cuerpo en el vínculo con los demás a través de su capacidad expresiva, como receptáculo y portador de significados.<sup>24</sup>

Es necesario precisar los siguientes términos para comprender el concepto de cuerpo.

- a.- Cuerpo Real: es lo visible, materia, con su anatomía, funcionamiento, sensorialidad y motricidad. Cuerpo del “aquí y el ahora”.
- b.- Esquema Corporal: representación psíquica de ese cuerpo real estructurado a partir de las percepciones y vinculado al espacio. Percepción compleja de la unidad y la ubicación del cuerpo en el espacio, de sus diferentes partes y la relación espacial entre ellas.
- c.- Imagen Corporal: es la dimensión imaginaria, inconsciente de nuestro cuerpo, estructurada por las relaciones, vínculos y la historia afectiva de cada sujeto.<sup>25</sup>

## 5.2.- Movimiento

Según el diccionario Espasa Calpe lo define como “estado de los cuerpos cuando cambian de lugar de una manera continua y sucesiva. Alteración, inquietud, conmoción. Primera manifestación de un afecto, pasión o sentimiento. Animación, vida, circulación continua de gentes. Manifestación vital

---

<sup>22</sup> Federico F.,Gabriel Música Prenatal Edit. Kier Bs. Aires, Argentina 2003 p. 160

<sup>23</sup> De León, Cristina Cuerpo y Representación Edit. Psicolibros Montevideo, Uruguay 2000 p. 70

<sup>24</sup> Ibídem p. 71

<sup>25</sup> Ibídem p. 92

que reconoce causas muy diversas y que consiste en cambios de posición interna de partículas vivientes y aún de moléculas de los seres vivos, o en estiramientos, torsiones, contracciones, curvaturas o desplazamientos totales o parciales del cuerpo o de los órganos de animales y plantas, actos en los cuales se pone de relieve el continuo cambio de energía entre la materia viva y el medio ambiente en que se desenvuelve”.<sup>26</sup>

Rudolf von Laban (1879-1958) aportó a la danza el término calidades de movimiento, el cual nació del fruto de sus agudas observaciones. Observó detalladamente el movimiento de las personas, en diversas culturas, épocas, clases sociales, oficios, etc., y cuales son los aspectos específicos que los diferencian. Observó además como las personas utilizaban los diferentes espacios con sus cuerpos, los espacios en lo cotidiano, en las calles, en el trabajo y en hospitales, etc. Llamó Coréutica al análisis del cuerpo-espacio, y Eukinética al análisis de los factores determinantes de la cualidad del movimiento (relación energía, tiempo y motivación expresiva).<sup>27</sup>

La función del equilibrio es la que hace posible la movilización del cuerpo, su desplazamiento y localización en el espacio, corresponde al aparato vestibular (utrículo, sáculo y canales semicirculares). De la existencia de un buen equilibrio entre los dos oídos dependen el desarrollo del esquema corporal, así como la capacidad para integrar los ritmos, movimientos y ubicarse en el espacio y tiempo.<sup>28</sup>

## **6.- MUSICOTERAPIA**

### **6.1.- Fundamentos**

Por medio de pinturas rupestres encontradas principalmente en las cuevas de Altamira y su-  
reste de Francia, conocemos en la actualidad parte de la vida del hombre pre-histórico. En el período Paleolítico, el hombre era nómada, vivía de la caza y de la recolección de frutos. La caza le lleva a conjurar de modo mágico y religioso a los animales por medio de representaciones danzadas. La “danza de caza” (danza primaria) también llamada “danza de pre-actuación mágica”, constituye uno de los primeros rituales practicados por el hombre primitivo; esta danza se bailaba en grupo, aportando a los danzantes la fuerza y energías necesarias para una buena cacería. La danza primitiva siempre estuvo acompañada de la música. El movimiento danzado del ritual tenía en sí su propio

---

<sup>26</sup> Penchansky, Mónica En Movimiento, Didáctica de la Expresión Corporal Edit. Sudam. Bs. Aires, Argentina 1997 p. 11

<sup>27</sup> Kalmar, Déborah Que es la Expresión Corporal Edit. Lumen Bs. Aires, Argentina 1998 p. 29

<sup>28</sup> <http://tomatis.8K.com/>

ritmo y acento, expresado en golpeteos de pies (también saltos) en el suelo y percusiones con las manos.

Casi todos los pueblos primitivos mantuvieron en el tiempo una estrecha relación entre sus rituales: la música, el canto y la danza. En todos los tiempos el ser humano ha utilizado su cuerpo y su voz para comunicarse, para expresarse en el dolor, la alegría, en el placer y displacer. El canto ha sido utilizado en las diferentes culturas en variedad de rituales y prácticas chamánicas con el fin de contactarse con las divinidades y en la sanación de sus enfermos. El chamán baila y canta sus fórmulas mágicas hasta cuando cree haber conseguido que los espíritus malignos caigan rendidos igual que el hombre. Cuando el chamán cae rendido también cae el espíritu maligno. Los orígenes de la música indígena y chamánica se remontan a los albores de la civilización, en donde las danzas, el canto y el sonido de tambores era un elemento de reunión de la comunidad. “El hombre ha dado a la música los poderes que atribuía a los dioses. De acuerdo con él, el empleo de cantos mágicos es uno de los hechos más antiguos en la historia del hombre y tiene una importancia única en la historia de la civilización”.<sup>29</sup>

Diversos son los usos y funciones que ha tenido la música a lo largo de la historia, La música ha sido utilizada como parte de un ritual, como acompañamiento en ceremonias religiosas, terapia en tratamientos médicos, vehículo en la expresión de emociones, diversión, gusto estético, en la comunicación, contribuyendo a la estabilidad y continuidad de la cultura, etc. “Se puede decir que la terapia musical tiene una larga historia, pero un pasado muy corto. En realidad, los informes más antiguos sobre prácticas médicas, los papiros egipcios, ya proporcionan datos sobre la utilización de la música con fines terapéuticos. Sin embargo el surgimiento de la terapia musical como disciplina organizada tuvo lugar a mediados del siglo XX. (Wigran. Et al. , 1995: IX).”<sup>30</sup>

El desarrollo de la Musicoterapia como disciplina científica, ha ido asociado a distintos factores, sobre todo a la importancia sociocultural que se le concede a la música. Otros factores como asuntos políticos, sucesos históricos, económicos, estructura social, educación y salud, han influido en este desarrollo. Estos factores característicos y exclusivos de cada país determinan sin duda, las orientaciones teóricas y metodológicas de la Musicoterapia en nuestros días.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Alvin, Juliette. Musicoterapia Edit. Paidós. Bs. Aires Argentina

<sup>30</sup> Martín H, José A. Manual de Antropología de la Música. Amarú Edic. Salamanca, España 1997 p. 229

<sup>31</sup> *Ibidem* p. 230

## 6.2.- Definición de Musicoterapia

“Si uno no dejase nunca nada ni a nadie,  
no tendría espacio para lo nuevo.  
Sin duda, evolucionar constituye  
una infidelidad...”<sup>32</sup>

Hanif Kureishi (Intimidad)

Todo ser vivo que habita este planeta tiene que cambiar y transformarse. Se modifica el espacio y la geografía del universo, por tanto el ser humano cambia en el actuar y en el pensar. Lo que ayer era más opaco quizás mañana sea luminoso.

Desde sus inicios, y producto de nuevos descubrimientos en las ciencias la Musicoterapia ha ido evolucionando y...seguirá haciéndolo, nuevos métodos y definiciones dejarán atrás lo existente para cruzar el umbral de lo nuevo. No ha sido fácil para los diferentes países, asociaciones y musicoterapeutas definir una terapia, pues ha de tenerse en cuenta las diferencias encontradas en la filosofía sobre la música, la terapia, la salud, la enfermedad e incluso la vida.

Según la Federación Mundial de Musicoterapia (VIII Congreso Mundial, Hamburgo, Alemania, 1996) se acepta la siguiente definición de Musicoterapia: “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 objetivos terapéuticos relevantes, sociales y cognitivos. La Musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o a establecer funciones del individuo para que éste pueda emprender una mejor integración intrapersonal o interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento.”<sup>33</sup>

Rolando Benenson considera que la Musicoterapia debe incorporar necesariamente el movimiento corporal, el movimiento como resultado de tensiones y relajaciones internas y de procesos mentales y emocionales. El estudio de las interacciones no verbales corporo-sonoro-musicales y de

---

<sup>32</sup> Miranda H, Gonzalo J. Lacan y lo Fundamental del Psicoanálisis LOM Edic. Stgo., Chile 2003 p. 29

<sup>33</sup> Schapira, Diego Musicoterapia Facetas de lo Inefable Edit. Enelibros R. de Janeiro, Brasil 2002 p. 32



la danza es el punto de partida para entender los procesos humanos ampliando posibilidades y opciones.<sup>34</sup>

Benenzon afirma “La Musicoterapia es el campo de la medicina que estudia el complejo sonido-ser humano, para la utilización del movimiento, el sonido y la música en la apertura de canales de comunicación en busca de efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en el ser humano y la sociedad” Agrega además que “La Musicoterapia es un proceso relacional e histórico en un contexto no verbal, que ocurre entre el terapeuta y su paciente o grupo de pacientes o personas”,<sup>35</sup>

De acuerdo a la orientación de la presente monografía, la definición del musicoterapeuta Rolando Benenzon encierra absolutamente todos los aspectos bio-psico-sociales tratados en la intervención musicoterapéutica del grupo de adolescentes embarazadas.

Para Kenneth Bruscia “La musicoterapia es un proceso dirigido a un fin, en el que el terapeuta ayuda al cliente a acrecentar, mantener o restaurar un estado de bienestar utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas, como fuerzas dinámicas de cambios”.<sup>36</sup>

En la V Convención Iberoamericana de Estimulación Prenatal y Temprana, realizada en Lima, Perú, en el año 2002, Gabriel Federico, musicoterapeuta y vicepresidente de la ASAM (Asociación Argentina de Musicoterapia) expone “La musicoterapia es una disciplina funcional, sistemática y científica, con métodos y técnicas específicas, que utiliza la música para mantener o rehabilitar la salud de los pacientes dentro de un proceso terapéutico. Es una disciplina funcional porque utiliza la música como medio para cumplir funciones u objetivos no musicales, por ejemplo mejorar la memoria. Es sistémica porque el abordaje es clínico, y por lo tanto, necesita tener objetivos, diagnósticos y técnicas específicas. Es científica porque se realizan investigaciones científicas, con modelos sistémicos”.<sup>37</sup>

En su último libro, “Melodías para el bebé antes de nacer”, Gabriel Federico escribe “La musicoterapia es la disciplina que estudia los aspectos sonoros de las personas a nivel receptivo, produc-

---

<sup>34</sup> Benenzon, Rolando *Sonido Comunicación Terapia* Amará Edic. Salamanca, España 1997 p. 162-163

<sup>35</sup> Caruso, E. Carlos *Silbando en la Oscuridad* Topia Edit. Bs. Aires, Argentina 1997 p. 133

<sup>36</sup> Poch B., Serafina *Compendio de Musicoterapia Vol. I* Edit. Herder Barcelona, España 1999 p. 40-41

<sup>37</sup> [www.lanacion.com.ar](http://www.lanacion.com.ar)

tivo y relacional. Utiliza como recurso el material sonoro-musical en toda su dimensión, para favorecer los procesos saludables en el ser humano. La presencia del deseo y de los vínculos es muy significativa en el espacio musicoterapéutico”.<sup>38</sup>

Cada una de las definiciones expuestas anteriormente nos da cuenta de tres elementos comunes; persona-sonido-terapia y...utilización de la música en la terapia, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas.

