



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Artes

Escuela de Post Grado

**INTERVENCIÓN MUSICOTERAPEUTICA
EN UN NIÑO QUE PRESENTA
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

Monografía para optar al curso de Especialización de Post Título en Terapias de
Arte mención Musicoterapia

**FRESIA ADELA MIRANDA AGUIRRE
PROFESORA DE ESTADO EDUC. GRAL BASICA U.CH.
POST-TITULO PROFESORA EDUC. ESPECIAL Y DIFERENCIADA P.U.C.**

PROFESOR GUÍA: PATRICIA LALLANA URRUTIA

Santiago, Chile

2007

AGRADECIMIENTOS

- *¡Gracias Alejandra por acompañarme en el recorrido de este trabajo, y por brindarme tu creatividad y tu energía!*

A mi madre, que alimentó mi espíritu sensible.

A mi padre, que me transmitió su fortaleza y perseverancia.

A mi hermano Papy, por ayudarme a comprender el secreto mundo del

Lenguaje con Sabiduría, Humildad y Pasión.

A mis hijos quienes, a la distancia, son lo más importante de mi vida.

A todos los míos.....

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	ii
Tabla de Contenido.....	iii
RESUMEN	v
I INTRODUCCION.....	1
II MARCO TEORICO	3
1.- Aspectos generales del trastorno del espectro autista	3
1.1.- Definición	3
1.2.- Causas.....	3
1.3.- Conductas presentes en niños y niñas con autismo:	4
1.4.- Características de la personalidad de niños (as) con Trastorno del Espectro Autista.	4
2.- Dimensiones del Trastorno	5
2.1.- Desarrollo motor.	5
2.2.- Desarrollo perceptivo.....	6
2.3.- Desarrollo cognitivo.	6
2.4.- Desarrollo de la comunicación.....	6
3.- Evolución del Trastorno del Espectro Autista.	7
4.- Repercusiones educacionales	8
5.- Musicoterapia.....	9
5.1.- Definición de Musicoterapia:.....	9
5.2.- La Musicoterapia en el niño con Trastorno del Espectro Autista.....	11
5.3.- Principios básicos en Musicoterapia.....	11
5.4.- Métodos en Musicoterapia.....	14
5.5.- Rol del Terapeuta	16
III MÉTODO DE TRABAJO	19
1.- La Institución de práctica.	19
2.- Organización del Trabajo de Musicoterapia: Horario, Setting, Supervisión-Grabación, Devolución.	21
2.1.- Horario:	21
2.2.- Setting:.....	21
2.3.- Supervisión-Grabación:	22
2.4.- Devolución.	22
3.- Características personales de Ariel	23
3.1.- Ambiente sonoro-musical de Ariel	24
4.- Objetivos	24
4.1.- Objetivo General:.....	24
4.1.- Objetivos Específicos.....	25

5.-	Implementación del trabajo musicoterapéutico.....	25
5.1.-	Inicio.....	25
5.2.-	Desarrollo	26
5.3.-	Cierre 28	
IV	EVALUACIÓN	29
V	CONCLUSIONES	30
VI	BIBLIOGRAFIA.....	32

RESUMEN

La presente monografía da cuenta de la Etapa de Práctica Profesional realizada en la Escuela Especial N° 1637, perteneciente a ASPAUT (Asociación de Padres y Amigos de los Autistas) que está ubicada en la comuna de San Miguel, institución en donde se trabajó con Ariel, un niño de ocho años que presenta Trastorno del Espectro Autista. Dicha práctica fue gestionada por la coordinadora del Post-título de Terapias de Arte con mención en Musicoterapia, Sra. Susanne Bauer; la directora de la institución, Sra. Juana Espíndola, y la supervisora de práctica, Sra. Patricia Lallana Urrutia. Esta última profesional ha entregado apoyo y asesoría, tanto en la intervención musicoterapéutica como en la elaboración de esta Monografía.

El trabajo de práctica incluyó estudio de antecedentes del alumno, entrevista a la madre, contacto con jefe UTP y con la profesora que atiende individualmente a Ariel. Luego, se realizaron 12 sesiones de Musicoterapia propiamente tales.