### **6.3.- Musicoterapia y Embarazo**

Ya desde las primeras civilizaciones, es muy probable que las mujeres en estado de gravidez se comunicaran conciente o inconscientemente con sus hijos a través de la emocionalidad, el pensamiento, emisión de la voz y contacto físico directo sobre el vientre materno.

Numerosos estudios e investigaciones acerca de la vida psicológica fetal se han llevado a cabo en el mundo a partir de la década de los cincuenta. Muchas son las conclusiones, pero sin duda una de las más interesantes ha sido descubrir la importancia que ejerce la música en el bebé desde la concepción hasta el nacimiento. El primero en investigar la posibilidad de que existiera una vida psicológica fetal fue el Dr. Alfred Tomatis, creador del Método Tomatis y del Oído Electrónico. Ha desarrollado una compleja teoría, que se centra en las diferentes funciones del oído y su conexión con la voz, con el fin de mejorar el concepto de escucha.

“La mujer embarazada, al estar sensibilizada, tiene la necesidad de nutrirse emocionalmente para su desarrollo y el de su bebé, y la música cuenta con todos los condimentos para ello”.<sup>39</sup>

Según el Dr. Thomas Verny:”Un firme vínculo intrauterino es la protección fundamental del niño contra los peligros e incertidumbres del mundo exterior, y sus efectos no se limitan al período uterino. En gran medida, dicho vínculo también determina el futuro de la relación madre-hijo”<sup>40</sup>.

De todos los sonidos que conforman el mundo sonoro del bebé, es sin duda la voz de la madre el más importante, ocupa hasta hoy un lugar privilegiado. La voz brinda al bebé sosiego, ternura y calidez. Los sonidos que produce la madre se deslizan por el cuerpo del bebé, penetrando a través

---

<sup>38</sup> Federico, F. Gabriel Melodías para el Bebé Antes de Nacer Edit. Kier Bs. Aires, Argentina 2004 p. 19

<sup>39</sup> Federico, F. Gabriel El embarazo musical Bs. Aires, Argentina Edit. Kier 2001 p. 29-30

<sup>40</sup> Ibidem p. 117

de sus sentidos, y casi en forma instantánea responde a los estímulos con pequeñas torsiones, movimientos de manos, abriendo y cerrando sus ojos...una verdadera gráfica corporal.

“La voz es una realidad interna, intocable, sin volumen material y totalmente subjetiva e irreplicable”<sup>41</sup>.

“Una de las estimulaciones prenatales más importantes es la creación del vínculo afectivo a través de la música, donde el afecto –el sentido del amor- es mucho más importante que el efecto. Por tanto, el bebé por nacer no oye para aprender, sino que aprende escuchando”.<sup>42</sup>

“Los niños que han sido estimulados acústicamente durante el período prenatal se desarrollan mejor tanto de manera física como intelectual y, por supuesto emocionalmente con la dosis de amor que reciben a través del afecto”.<sup>43</sup>

El desarrollo del oído prenatal es uno de los temas que ha despertado gran interés en científicos y musicoterapeutas desde el siglo pasado. Muchos concuerdan en que la audición es el sentido más importante que posee el ser humano, ya que a través de él se inicia tempranamente, entre las 18 y 20 semanas de gestación, el vínculo sonoro madre-hijo.

“El abordaje musicoterapéutico en el embarazo permite a las futuras mamás la posibilidad de una conexión muy especial con sus bebés por nacer. Este vínculo se fortalecerá utilizando como recurso los afectos que tiene la música con actividades terapéuticas dentro de un contexto de contención grupal. Tal aplicación de la música mejora la calidad del embarazo, del trabajo de parto y del nacimiento del bebé, reduciendo el nivel de ansiedad de la futura mamá y el estrés neonatal. Favorece el control del dolor que sufre la madre durante las contracciones propias del trabajo de parto y del parto mismo. Desde lo terapéutico, la futura mamá se compenetra mucho más en las tres áreas fundamentales del embarazo: la física, la psíquica y la emocional; mientras que el feto se irá relacionando con melodías que reconocerá dentro del útero y que estimularán su sistema neurovegetativo, brindándole diferentes experiencias”.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> Gauna, Gustavo D. Entre los sonidos y el silencio Bs. Aires, Argentina Edit. Artemisa 1995 p. 121

<sup>42</sup> Federico, F. Gabriel El Embarazo Musical Bs. Aires, Argentina Ed. Kier 2001 p. 150-151

<sup>43</sup> Ibidem, p. 151

<sup>44</sup> Federico, F. Gabriel El Embarazo Musical Ed. Kier Bs. Aires, Argentina 2001 p. 87-88

Somos parte de un maravilloso mundo sonoro, que no sólo nos rodea sino que nos conforma, somos un sonido grande con forma humana.

Gabriel F. Federico, musicoterapeuta argentino ha destinado gran parte de su vida profesional a investigar el comportamiento del feto en el útero materno y los aportes de la Musicoterapia en mujeres embarazadas. Extensas investigaciones en el área de la obstetricia, embriología y acústica musical, le han permitido descubrir lo importante y significativo que es para el desarrollo del ser humano la estimulación prenatal. También plantea que “El embarazo debe ser vivenciado de manera pendular en las cuatro esferas, pero siempre avanzando, moviendo su eje; o sea, se inicia la marcha hacia un punto no fijo, cambiante (el aquí y ahora) yendo para atrás (recordando y re-vivenciando), y hacia delante (anticipando), desde todas y cada una de las esferas. Este punto de vista nos permitirá comprender reacciones y actitudes en situaciones que se presentan durante la gestación, tanto para las mamás como para los papás”.<sup>45</sup> Las cuatro esferas a las que se refiere G. Federico son: esfera del embarazo físico, esfera del embarazo emocional, esfera del embarazo mental y esfera del embarazo espiritual.

Según este musicoterapeuta, el trabajo equilibrado y armónico de estas cuatro esferas es posible y generan un cambio en la forma de “gestar, parir y nacer”.<sup>46</sup> La esfera del embarazo físico: El embarazo produce una serie de alteraciones fisiológicas y anatómicas que afectan a toda mujer embarazada. Durante este período se producen cambios posturales importantes del esqueleto; la columna vertebral, el tórax y los huesos de la pelvis se modifican con el fin de mantener el centro de gravedad de la mujer embarazada. No menos importantes son las modificaciones del útero, aparato respiratorio, aparato digestivo y sistema endocrino, los cuales influyen significativamente en la mujer desde la concepción hasta después del parto.

La esfera del embarazo mental: “Llamo embarazo mental a todos aquellos procesos que pasan literalmente por la cabeza, o sea, los intelectuales, aquellos que tienen que ver con el pensamiento o el raciocinio”.<sup>47</sup> Los buenos mensajes de la madre, son un valioso aporte para el bebé intraútero. Pensamientos positivos, entendimiento y conocimiento en forma racional de lo que acontece, antes, durante y después del parto.

---

<sup>45</sup> Federico, F. Gabriel Música Prenatal Edit. Kier Bs. Aires, Argentina 2003 p. 23-24

<sup>46</sup> Ibidem, p. 25

<sup>47</sup> Ibidem, p. 28

La esfera del embarazo emocional: “Lo emocional es directamente proporcional a los aspectos psicológicos. La psiquis regula o dispara las emociones. Por lo tanto, aunque esta esfera la denominé emocional, quiero aclarar que abarca lo psico-emocional”.<sup>48</sup>

“El darse cuenta del interior, el darse cuenta del exterior, el darse cuenta de la fantasía”<sup>49</sup> permiten a la madre y su bebé encontrarse en una misma frecuencia, entrar en una armonía personal y universal, disfrutando cada minuto, día y mes de este maravilloso período.

La esfera del embarazo espiritual: “Nos brinda el sentido del ser, nos regala la posibilidad de darnos cuenta de que existimos y que tiene sentido aceptar que en nosotros habita algo más trascendental que uno mismo”.<sup>50</sup> Desde la fertilización (etapa germinal) un algo que aún no tiene formas definidas inicia un maravilloso viaje en medio de las transparencias del vientre materno. Resulta difícil comprender el grado de conexión que puede llegar a crearse entre la madre y este nuevo ser casi imperceptible. Dos almas que van al encuentro, dos seres en el existir.

“Hasta hace algunos años solamente era posible intuir la vida del bebé por nacer. Hoy en día, con ayuda de la tecnología moderna, a través de ultrasonidos, monogramas, fibras ópticas etc., se ha podido comprobar científicamente que el bebé por nacer es capaz de ver, sentir, oír, soñar, memorizar, aprender, mostrar preferencias y necesidades con sus movimientos. Los bebés por nacer son sensitivos y conscientes, aprenden y sueñan, son sociales y se comunican. Esto nos ha permitido acceder a una nueva dimensión para relacionarnos con el bebé por nacer. Dicho vínculo entre los padres y el bebé por nacer ahora es conscientemente más real”.<sup>51</sup>

“La voz materna y la música son dos de los más efectivos estímulos para influir positivamente en la percepción y el aprendizaje en el bebé por nacer. La música va del oído de la madre al corazón del bebé por nacer”.<sup>52</sup>

---

<sup>48</sup> Ibidem, p. 32

<sup>49</sup> Stevens, John O. El Darse Cuenta Edit. Cuatro Vientos Stgo., Chile 1991 p. 21-22

<sup>50</sup> Federico, F. Gabriel Música Prenatal Edit. Kier Bs. Aires, Argentina 2003 p. 42

<sup>51</sup> Federico, F. Gabriel El Embarazo Musical Ed. Kier Bs. Aires, Argentina 2001 p. 146

<sup>52</sup> Ibidem, p. 151-152

### III.- PROCESO MUSICOTERAPEUTICO

#### 1.- DESCRIPCION DEL AMBITO INSTITUCIONAL

El Centro de Apoyo Juvenil El Umbral, se encuentra ubicado en el sector Rinconada, Comuna de Maipú, en Santiago. Conforman la institución nueve terapeutas voluntarios y un psicólogo practicante. Los terapeutas han sido capacitados para la ejecución de los programas aplicados, entre los cuales se encuentran:

- Escuela de informática dirigido a niños, adolescentes y mujeres adultas (madres de algunas adolescentes).
- Taller de adolescentes embarazadas, orientado hacia el conocimiento general del embarazo; cambios físicos y psicológicos, aspectos nutricionales, consumo de alcohol, drogas y relación con la familia.
- Taller de “Crianza”, cuya finalidad es entregar algunas herramientas a las jóvenes madres para el desarrollo y cuidado del hijo; entre las cuales están: higiene del bebé, alimentación y estimulación.

Existe además una sala cuna habilitada con cunitas y mudadores; en esta sala las jóvenes madres pueden dejar a su bebé al cuidado de una de ellas (van rotando), mientras el resto asiste a talleres de orientación escolar y/o laboral, a la espera de que estas adolescentes puedan, principalmente, retomar sus estudios.

El equipo terapéutico de la institución participa activamente los días viernes en el taller de Danzaterapia, el cual les permite trabajar técnicas corporales, respiración y relajación.

El Centro de Apoyo Juvenil El Umbral cuenta con grandes redes de colaboración, imprescindibles para el buen funcionamiento. Instituciones como Hogar de Cristo y la generosidad de algunos profesionales anónimos mantienen en pie la hermosa y necesaria labor de este centro.

## **2.- DESCRIPCION DEL GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

Inicialmente el grupo se conforma por nueve adolescentes entre 13 y 19 años, con embarazos que van desde las 8 a las 32 semanas de gestación. Las adolescentes fueron derivadas a Musicoterapia por la propia Institución, como parte del programa de apoyo a las adolescentes embarazadas.

### **2.1.- Características Familiares y Socioculturales de las Adolescentes del Grupo**

- Falta de comunicación dentro del núcleo familiar.
- Escasa autoridad de la madre.
- Roles poco definidos (padre, madre).
- Padres represivos y/o castigadores.
- Ausencia del padre.
- Ignorancia de los padres.
- Nuevas parejas (padrastrós).
- Violencia intrafamiliar.
- Asumir rol de madre (hermanos menores)
- Estrato social bajo.
- Padre alcohólico.
- Adolescentes fumadoras ocasionales y/o frecuentes.
- Consumo de alcohol y drogas esporádico (antes del embarazo).
- Estado nutricional deficiente (una adolescente presenta bulimia).
- Higiene adecuada (a excepción de una adolescente).
- Preocupación por la condición socio-económica futura.
- Deserción escolar por causa del embarazo.
- Superstición.
- Impuntualidad y escasa responsabilidad.
- Frecuentan a su grupo de amigos.
- Participan en actividades socio-culturales.

### **2.2.- Características de la Historia Sexual y Afectiva de las Adolescentes del Grupo**

- Falta de madurez producto del proceso de transición en que se encuentran.

- Pololeo único (duración entre 4 y 15 meses en promedio).
- Reacción positiva de la pareja ante la noticia de embarazo 30 % aproximadamente. Un 50 % aún no asume la realidad pero se mantiene juntos, y un 20 % de las parejas termina con la relación existente.
- El 40 % aproximadamente de las adolescentes se embarazaron de parejas mayores.
- Intención de abortar en primera instancia.
- Desconocimiento de la vida sexual de sus parejas (enfermedades de transmisión sexual que se oculta; un caso de enfermedad venérea).
- Escaso conocimiento en la utilización de métodos anticonceptivos (información errónea, alternativas caseras, superstición).
- Desconocimiento en cuanto a los cambios, necesidades y cuidados de la mujer embarazada, desarrollo fetal y estimulación para el bebé.
- Sensación de soledad, abandono, desmotivación, pena, angustia, descontento con su vida y depresión.

### **2.3.- Características de la Historia Sonoro Musical de las adolescentes del Grupo**

Se obtiene la información mediante la aplicación de la ficha de historia sonoro-musical (anexo 1). Se resumen generalidades:

- Las adolescentes recuerdan canciones de su primera infancia, mayoritariamente relacionadas con cantantes de la época de sus padres, más que con las infantiles. Las temáticas principales son el abandono, la soledad, amores no correspondidos y frustración general de sus vidas.
- Escaso conocimiento musical en cuanto a ejecución y análisis. Sólo una adolescente sobresale por su buen manejo de la voz y expresividad (ha participado en coros).
- Timidez en el canto
- Sensación de soledad frente al silencio, prefieren acompañarse con la radio encendida o la TV.
- Sus preferencias musicales son: cumbias, sound, axé y canciones populares románticas.
- El 50 % aproximadamente escucha música y baila con ella, al 25 ó 30 % les agrada el baile, pero no saben como hacerlo, y al resto le desagrada el sólo moverse.



### **3.- METODOS EMPLEADOS EN EL PROCESO MUSICOTERAPEUTICO**

En su libro “Facetas de lo Inefable”, el Musicoterapeuta argentino Diego Schapira afirma que existe actualmente gran cantidad de modelos, métodos y técnicas musicoterapéuticas. Cada país en atención a su idiosincrasia ha seleccionado y aplicado algún modelo y técnicas en particular. Diego Schapira dice: “Así como es imprescindible la construcción y permanencia de un encuadre, tal vez sea imprescindible la permanencia de una actitud de observación y escucha, a partir de la cual se realiza una lectura de la que se desprenden las intervenciones y propuestas en cada sesión. Intentar, como diría Nietzsche, mantener la actitud de el artista o del niño, que siempre ven como si fuera la primera vez, aplicándola a la lectura que se hace tanto en la verticalidad de cada encuentro, como a la que debe realizarse en referencia a la horizontalidad de los procesos”.<sup>53</sup>

Dadas las características del grupo de adolescentes embarazadas y, luego de realizar un breve diagnóstico de éste, se procede a la planificación de las sesiones, procedimiento metodológico y selección de métodos y técnicas musicoterapéuticas.

#### **3.1.- Método Pasivo o Receptivo**

Siendo el denominador común de este método la audición musical, reviste varias modalidades: como estimuladora de la creatividad y como medio de diagnóstico, como estimuladora de imágenes y como tratamiento y como modificadora del estado de ánimo (Mood Music); Métodos isomórficos.<sup>54</sup> De acuerdo al diagnóstico de entrada se optó por trabajar primeramente con la estimulación sonora (música grabada), con el fin de bajar los niveles de ansiedad de las adolescentes, logrando estados de relajación física y mental. Posteriormente las audiciones se orientan hacia una conexión profunda con su interior en busca de imágenes, fantasías, evocando recuerdos, sentimientos conscientes o subconscientes y emociones diversas. La música que se da a escuchar al paciente (en un ambiente relajado, rodeado de silencio y sentado cómodamente) puede ser música grabada (en discos, cassettes o CD) o bien música interpretada por el propio musicoterapeuta (música viva).<sup>55</sup> En este caso se utilizó música en vivo, a modo de baño sonoro, con el fin de provocar cambios en el estado de ánimo de las adolescentes. Por medio de la recreación sonora de un parto (individual) la adolescente logra conectarse con diversas imágenes, fantasías, recuerdos, sentimientos y emociones.

---

<sup>53</sup> Schapira, Diego Facetas de la Inefable Edit. Enelivros Río de Janeiro, Brasil 2002 p. 101

<sup>54</sup> Poch B., Serafina Compendio de Musicoterapia Vol. I Edit. Herder Barcelona, España 1999 p. 130

<sup>55</sup> Ibidem p. 131

### 3.2.- Método Activo o Creativo

Se aborda el proceso musicoterapéutico teniendo siempre presente el método pasivo y activo. En cuanto al método activo se aplicaron tres variantes: tocar instrumentos, canto y trabajo corporal. Tanto el trabajo corporal como la práctica con instrumentos estuvieron presente durante las 14 sesiones del programa. El trabajo corporal al inicio de cada sesión permitió a las adolescentes conectarse con el “aquí” y el “ahora”, preparar y/o acondicionar su cuerpo físico y la toma de conciencia de éste.

Alfred Schmolzt (director de la Escuela de Musicoterapia de Viena- Austria) expresó que existen fundamentalmente cuatro actividades musicales que pueden formar parte de los métodos de Musicoterapia activa: tocar un instrumento, componer, cantar y bailar.<sup>56</sup> A través de la exploración corporo-sonoro-musical, la persona encuentra vías de expresión espontánea que facilitan el conocimiento de si misma y de los demás. “Los métodos basados en la improvisación musical no directiva, pueden contribuir al paciente a: fomentar su libertad interior, creatividad, el conocimiento de si mismo y los demás, mejorar su autoestima y valoración, mejorar la relación con el otro, respeto a las preferencias de los demás y conocimiento de su entorno”.<sup>57</sup>

En la práctica con instrumentos se invita a las adolescentes a que toquen libremente, sin importar si tienen o no conocimientos musicales. Se expresan con libertad tanto en la manipulación de cada instrumento, en el descubrimiento de los sonidos y en la improvisación de sus propias sensaciones y emociones. Todas aquellas actividades relacionadas con el uso de la voz, partiendo por re-descubrir su propia voz, aprender a conocerla, sentirla en su propio cuerpo y como parte de él, contribuyeron al fortalecimiento del vínculo madre-hijo, como también lo fueron el susurro, tarareo y canto.

“El canto es la única expresión musical para la cual el ser humano no precisa nada externo a sí mismo. Puede cantar en cualquier lugar y a cualquier hora sin más instrumento que su propia voz”.<sup>58</sup>

La voz de cada persona es única, está presente en todos los momentos de su vida, la define. La voz se expresa en el gesto sonoro, aún sin palabras, aún sin ideas, en el grito, en el suspiro, en la risa y en el llanto. A través de la práctica del susurro y tarareo de consonantes (m-n principalmente)

---

<sup>56</sup> Ibidem p. 147

<sup>57</sup> Ibidem p. 148

<sup>58</sup> Ibidem p. 167

las adolescentes embarazadas fueron capaces de conectarse con sus bebés (vínculo madre-hijo). Cantaron una canción en grupo, cantaron a sus bebés y seleccionaron su propia canción, aquella que las identificara.

#### **4.- OBJETIVOS DEL PROCESO MUSICOTERAPEUTICO**

Los objetivos generales y específicos abarcan todo el proceso, sin embargo se agregaron uno o dos objetivos complementarios por cada sesión, en consideración a las variables de asistencia, necesidades y motivación del grupo. El logro de los objetivos fue posible gracias a la flexibilización de las actividades programadas, manejo en las técnicas de improvisación y metodología empleada.

##### **4.1.- Objetivos generales**

- Crear un espacio de encuentro que brinde a las adolescentes seguridad, intimidad, afecto y la posibilidad de expresar sus sentimientos y emociones a través de sus habilidades corporo-sonoro-musicales y verbales.
- Contribuir en el reconocimiento y aceptación de su nueva realidad biopsico-social y proceso maternal.
- Fortalecer el vínculo madre-hijo.
- Fomentar el uso del lenguaje expresivo asertivo, potenciando su educación integral como sujetos autónomos, conscientes y creativos en el mundo en el que viven.

##### **4.2.- Objetivos específicos**

- 1) Detectar problemas de identidad, imagen corporal, vinculares y comunicacionales.
- 2) Contribuir a la formación de una auto-estima elevada.
- 3) Ampliar la conciencia de la dinámica estructural, funcional y actitudinal de la corporalidad.
- 4) Desarrollar la confianza y aceptación de sí mismas y de sus pares.
- 5) Expresar libremente sus afectos, pensamientos, emociones y fantasías.
- 6) Explorar habilidades corporo-sonoro-musicales y verbales en torno a sí mismas y sus pares.
- 7) Disminuir los niveles de ansiedad, estrés, miedos e incertidumbre que provoca su embarazo.
- 8) Sensibilizar a las adolescentes a partir de diferentes estímulos visuales, sonoros y táctiles.
- 9) Identificar algunos cambios anatómo-fisiológicos de la gestación.
- 10) Conocer los beneficios y aprender a realizar ejercicios de respiración, relajación y técnicas de masajes.
- 11) Practicar tacto y contacto eutónico consciente.

- 12) Incentivar a las adolescentes en la búsqueda de nuevas formas de vínculo madre-hijo.
- 13) Propiciar momentos de confianza que faciliten la conversación espontánea y reflexión acerca de sus necesidades, intereses, proyección de vida y búsqueda de soluciones.
- 14) Estimular el proceso de escucha de sí mismas, del otro y del grupo, aceptando diferencias y relaciones.
- 15) Conducir a las adolescentes a un cierre de sesión que les permita expresarse libremente y las motive a participar en las futuras sesiones.

## **5.- DESARROLLO GENERAL DE LAS SESIONES**

La práctica musicoterapéutica se llevó a cabo entre el 20 de agosto y el 11 de diciembre de 2003, con un total de 14 sesiones grupales, programadas sólo para los días jueves y con una duración de 120 a 130 minutos, aproximadamente. El grupo terapéutico lo conforman las practicantes Jazmín Cañas y Cristina Solar; bajo la supervisión de la musicoterapeuta Patricia Lallana. Las sesiones fueron diseñadas y ejecutadas en su totalidad por ambas practicantes, las cuales cumplieron el rol de musicoterapeuta y co-terapeuta. Se definen los roles días previos a la sesión, considerando las necesidades reales del grupo adolescente y la experiencia profesional previa de las terapeutas.

Al inicio del proceso realizamos un diagnóstico general de observación y aplicación de la ficha sonoro-musical, con el fin de recopilar antecedentes. A través de una buena comunicación y coordinación entre la musicoterapeuta y co-terapeuta fue posible crear un encuadre seguro y placentero para el grupo. Fue fundamental el trabajo de la co-terapeuta en cada una de las actividades ejecutadas. Un especial vínculo entre musicoterapeuta y co-terapeuta facilita el accionar, beneficia el proceso y permite obtener mejores resultados.

Antes del ingreso de las adolescentes a la sala de trabajo, ésta se acondiciona ventilando el lugar y reubicando el mobiliario. Se prepara el setting de acuerdo a las actividades programadas, se instala el equipo de sonido siempre en el mismo lugar y los instrumentos permanecen dentro de una caja para ser utilizados en la segunda parte de la sesión.

Se inicia la sesión con un saludo cordial y afectuoso, se pregunta a las adolescentes como se encuentran; como va el embarazo y del como se sienten “ahora” (momento de inicio de la sesión). Este saludo cálido permite a las adolescentes expresarse con naturalidad e interactuar con el grupo y las terapeutas.

El plan de todas las sesiones es el mismo, tiene objetivo general, varios objetivos específicos y actividades de carácter vivencial. La experienciación de las adolescentes en cada una de las partes de la sesión es fundamental para el cierre de la misma. Tanto la metodología como las técnicas escogidas contribuyen a la participación activa del grupo.

La sesión musicoterapéutica consta de tres etapas: corporalidad, exploración sonoro-musical y expresión verbal-comunicativa.

El trabajo corporal posterior al saludo y bienvenida tuvo una duración aproximada de 45 a 50 minutos, en este período de tiempo se invita a las adolescentes a tomar conciencia de su propio cuerpo; como unidad, particularidad y expresividad; posibilidades de movimiento en relación al espacio-tiempo-energía; interacción, comunicación y creatividad de su propio cuerpo en movimiento. Las actividades se realizaron indistintamente en tres niveles; posición de pie, posición sentada (en sillas o cojines) y tendidas en el suelo sobre colchonetas.

La exploración sonoro-musical corresponde a la segunda parte de la sesión. Antes de iniciar la actividad se reordena el setting, se distribuyen cojines en forma circular y los instrumentos se dejan en el centro del círculo. Se pregunta nuevamente a las adolescentes como se sienten, si están cómodas en esa posición o si desean sentarse en sillas. Antes de iniciar la exploración sonoro-musical se establece una consigna, la que generalmente surge de la conversación espontánea con las adolescentes. La tercera y última parte de la sesión corresponde a la expresión verbal-comunicativa; la que varía en tiempo dependiendo de las necesidades e inquietudes que surgen de la exploración sonoro-musical y su conexión con la vivencia corporal. La interacción corporo-sonoro-musical del grupo da paso a la verbalización, a la comunicación a través del discurso hablado; momento de gran significación para las adolescentes, ya que a través del intercambio de experiencias reflexionaron acerca de sus emociones, pensamientos y situación de vida.

“Nada puedes enseñarle a un hombre; sólo puedes ayudarlo a que lo descubra dentro de sí mismo”.

(Galileo)<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Jongeward, James Nacidos para triunfar E. U. A. Fondo Educativo Interamericano S.A. 1976 p. 1

## **5.1.- Primera etapa: Corporalidad**

Descubrir, descubrirse a través de la exploración corporal y su relación con el espacio y las demás personas que lo habitan.

Fundamental fue crear un espacio cálido que permitiera a las adolescentes expresarse con libertad. El saludo afectivo al inicio de la sesión fue la clave para iniciar la actividad corporal, que a partir de la 3ª sesión comenzó a dar frutos. Los primeros 15 a 20 minutos de esta etapa están destinados al reconocimiento y toma de conciencia del propio cuerpo y sus posibilidades de movimiento. Para lograr una mayor conciencia corporal fue necesario ejercitar el esquema e imagen corporal, control y ajuste corporal, respiración, relajación, lateralidad y sensopercepción. En cuanto al cuerpo y sus posibilidades de movimiento se parte explorando el espacio externo (extra-corpóreo), relación cuerpo-espacio y objetos, posteriormente se invita a las adolescentes a explorar el espacio interior (intra-corpóreo), al cual se le da especial énfasis con el fin de fortalecer el vínculo con su bebé. Se tiene presente espacialidad, temporalidad y expresividad al momento de trabajar con las posibilidades de movimiento. Cada adolescente pudo vivenciar su corporalidad en relación a sí misma y al grupo, fue capaz de interactuar desde la emoción en el afecto y contacto eutónico, en la expresividad y creatividad.

Un segundo momento de esta etapa estuvo destinada a la práctica de ejercicios físicos, respiratorios y de relajación. De vital importancia fue para las adolescentes conocer los beneficios y técnicas de relajación, la mayoría de ellas manifestó estar contracturada, con tensión muscular durante el día y con algunas alteraciones del sueño. Al menos el 70 % de las adolescentes manifiesta estar muy cansada al inicio de la sesión, sentir dolores de espalda y de cabeza. En cuanto a los ejercicios físicos, se consulta primeramente acerca de qué actividad física realizan durante el día, que indicaciones les ha dado el médico tratante y cuáles serían las contraindicaciones en caso de que las hubiera. En las primeras sesiones se observa escaso interés por la práctica de ejercicios físicos, a medida que van conociendo los beneficios y vivenciando los efectos en su propio cuerpo comienzan a modificar su conducta. La secuencia de ejercicios practicados contempla: ejercicios de extensión de músculos dorsales, ejercicios pélvicos, ejercicios de preparación de la musculatura perineal, ejercicios de respiración costal y abdominal y ejercicios de relajación por medio de masajes localizados y de todo el cuerpo. La práctica del ejercicio físico fue de gran utilidad, gracias a ellos las adolescentes pudieron aliviar las molestias producto de la tensión muscular, activaron la circulación sanguínea y mejora-

ron la concentración. Al estar más relajadas lograron conectarse mejor con lo que sucedía, con su cuerpo y con el grupo, dando paso sin mayores dificultades a la segunda etapa de la sesión.

### **5.1.1.- Experiencias realizadas durante la etapa**

Las adolescentes experimentaron “el descubrir” a partir de la exploración de su propio cuerpo y su relación con el espacio y los objetos que lo componen.

- Desarrollo de la conciencia corporal (esquema e imagen corporal) a través del tacto y contacto eutónico. Se realizaron diferentes actividades individuales, en parejas y dinámicas grupales. Se utilizaron algunos objetos como pelotas plásticas, globos, gasas y cintas.
- Dibujo de la silueta corporal sobre papel (trabajo en parejas).
- Recorrido del cuerpo con apoyo de imaginación y musicoterapia receptiva.
- Volumen corporal (a través del diseño del contorno).
- Ejercicios respiratorios y de relajación (técnica RAM).
- Automasaje y masaje corporal en parejas y tríos, utilizando técnica del roce, presión, amasamiento y percusión (con y sin globos).
- Exploración del espacio (propio, inmediato y mediato).
- Ejercicios de locomoción y no locomoción.
- Expresividad y calidad de movimiento a través de juegos y danzas lúdicas.
- Ejercicios de sensibilización y confianza (con ojos cerrados y guiados por terapeutas).
- Ejercicios localizados, apoyo de puntos y planos corporales, ejercicios por segmentos: rostro, cuello-cabeza, brazos-piernas, etc.
- Estimulación vínculo madre-hijo a través del tacto y contacto eutónico (balanceo y arrullo).
- Ejercicios específicos para fortalecer columna vertebral, pelvis y preparación de musculatura perineal (entrega de guía con ejercicios para práctica personal).
- Modelado en arcilla, tema: “como imagino a mi bebé”. Las adolescentes manipulan la arcilla, la amasan y luego le dan forma humana. Mientras modelan sobre una mesa escuchan música (grupo Bordemar).

### **5.1.2.- Logros obtenidos en la etapa**

- Establecen mayor aceptación de su imagen corporal y contacto físico con los demás.
- Establecen una relación de confianza dentro el grupo.

- Participan y aprenden aspectos específicos del proceso de respiración y relajación.
- Toman conciencia de los cambios corporales producto del embarazo.
- Muestran afecto por su propio cuerpo y su relación con el hijo.
- Establecen momentos de comunicación madre-hijo a través de la exploración corporal.
- Disminuyen o evitan el consumo de bebidas alcohólicas y el cigarrillo.
- Se relajan con facilidad ante los estímulos sonoros.
- Toman conciencia de la importancia de la práctica de ejercicios físicos de preparación para el parto.

## **5.2.- Segunda etapa: Exploración sonoro-musical**

Antes de iniciar esta segunda etapa se reordena el setting, teniendo presente las necesidades de cada una de las adolescentes. Al menos el 50 % solicita acudir al servicio higiénico luego del trabajo corporal; también ingieren algo de líquido y se acomodan la ropa para estar más cómodas, ya que en esta etapa permanecerán sentadas en el piso sobre cojines aproximadamente 60 minutos.

Se inicia esta parte de la sesión con la pregunta ¿cómo se sienten ahora?...A partir de la 4ª sesión ya el 90 % del grupo respondía a esta pregunta en forma espontánea, no así en las tres primeras sesiones, había silencio, se miraban entre ellas y sus respuestas eran breves.

A través de la exploración sonoro-musical se abordan las relaciones vinculares del “aquí” y el “ahora”; en la expresión de sus necesidades, de sus emociones, entorno psicoafectivo y proyecciones inmediatas de vida. La manipulación de los diferentes instrumentos y la exploración sonora permitió a las adolescentes en las dos primeras sesiones conectarse con su infancia; recordaron la clase de música en su colegio, juegos relacionados con canciones, actividades artísticas en las cuales participaron, y amigos de aquella época.

El círculo crea un clima especial, las adolescentes se sienten más seguras y contenidas, lo cual facilita el trabajo exploratorio con los instrumentos.

Las adolescentes fueron capaces de expresar espontáneamente el o los temas que les gustaría abordar en la exploración sonoro-musical. Estos temas en un comienzo están más relacionados con aquellos acontecimientos acaecidos en los días previos a la sesión, entre ellos destacan discusiones familiares, falta de comprensión por parte de su pareja, molestias físicas producto del emba-



razo (dolores de espalda, cansancio, náuseas, etc.). A partir de la 3ª sesión se nota un cambio en los temas propuestos, logran desvincularse de temas familiares (hogar-padres) para incorporar temas relacionados con el embarazo y la maternidad. Aparece la consigna “bienvenida del bebé”. La 4ª sesión mantiene esta dinámica y se explora casi en forma espontánea la consigna: “sonidos para mi bebé”. En las futuras sesiones surgen temas relacionados con los miedos y fantasías en torno al embarazo, canciones y melodías para el bebé y parto.

Gracias a la toma de conciencia del propio cuerpo, a la ejercitación respiratoria y trabajo corporal fue posible explorar con la voz a partir de la cuarta sesión. Las adolescentes disfrutaron con la práctica de estos ejercicios, los cuales les permitieron percibir en su propio cuerpo las vibraciones sonoras provenientes de ellas mismas y de otras fuentes. A través del tarareo de las letras “m”, “n”, “a”, “o” y “u”, de los movimientos de balanceo y arrullo más la entonación, las adolescentes lograron una especial conexión con sus bebés. Durante la experimentación se observa un cambio en el tono corporal, se ven más flexibles y relajadas, con su rostro más sereno y plácido. A medida que se van escuchando a sí mismas y al resto de las compañeras del grupo se produce un clima sonoro muy especial, el cual las conduce a una pequeña melodía que se mantiene como una constante. Posterior al tarareo y entonación las adolescentes cantan una canción en grupo y seleccionan su propia canción, aquella con la que se sientan plenamente identificadas; las mismas adolescentes proponen traer la canción escrita para la próxima sesión.

### **5.2.1.- Experiencias realizadas durante la etapa**

- Exploración libre y espontánea de los instrumentos
- Improvisaciones musicales (individual y grupal). Aproximadamente el 90 % de las sesiones corresponde a improvisación musical no directiva. El o los temas surgen espontáneamente en el transcurso de la sesión, ya sea por necesidad del momento o bien como resultante de eventos acaecidos antes de iniciar la sesión (durante el día o días anteriores). Las improvisaciones musicales permitieron poner en acción el proceso lúdico y creativo, interactuar dentro del grupo, en el conocimiento de sí mismas y de las demás adolescentes.
- Baño sonoro (modalidad pareja y el grupo con una persona). Se utiliza para bajar los niveles de ansiedad, en la evocación y en la recreación del útero; visualizando y conectándose con el bebé.

- Imaginería guiada (vizualizaciones sonoro-musicales). Con apoyo de música envasada, lectura de texto “un viaje en tren” con el fin de proyectar a las adolescentes con el futuro, en diversos roles, como madres e hijas, como estudiantes, como mujeres, como parejas, etc. También se busca apoyo en elementos cotidianos, grabaciones de diferentes sonidos e instrumentos musicales. Las adolescentes logran conectarse con sus sentimientos y emociones. El grupo expresa mucho miedo “al parto”, a raíz de esto surge la “recreación del parto”.
- Exploración de la voz. Las adolescentes experimentan nuevas sensaciones a partir de las vibraciones sonoras producidas por la emisión de las consonantes “m”, “n”, “b”, y las vocales “a”, “o” y “u”. También tararean, exploran sonidos y melodías para su bebé.
- Lectura de poema. Las adolescentes leen y reflexionan acerca del poema “Dame la mano” (Gabriela Mistral), también lo tararean y cantan (en forma individual y grupal). El poema pasa a ser soporte, contención y motivación de la sesión. Se obsequia mensaje escrito “Cupido juglar”; lectura y reflexión.
- Cantar canciones. Partiendo del tarareo las adolescentes recuerdan sus canciones preferidas, algunas cantan espontáneamente. Ejercitan la escucha de canciones. Proponen traer su canción preferida para la sesión siguiente.
- Creación de canciones. A partir de algunas melodías conocidas cambian el texto con palabras escogidas. Con la melodía del poema “Dame la mano” improvisan palabras. Reemplazan los nombres del texto por el de su bebé. Crean pequeños versos cantados para su bebé.
- Grabación y audición de algunas improvisaciones iniciales de grupo.

### **5.2.2.- Logros obtenidos en la etapa**

- Manipulan los instrumentos con mayor seguridad.
- Mantienen actitud corporal más relajada y armónica al tocar los instrumentos musicales.
- Comprenden con mayor rapidez las consignas establecidas.
- Establecen contactos visuales y emotivos durante las improvisaciones musicales.
- Expresan con mayor facilidad ideas, sentimientos y emociones.
- Logran canalizar aspectos negativos de su vida cotidiana a través de la improvisación musical.
- Mejoran el proceso de escucha.
- Muestran mayor capacidad de imaginación y creación.
- Llegan a puntos de encuentros sonoro (ritmo, variaciones, volumen e intensidad).
- Respeto por la interpretación musical individual y grupal.

### **5.3.- Tercera etapa: Expresión verbal-comunicativa**

Las tres etapas de la sesión fueron de gran significación para las adolescentes, sin embargo la etapa de la verbalización les permitió expresarse con soltura, tanto en lo vivido, durante la sesión, como de aquellas situaciones acaecidas los días previos a esta. En las primeras sesiones hubo un poco de dificultad en relación a la expresión verbal, las adolescentes conversaban durante el trabajo corporal, se distraían con facilidad y les costaba mantener el ritmo de los ejercicios. Poco a poco fueron adquiriendo disciplina y respetando los tiempos de sus compañeras de grupo. Tanto la exploración corporal como la sonoro-musical permitió a las adolescentes abrir los canales de la expresión verbal-comunicativa. Todo cuanto expresaron corporalmente y a través de los instrumentos musicales podían hacerlo además por medio de sus propias palabras. Se vieron muchas veces reflejadas en el discurso del otro, y al mismo tiempo pudieron interactuar con el grupo a través del discurso hablado.

Tanto la dinámica del trabajo corporal como la sonoro-musical fueron fundamentales en la fase de verbalización, gracias a la experienciación corporal, ubicación en el espacio, tono, ritmo, pausas y energía, el discurso hablado siguió el mismo patrón. Las adolescentes interactuaron con su propio cuerpo en el espacio a través de la comunicación no verbal y luego interactuaron con la idea a través de la palabra.

Sin duda que en las últimas sesiones la expresión verbal-comunicativa mejoró considerablemente, ya que durante el proceso musicoterapéutico las adolescentes aprendieron a respetarse, a aceptarse, reconocieron al “otro” como una persona distinta de “mi”, en el actuar, pensar y sentir. Comprendieron además a través de la experienciación que cada una de ellas podía expresarse con su propia verdad, exponiéndose como el ser que realmente son, y que a través de los sonidos habla el alma, y que a través de la palabra también habla el alma.

La escucha corporal del otro, la escucha sonora del otro, hizo posible una apertura al discurso hablado entre las adolescentes. Cada una tuvo la posibilidad de encontrarse con el otro y permanecer dentro del grupo para ser escuchada cuando fuera necesario. El grupo se fue fortaleciendo con la propia energía que emanaba de él, pese a las irregularidades en cuanto a asistencia, siempre estuvo en pie, conteniendo en el afecto y la verdad.

### **5.3.1.- Experiencias realizadas durante la etapa**

- Presentación individual al inicio del proceso.
- Interacción con el grupo y las terapeutas durante la sesión. Interrogantes, comentarios, sugerencias e ideas espontáneas de las adolescentes.
- Uso del lenguaje oral y escrito como parte de su expresividad, a partir de actividades realizadas durante la primera y segunda etapa.
- Comunicación con su bebé a través del habla, tarareo y canción (vínculo madre-hijo).
- Verbalización al término de cada sesión. Las adolescentes expresan y describen con libertad las experiencias vividas durante las etapas anteriores, intercambian experiencias con el grupo, reflexionan acerca de lo vivido, lo cual les permite optar por algunos cambios favorables en la solución de problemas simples. La reflexión individual y el análisis grupal lleva a las adolescentes a un “darse cuenta”, que las impulsa al cambio.
- Evaluación del proceso musicoterapéutico. En la última sesión (Nº 14) se realiza un cierre general con el fin de concluir los logros y avances personales, relación con el grupo, las terapeutas y el entorno.
- Convivencia de cierre. Se comparte con el grupo bebidas y comestibles. Las terapeutas (estudiantes en práctica) y supervisora aportan con algunos consejos prácticos en relación al trabajo realizado durante las catorce sesiones. Se intercambian algunas ideas acerca del futuro de las adolescentes embarazadas.

### **5.3.2.- Logros obtenidos en la etapa**

- Muestran intención comunicativa.
- Mejoran la verbalización.
- Expresan con mayor claridad sus pensamientos e ideas.
- Sintetizan mejor sus ideas.
- Comprenden y reflexionan acerca de las vivencias experimentadas en el proceso.
- Establecen diálogos entre las integrantes del grupo.
- Se logra mayor empatía entre el grupo de adolescentes y terapeutas.
- Respetan las intervenciones del resto de las integrantes del grupo.
- Se expresan de forma más asertiva.
- Se atreven a preguntar.

## 6.- ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS SESIONES N° 4 Y N° 7

### Sesión N° 4

- Fecha: Octubre X de 2003 Duración: 120 minutos
- Asisten: Katy (22 semanas de gestación)  
Alicia (8 semanas de gestación)
- Setting: Cojines, mantas, colchonetas, sillas, radio-casette-cd, cámara fotográfica, grabadora, instrumentos musicales: arquín, kalimba, dos maracas, dos panderos, metalófono, océano, dos flautas dulce, kultrún, pezuña, dos kaskawilla, jembé, dos claves, palo de agua, caja challera, toc-toc.
- Actividades: Caminata libre (conciencia corporal), ejercicios localizados, audición (tema instrumental Bordemar), lectura grupal del poema "Dame la mano" de Gabriela Mistral. Presentación musical (nueva integrante). Improvisación musical.

#### Objetivos:

- Distender la musculatura corporal y facial a través de flexión y extensión articular, ejercicios respiratorios, emisión de sonidos, masaje suave y relajación.
- Crear sonidos para el bebé a través del susurro y tarareo.
- Explorar sonidos con los instrumentos musicales.
- Verbalizar lo vivido y sentido.

Se inicia la sesión con un saludo cordial y afectuoso. Se presenta Katy (hoy es su primer encuentro con el grupo).

**Corporalidad:** las adolescentes comienzan con un desplazamiento libre por el espacio acompañado por movimiento de brazos, piernas y cabeza. Se observa inseguridad en la ejecución de los movimientos que realizan, se limitan sólo a subir y bajar los brazos, casi no mueven la cabeza. En cuanto al desplazamiento corporal es monótono; siguen una misma dirección (adelante) y trayectoria (circular). Katy se muestra un poco más cómoda con la actividad, en cambio Alicia se ve apática y distraída. Antes de iniciar los ejercicios respiratorios se pide a las adolescentes despejar las vías respiratorias usando pañuelos. Cuando inician la práctica respiratoria se encuentran de pie y con los brazos relajados, en esta ocasión se observa un poco más de concentración, siguen paso a paso las instrucciones e intentan relajar la musculatura corporal y facial. Posteriormente se les pide que articulen algunos sonidos para reforzar los ejercicios respiratorios anteriores. Tanto Alicia como Katy parecen incómodas, les cuesta emitir los sonidos, se miran entre ellas, se ríen, les da vergüenza. La si-

guiente actividad corresponde a un masaje en parejas (A-B / B-A). Katy recibe el masaje de Alicia. Katy cierra sus ojos, se ve medianamente relajada, no suelta los brazos, mantiene las manos apoyadas sobre su abdomen, al parecer en un intento de proteger a su bebé. Alicia inicia el masaje en los hombros de su compañera, se observa desánimo y apatía, el contacto es escaso, sólo apoya la punta de los dedos, no utiliza la palma de la mano, no se ve comprometida con la actividad. Cuando es el turno de Alicia (recibir el masaje) no varía demasiado su actitud, se ve inquieta, desconcentrada, le cuesta cerrar los ojos, mueve manos y piernas, constantemente cambia de posición. Katy comienza trabajando la zona de la cabeza y rostro, acaricia con suavidad el rostro de Alicia, observa con detalle el cuerpo de su compañera, demuestra agrado y confianza en lo que hace. Al finalizar el masaje Alicia se ve más tranquila, sonrío en forma placentera, manifiesta sentirse con ánimo; en forma espontánea suspira y se tiende de espaldas sobre el piso. En la última actividad de esta etapa se utiliza el método receptivo, en la escucha de un tema instrumental (grupo Bordemar). Se invita a las adolescentes a sentarse cómodamente en las sillas dispuestas para la actividad (en círculo). Cierran los ojos y relajan su cuerpo desde la cabeza hasta los pies; se les pide que se concentren en la música que van a escuchar, y en lo posible no prestar atención a otro tipo de sonidos que provienen del exterior. Comienza la audición con “Dejen volar su imaginación”. Al finalizar la audición musical se pide a las adolescentes que esperen un momento antes de abrir los ojos, luego se inicia lentamente el proceso de recuperación (abrir los ojos y mover partes de su cuerpo).

**Exploración sonoro-musical:** para Katy este es el primer encuentro con los instrumentos. Invitamos a Katy y Alicia a explorar los instrumentos. Las adolescentes y terapeutas se sientan en el piso sobre cojines, los instrumentos están dispuestos en el centro del círculo. Se inicia la exploración sonora con la elección del instrumento que más les llame la atención (visualmente), Alicia escoge el palo de agua y Katy el metalófono, ambas inician su propia búsqueda sonora. Katy elige otros instrumentos, explora con cada uno de ellos un breve tiempo y finalmente vuelve a tomar el metalófono, con el cual permanece un largo rato. Finalizada la exploración sonora le preguntamos a las adolescentes cómo se sienten ahora? Ambas responden que están bien y que están cómodas en la posición sentadas. Invitamos a las adolescentes a una improvisación musical eligiendo un solo instrumento (aquél que más les agrada). Les hacemos la pregunta ¿qué les gustaría tocar? Como respuesta surgen espontáneamente temas relacionados con su bebé, quedando finalmente la consigna “sonidos para mi bebé”. Tanto Katy como Alicia vuelven a escoger los mismos instrumentos de su actividad exploratoria. Inicia la improvisación la terapeuta Jazmín (kalimba) con un sonido suave y constante, le sigue Katy con el metalófono, Alicia con el palo de agua y la co-terapeuta con el triángulo. Katy toma sutilmente la baqueta con su mano derecha, la mano izquierda se encuentra apoyada

sobre su abdomen. Sus primeros sonidos son algo inseguros, no existe un patrón melódico definido. Alicia se suma a esta improvisación con timidez, primero percute con las uñas sobre el instrumento, luego percute los extremos para finalmente invertirlo (sonido de lluvia). En los primeros 3 ó 4 minutos de la improvisación se mantiene estas características, hasta que el triángulo (co-terapeuta) marca un ritmo constante y con aumento de intensidad. A continuación en Katy y en Alicia se produce un cambio radical. Katy percute secuencias melódicas ascendentes, con mayor intensidad y seguridad, Alicia en tanto mueve el palo de agua alternando sonidos largos y cortos, y con algunas repeticiones (duración aproximada de 2 minutos). Se produce un tercer momento en esta improvisación musical. La terapeuta Jazmín (kalimba) interviene con sonidos descendentes, repetidos y con un silencio al final. Alicia modifica nuevamente su ejecución, el sonido de lluvia es más largo y distanciado que el anterior, Katy mantiene su misma secuencia melódica y baja la intensidad, al final de la improvisación desarma el patrón melódico y explora sutilmente sonidos al azar. Se silencia el triángulo, kalimba, y metalófono, Alicia sigue sola aproximadamente medio minuto más.

**Expresión verbal-comunicativa:** comenzamos con la pregunta ¿qué sintieron?, Katy pregunta ¿en qué parte? refiriéndose a las actividades realizadas en la primera o segunda etapa de la sesión. Les especificamos que en el trabajo con instrumentos, pero que si hay algo que necesiten expresar acerca del trabajo corporal, que lo hagan con libertad. Entonces Katy se refiere a la audición musical, manifiesta haberse relajado bastante, que la música le trajo algunos recuerdos de antes del embarazo; de su infancia, luego se refiere a la improvisación musical expresando “yo elegí el metalófono porque me gustó el sonido que tiene, y porque con él es más fácil hacer sonidos para el bebé”. A continuación Alicia expresa “siento que el bebé es más grande de lo real, como que tuviera cinco meses, también siento como que la cabeza del bebé se asoma de repente” y prosigue “igual me siento con encierro, con un poco de miedo y no sé nada de la casa”. Alicia y Katy expresan haberse sentido incómodas usando la voz (tarareo), en cambio con la audición musical se sintieron relajadas y se imaginaron muchas cosas agradables. Antes de finalizar la sesión hacemos entrega de un mensaje escrito (Cupido Juglar) que se refiere a la importancia del canto. En una segunda hoja aparece la primera estrofa del poema “Dame la mano”. Las adolescentes lo miran y lo leen en silencio. Preguntamos luego que les parece lo que han recibido y ellas responden con sonrisas (les agrada). Alicia expresa “esto me recuerda las canciones infantiles”. A partir de esto les contamos que en una próxima sesión cantaremos con la letra del poema. Katy expresa “la letra parece como una canción de cuna, como un vaivén”. Finaliza la sesión con la lectura en grupo del poema, les pedimos que lo lean nuevamente en su casa y que lo mantengan en un lugar cercano a ellas.

## Sesión N° 7

Fecha: Octubre X de 2003

Duración: 120 minutos

Asisten: Alicia (8 semanas de gestación)  
Betzabé (30 semanas de gestación)  
Yolanda (23 semanas de gestación)

Setting: Cojines, mantas, colchonetas, sillas, radio-casette-cd, cámara fotográfica, grabadora, instrumentos musicales: arquín, kalimba, dos maracas, dos panderos, metalófono, océano, dos flautas dulce, kultrún, pezuña, dos kaskawilla, jembé, dos claves, palo de agua, caja challera, toc-toc.

Actividades: Caminata libre (conciencia corporal), ejercicios de respiración abdominal y costal, ejercicios localizados para el parto (pélvicos y de pujo), improvisación musical, uso de la voz (tarareo y canto). Verbalización.

Objetivos:

- Aprender a utilizar ejercicios de respiración, relajación y de preparación para el parto.
- Explorar la voz y cantar una canción en grupo.
- Explorar sentimiento, emociones e ideas a través de la improvisación musical y la verbalización.

Se inicia la sesión con un saludo cordial de bienvenida. Hoy asisten tres adolescentes, ninguna de ellas asistió a la sesión anterior.

**Corporalidad:** Las adolescentes inician el trabajo corporal con una breve caminata por el espacio, tomando conciencia de cada una de las partes de su cuerpo y realizando aquellos movimientos deseados y/o necesarios para ellas. Posteriormente se tienden en el piso sobre colchonetas, descansan un par de minutos (3 ó 4 aproximadamente). La terapeuta (Jazmín) les comenta acerca de los beneficios que tiene la práctica de ejercicios físicos durante el embarazo y como preparación para el parto. En posición decúbito dorsal inician el ejercicio de respiración abdominal, cambian a posición decúbito lateral (respiración costal) y prosiguen con ejercicios pélvicos (posición arrodillada) y ejercicio de pujo (posición decúbito dorsal), finalizan la secuencia de ejercicios en esta misma posición y colocando un cojín entre sus rodillas con el propósito de descansar y relajarse (5 a 6 minutos). En la siguiente actividad se trabaja en parejas (A - B) (C -D). Sentadas en el piso y espalda con espalda, las adolescentes toman contacto con "el otro", interactúan con pequeños masajes y apoyo de la cabeza sobre el hombro de su compañera, inician la exploración de su propia voz, utilizando los sonidos "m", "n", "a", "o" y "u", con el fin de percibir las vibraciones propias y del "otro". Tararean en forma



individual y en pareja. Durante el trabajo corporal se observa a Betzabé inquieta, con dificultad para cambiar de posición, se nota cansada e incómoda con la ropa que trae puesta. Alicia en cambio se mueve con más soltura, aunque se ve distraída, mira hacia otros sitios y realiza algunos gestos faciales. Sus manos están siempre apoyadas sobre su abdomen. Yolanda parece ansiosa al inicio de la actividad, algo intranquila pero pendiente de las instrucciones dadas, hacia el final de los ejercicios se ve más relajada, logra conectarse con el descanso final. En el trabajo de masaje en pareja, las adolescentes se distraen al comienzo, conversan, se ríen, les cuesta encontrar una posición cómoda y definitiva. Al iniciar la exploración de la voz se produce un largo silencio, no hay respuesta, parecen no entender lo que se pide. Se insiste nuevamente en la instrucción, parten con timidez y parecen avergonzadas, tienden a bajar la cabeza. A medida que avanza la exploración toman confianza, ya que todas tararean al mismo tiempo. Hacia el final se observa mayor seguridad en los sonidos emitidos y sus cuerpos parecen más relajados.

**Exploración sonoro-musical:** sentadas cómodamente en el piso, sobre cojines, en círculo y con los instrumentos dispuestos en el centro se inicia la actividad. La co-terapeuta (Jazmín) pregunta ¿ya han escogido un nombre para su bebé? Las tres adolescentes responden afirmativamente, Alicia y Yolanda se expresan con seguridad, en cambio Betzabé parece dudar. Se invita a las adolescentes a escoger un sólo instrumento, aquél que pueda hablar por ellas y decirnos el nombre de su bebé. Yolanda es la primera en escoger instrumento, toma al toc-toc e inicia inmediatamente su interpretación, percute con seguridad logrando variedad de sonidos, se aprecia riqueza en el ritmo, hay matices, silencios bien definidos, cambia el patrón rítmico en tres momentos, manteniendo siempre la corchea como nota base, hay aumento de velocidad e intensidad en su interpretación. Yolanda se ve entusiasmada, contenta, su actitud corporal es armónica en relación al instrumento. Betzabé pregunta ¿hay que cantar al bebé con ésto? (refiriéndose al instrumento), y el nombre es completo? Escoge el arquín y una baqueta, percute con seguridad, los sonidos son claros y brillantes, las primeras notas percutidas son “do-mi-fa-sol”, vuelve al “re” y continúa en forma ascendente hasta llegar a la última nota. Su interpretación es la más breve de las tres. Alicia toma el metalófono, demasiada distancia entre ella y el instrumento dificulta su interpretación, su cuerpo e instrumento no logran integrarse, percute la nota “do”, intenta buscar un patrón melódico con las notas siguientes, se detiene por unos segundos, reinicia su improvisación, ahora los sonidos son más dispersos, los golpes con la baqueta son inseguros, con volumen bajo (débil), pareciera decir muchos nombres y a la vez ninguno. Alicia parece no estar conforme con lo que tocó, baja la mirada, luego se ríe. Invitamos a las adolescentes a cantar en grupo el poema “Dame la mano”. Ellas tuvieron el primer contacto con la letra del poema en la sesión N° 4 y la tararearon en la sesión N° 6. Cantamos en grupo la primera y segunda estrofa,

en la tercera estrofa (previo acuerdo) cantan individualmente por turnos, reemplazando la palabra “Rosa” (del texto) por el nombre de su bebé, y la palabra “Esperanza” por su propio nombre. Esta actividad pone contentas a las adolescentes, interactúan por medio de gestos, risas (carcajadas) y breves palabras, participan activamente, se ven alegres. Alicia y Yolanda cantan el nombre de su bebé, Betzabé sólo lo tararea (sonido “m”). Pedimos a las adolescentes que en los días siguientes transcriban a un papel la letra de aquella canción que más les guste para cantarle a su bebé, y la traigan la próxima sesión. Casi en forma inmediata interviene Yolanda diciendo “ah!, yo le canto esa canción...” y comienza a cantar “Contigo en la distancia” (bolero). Canta con muchas ganas expresando gran emoción, su voz es afinada y melódica (canta la primera estrofa y coro). Mientras canta, Alicia la acompaña espontáneamente con el metalófono. Finaliza la actividad con una sonrisa colectiva y rostros placenteros.

**Expresión verbal-comunicativa:** las adolescentes están muy entusiasmadas con lo vivido, comentan entre ellas acerca de los nombres de sus bebés y de diferentes canciones que les gustan. La co-terapeuta (Jazmín) pregunta al grupo ¿cada una tiene el nombre de su bebé ya establecido?, ¿ya saben el sexo de su bebé?. Yolanda nos dice “sí, ya tengo el nombre, siempre lo he pensado así, pero no sé lo que es”, ¿y cómo imaginan ese nombre? Pregunta la co-terapeuta. Yolanda nos dice “me imagino que es un nombre para un hombre especial, porque el nombre es muy importante...”yo creo que mi guagua va a ser alguien importante”, mientras verbaliza vuelve a percutir el toc-toc. Betzabé comenta “el nombre de mi bebé es hermoso, como angelitos chiquititos, y yo elegí ese nombre porque nadie tiene ese nombre...estoy contenta con ese nombre”. Alicia dice “el nombre de mi hijo es bonito, yo lo elegí sola y apenas supe que estaba embarazada”. Pregunto a Alicia ¿estás contenta con ese nombre? y ella responde “sí!! porque se mueve ahora” (Alicia tiene 10 semanas de gestación). Durante esta parte de la verbalización Alicia percute suavemente el metalófono, parece llevar una melodía de fondo, posiblemente no quedó muy conforme con su improvisación, pese a la afirmación anterior. Con respecto a la canción grupal, las adolescentes expresan haberse sentido bien y entretenidas. Yolanda nos dice “yo canté el nombre de mi bebé y el mío, aunque yo no sé si es hombre, mañana voy a saber”. Interviene Alicia que nos dice “yo quiero que sea niña..., es que se tapó! Igual es muy chiquitita, pero tenía las manitos y todo” (se refiere a una ecografía tomada hace unos días). Betzabé habla poco, no desea revelar el nombre de su bebé, pero afirma que es hombre “es un hombre, es un hombre hecho y derecho”. A continuación las adolescentes interactúan nuevamente hablando del sexo de sus bebés y de otros nombres que les gustaban al comienzo del embarazo. Expresa Betzabé “a mi guagua le gusta esa canción que le canto, es un villancico de navidad”, Alicia canta “la virgen va caminando” (se la canta a su hermano menor). Betzabé pregunta al finalizar

la sesión si puede escribir más de una canción para la sesión siguiente. Se ven contentas, con ánimo, al parecer no quieren terminar la sesión. Mientras ordenamos los instrumentos las adolescentes siguen conversando, tocan otros instrumentos y cantan trozos de otras canciones. Se les recomienda que sigan practicando en sus casas los ejercicios respiratorios y de preparación para el parto.

#### IV.- CONCLUSIONES

Gracias a la práctica profesional con un grupo de adolescentes, tuve la oportunidad de reencontrarme con la belleza de la vida, con la maternidad y conmigo misma. Formar parte del grupo e interactuar con cada una de las integrantes en un contexto no-verbal y verbal constituye una experiencia única para cualquier ser humano, y en lo personal es un valioso aporte para mi desarrollo como futura musicoterapeuta.

No fue fácil planificar las sesiones, producto de la asistencia ocasional de algunas adolescentes y el ingreso tardío de otras, sin embargo con la programación y aplicación de nuevas metodologías de trabajo logramos mantener al grupo motivado y con deseos de continuar trabajando. La configuración de un grupo seguro, de comprensión y confianza fue la clave que permitió a las adolescentes expresarse en forma espontánea, sin sentirse criticadas ni juzgadas, mejorando así la capacidad de expresión de su afectividad y bajando el nivel de angustia producto de su embarazo.

Escogí para el análisis descriptivo del proceso las sesiones N° 4 y N° 7 porque fueron las únicas en las cuales se trabajó más detalladamente la expresión de la voz, y desde mi punto de vista y al igual que el musicoterapeuta Benenzon, considero que la voz es una extensión del cuerpo y éste es el primer instrumento utilizado en el vínculo entre la madre y su bebé. La sesión N° 7 fue especialmente significativa tanto para las adolescentes como para mí, a través del canto se obtuvo valiosa información, las adolescentes disfrutaron plenamente con el canto grupal, nunca antes las había visto tan contentas y cercanas.

A medida que fui revisando la bibliografía para el desarrollo de la presente monografía, se abrió mi mente e imaginación; una nueva motivación traspasó mis sentidos, por tal razón quiero citar al musicoterapeuta Diego Schapira y sus valiosos aportes en el trabajo con canciones (Método Plurimodal), del mismo modo cito al musicoterapeuta Gabriel Federico, por su gran contribución en el trabajo con mujeres embarazadas. Ambos autores me fueron muy útiles en la orientación de mi trabajo.

Me siento conforme con los logros obtenidos con las adolescentes, aunque al comienzo del programa tuvieron mucha dificultad para expresarse corporal y musicalmente, ya en la cuarta sesión comenzaron a producirse los cambios. Los principales logros en las adolescentes fueron: aceptación

de sí mismas y de su bebé, disminución de los estados de ansiedad y tensión muscular, reflexionar acerca de su vida, fortalecer el vínculo madre-hijo y respeto por sus compañeras de grupo.

La relación entre musicoterapeuta y co-terapeuta, basado en la honestidad y compañerismo fue parte fundamental del proceso. Tanto en la programación como en la ejecución de las diversas actividades se mantuvo coherencia y sincronización. Dadas las características del grupo de adolescentes se programaron sesiones flexibles y dinámicas en donde musicoterapeuta y co-terapeuta cambian de rol dependiendo de las necesidades reales del grupo.

En la última sesión del programa se obsequió a las adolescentes un CD, que recopila la música empleada durante el proceso.

Me siento muy motivada a seguir trabajando con adolescentes embarazadas, espero proyectarme en esta área en un futuro cercano, “una vida nueva...un nuevo desafío”.

## V.- BIBLIOGRAFIA

1. Alvin, Juliette. Musicoterapia Edit. Paidós. Bs. Aires, Argentina
2. Benenzon, Rolando Sonido-Comunicación-Terapia Amarú Edic. Salamanca, España 1997
3. Berge Ivonne Danza la Vida Ediciones Narcea S.A. Madrid, España 2000
4. Caruso, E. Carlos Silbando en la Oscuridad Topia Edit. Bs. Aires, Argentina 1997
5. De León, Cristina Cuerpo y Representación Edit. Psicolibros Montevideo, Uruguay 2000
6. Del Castillo, Marta y ot. Maternidad Adolescente en Medios Subprivilegiados Edit. Humanitas 1988
7. Federico, F. Gabriel Música Prenatal Edit. Kier Bs. Aires, Argentina 2003
8. Federico, F. Gabriel El Embarazo Musical Ed. Kier Bs. Aires, Argentina 2001
9. Federico, F. Gabriel Melodías para el Bebé Antes de Nacer Edit. Kier Bs. Aires, Argentina 2004
10. Fuentes C. María E. Adolescente Embarazada Edit. Universitaria Santiago, Chile 1994
11. Gauna, Gustavo D. Entre los sonidos y el silencio Edit. Artemisa Bs. Aires, Argentina 1995
12. Jongeward, James Nacidos para triunfar E. U. A. Fondo Educativo Interamericano S.A. 1976
13. Larsen, William J. Embriología Humana Edit. Grafos S.A. Madrid, España 2003
14. Martín H, José A. Manual de Antropología de la Música Amarú Ediciones Salamanca, España 1997
15. Miranda H, Gonzalo J. Lacan y lo Fundamental del Psicoanálisis LOM Edic. Santiago, Chile 2003
16. Molina, R. Adolescencia y Embarazo 2ª Edición Publicaciones Técnicas Mediterráneo Santiago, Chile 1992
17. Peláez G. Paula El Adolescente en conflicto Salud Integral Edit. A. Bello Santiago, Chile 1996
18. Penchansky, Mónica En Movimiento, Didáctica de la Expresión Corporal Edit. Sudamericana Bs. Aires, Argentina 1997
19. Kalmar, Déborah Que es la Expresión Corporal Edit. Lumen Bs. Aires, Argentina 1998
20. Pérez S., Alfredo Obstetricia Public. Técnicas Mediterráneo Santiago, Chile 1999
21. Poch B., Serafina Compendio de Musicoterapia Vol. I Edit. Herder Barcelona, España 1999

22. Schapira, Diego Facetas de la Inefable Edit. Enelivros Río de Janeiro, Brasil 2002
23. Stevens, John O. El Darse Cuenta Edit. Cuatro Vientos Santiago, Chile 1991
24. [www.apsique.com/tiki.php?page=desaadolecencia](http://www.apsique.com/tiki.php?page=desaadolecencia)
25. [www.escuela.med.puc.cl/curso/lecciones/leccion15/M3L15leccion2.html](http://www.escuela.med.puc.cl/curso/lecciones/leccion15/M3L15leccion2.html)
26. [www.escuela.med.puc.cl/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15leccion2.html](http://www.escuela.med.puc.cl/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15leccion2.html)
27. [www.escuela.med.puc.cl/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L1Leccion2.html](http://www.escuela.med.puc.cl/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L1Leccion2.html)
28. [www.lanacion.com.ar](http://www.lanacion.com.ar)
29. [www.lanacion.com.ar](http://www.lanacion.com.ar) Diario La Nación 16/01/2005 / Gabriel Federico
30. [www.med.unne.edu.ar/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://www.med.unne.edu.ar/revista107/emb_adolescencia.html)
31. [www.pangea.org/anep/conf\\_influye.htm](http://www.pangea.org/anep/conf_influye.htm)
32. [www.rincondelvago.com/psicologia-evolutiva\\_9.html](http://www.rincondelvago.com/psicologia-evolutiva_9.html)
33. [www.tercerfecto.com/conceptos.php](http://www.tercerfecto.com/conceptos.php)
34. [www.tomatis.8K.com/](http://www.tomatis.8K.com/)

## VI.- ANEXOS

### ANEXO N° 1

#### FICHA DE LA HISTORIA SONORO MUSICAL

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estudios realizados: \_\_\_\_\_

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Con quién vive: \_\_\_\_\_

1. Recuerda Usted canciones de la primera infancia? Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, menciónelas \_\_\_\_\_

Podría cantarlas?

2. Cómo definiría el ambiente musical de su hogar: Estimulante ( ), Variado ( ), Aburrido ( ), Acogedor ( ), Otro ( ), cuál?

\_\_\_\_\_

3. Alguno de sus padres obtuvo estudios musicales? Si \_\_\_ No \_\_\_ De qué índole?

\_\_\_\_\_

4. En su familia, propia o cercana, alguien ejecuta algún instrumento musical? Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, quién? \_\_\_\_\_

Cuál instrumento? \_\_\_\_\_

5. Ejecuta Usted algún instrumento musical? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cuál? \_\_\_\_\_

por qué lo eligió? \_\_\_\_\_

6. Ha realizado alguna clase de estudios de música? En caso afirmativo, menciónelos

\_\_\_\_\_

7. Le gusta cantar? Si \_\_\_ No \_\_\_ Por qué? \_\_\_\_\_

8. Escriba el nombre de alguna canción (o parte) que tenga especial significación en su historia personal:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Recuerda haber tenido en su infancia un instrumento musical real o de juguete? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cuál?

\_\_\_\_\_

10. Algún instrumento musical, le produce agrado? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cuál? \_\_\_\_\_

11. Algún instrumento musical, le produce desagrado? Si \_\_\_ No \_\_\_

Cuál? \_\_\_\_\_

12. Recuerda, en algún periodo de su vida, algún sonido especial o característico? Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, cuál? \_\_\_\_\_



13. Cuál es su reacción frente al ruido?. Descríbala! \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Cuál es su reacción frente al silencio?. Descríbala! \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Actualmente, qué clase de música es preferida por Usted?

\_\_\_\_\_

16. Usualmente, escucha música? Si \_\_ No\_\_ Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

17. Mencione el nombre de 4 canciones que a Usted le gusten. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La presente ficha, fue diseñada por mi compañera Jazmín Cañas y yo, teniendo en cuenta los aspectos más relevantes de lo aprendido en el postítulo de Musicoterapia, en las características de la población y en matices de otros autores Musicoterapeutas.

## ANEXO N° 2

### PROTOCOLOS PARA SESIONES DE MUSICOTERAPIA

#### Protocolo I: De preparación del MT para sesión grupal

Nombre del paciente:

Sesión N°:..... Fecha:..... Hora:.....

Datos referentes al musicoterapeuta:

¿Cómo está el cuerpo? Relajado, contracturado, tenso:

¿Qué parte? :.....:

Otras:.....

Estado de ánimo: Alegre, indiferente, angustiado, ansioso, triste, preocupado, temeroso:

Otros:.....

¿Causa? :.....

Estoy pensando: en mí mismo, en el paciente:

Otras asociaciones:

¿Cuáles? :.....

¿Estoy apurado?

Otras observaciones:.....

#### Protocolo II: De preparación del setting y del GOI

##### A) Datos relevantes del setting

Características particulares del gabinete:

Luz:..... Olor:..... Temperatura:.....:

Sonidos exteriores:

Vestimenta del MT: ..... Color:.....

##### B) GOI

Cantidad de instrumentos:

¿Cuáles? :.....:

Disposición espacial:

¿Se agregó un nuevo instrumento?:

¿Cuál? :.....:

Causa:.....:

¿Se agregó otro elemento no convencional?:

¿Cuál? :.....

Causa:.....

##### C) ¿Se utilizaron sonoridades o música grabada?

¿Cuáles? :.....

Causa:.....

##### D) Estrategia pensada:

#### Protocolo III: Protocolo de la sesión.

(Debe realizarse una vez finalizada la sesión)

Nombre del paciente:

Sesión N°:..... Fecha:..... Hora:.....

**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 córpоро-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 córpоро-sonoro-musical que caracterizó la sesión:

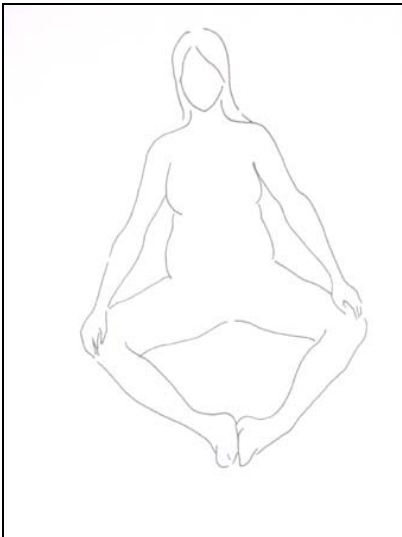
El momento de mayor comunicación:

Consignarlo:.....

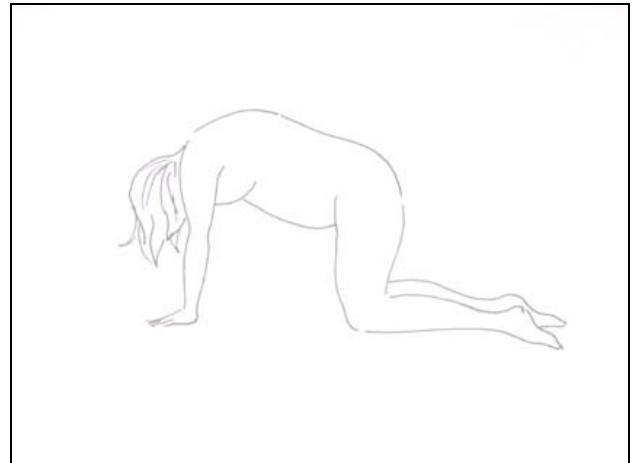
Estrategia pensada para la próxima sesión:

### ANEXO N° 3

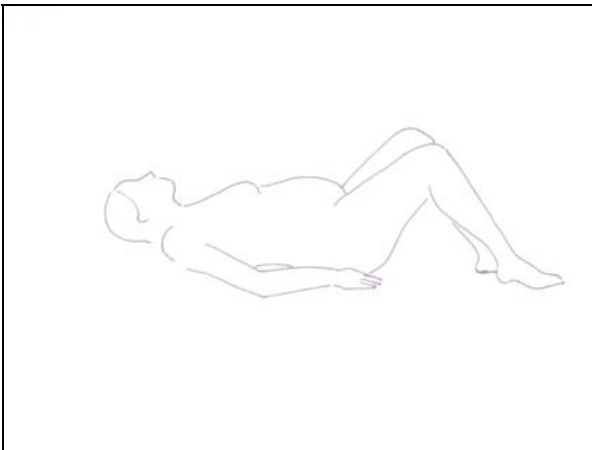
Ejercicios de preparación para el parto y relajación (sesión N° 7)



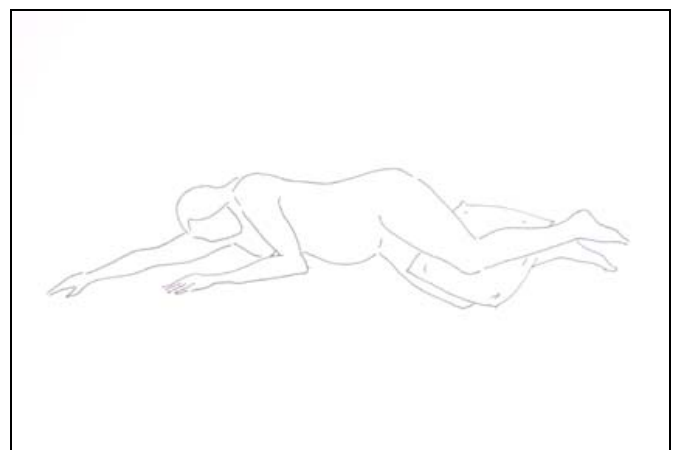
Ejercicio de respiración y relajación.  
Posición Buda.



Ejercicio pélvico en posición arrodillada.



Ejercicio de respiración abdominal en posición  
decúbito dorsal.



Relajación en posición decúbito lateral.

## ANEXO N° 4

### Lectura y canto sesión N° 4 y N° 7

#### Dame la Mano.

G. Mistral

I

Dame la mano y danzaremos  
dame la mano y me amarás  
Como una sola flor seremos  
Como una flor y nada más.

II

El mismo verso cantaremos  
al mismo paso bailarás  
Como una espiga ondularemos  
Como una espiga y nada más.

III

Te llamas Rosa y yo Esperanza  
pero tu hombre olvidará  
porque seremos una danza  
en la colina y nada más.



Taller de Musicoterapia.

## ANEXO N° 5

### Canto espontáneo de Yolanda (sesión N° 7)

#### Contigo y la distancia

- No existe un momento en el día en que pueda apartarme de ti. El mundo parece distinto cuando no estás junto a mí. No hay bella melodía en que no surgas tú ni yo creo escucharla sino la escuchas tú.

Coro:  
Es que te has convertido en parte de mí y ya nada me consuela sino estás tú también más allá de tus labios del sol y las estrellas contigo a la distancia. Ayuda mía estoy.

## ANEXO N° 6

Yolanda, Betzabé y Alicia en dos momentos de la sesión N° 7





## Otros momentos de la experiencia terapéutica