Los objetivos planteados apuntan a complementar el trabajo multidisciplinario de psicólogos, fonoaudiólogos y profesores especialistas, en orden a mejorar las destrezas necesarias para la comunicación, la conducta social y facilitar la realización de actividades de la vida diaria.

Como resultado de esta experiencia, fue posible observar respuestas positivas del paciente, traducidas en miradas, contacto corporal y la pronunciación de algunas sílabas. Todo ello deja en evidencia el vínculo afectivo establecido entre el niño y la terapeuta, como respuesta a los estímulos còrporo-sonoro-musicales presentados.

I INTRODUCCION

Después de un largo período desempeñado como profesora de Educación Especial, y teniendo a la música como una permanente fuente de satisfacción inmediata y de emociones diversas, elegí incursionar en el mundo de la Musicoterapia. Hoy en momentos de finalizar el Post-Título, soy capaz de reconocer infinitos atributos en ella, y el trabajo que se describirá a continuación es una fiel prueba de mi afirmación.

La práctica, como ya lo he mencionado anteriormente, se desarrolló en una Escuela Especial dependiente de ASPAUT, Asociación de Padres y Amigos de los Autistas, como musicoterapeuta de Ariel, en quien está basado este trabajo, quien presenta Trastorno del Espectro Autista.

Esta práctica se realizó entre los meses de abril y agosto del año 2005, con un total de 14 sesiones de trabajo individual, las que se llevaron a cabo una vez a la semana, los días lunes desde las 14:30 hasta las 17:00 horas.

Se estableció estrecha comunicación con la madre de Ariel quien entregó importantes datos sobre momentos pre, peri y post-natales, los que han pasado a formar parte de la historia personal del niño. También se consultó a la profesora especialista que lo atiende en forma personalizada, la que permitió el acceso al Programa Educativo Individual, año 2005, el que incluye las áreas de desarrollo a estimular, con las correspondientes actividades. Este Programa de trabajo contempla la Integración Multisensorial, metodología que se constituye en gran soporte del trabajo a desarrollar con este tipo de niños, pues utiliza todas las vías sensoriales de entrada y salida de la información. La Musicoterapia viene a cobrar su importancia en este aspecto gracias a su intervención en los niveles físico, emocional-social, cognitivo, sensorial y motor.

Se utilizó metodología receptiva y activa, con recursos necesarios de música, incluyendo la voz humana, el cuerpo, la manipulación de objetos intermediarios, juego de luces, sonidos diversos. La elección de la música se hizo en relación con el ISO (Identidad sonora) del niño, es decir, se utilizó música lo más parecida a su estado de ánimo, considerando su permanente hiperactividad. Todo esto con el fin de facilitar una respuesta mental y emocional de Ariel. Se consultó bibliografía especializada, y la opinión de otros profesionales: Musicoterapeuta, Kinesiólogo y Psicólogo.

Los resultados del trabajo realizado se detallan en la presente Monografía, enunciando todos los pasos que se requirieron en la intervención Musicoterapéutica, todo ello con el fin de lograr el objetivo propuesto en este importante y significativo caso a explorar.

II MARCO TEORICO

1.- Aspectos generales del trastorno del espectro autista

1.1.- Definición

El autismo y el Trastorno Generalizado del Desarrollo, (Pervasive Developmental Disorder, PDD) son discapacidades del desarrollo que comparten muchas de las mismas características y generalmente son evidentes antes de los tres años de edad. El autismo como el PDD son trastornos neurobiológicos que afectan la habilidad del niño y la niña en cuanto a comunicación, comprensión del lenguaje, el juego y su relación con los demás. Actualmente uno de cada mil habitantes presentan características autistas y es más frecuente en los varones. El autismo es un trastorno que se padece por toda la vida, aunque las manifestaciones cambian conforme pasa el tiempo y algunos síntomas mejoran mientras otros pueden hacerse más severos. El concepto del **espectro autista**, es un continuo de diferentes dimensiones y no establece una categoría única, permitiendo reconocer, a la vez, lo que hay de común entre las personas con autismo, y aquello que las diferencia.

1.2.- Causas

Se reconocen múltiples etiologías, que van desde Alteraciones Genéticas a Trastornos Metabólicos o Procesos Infecciosos, los que pueden intervenir en diversas fases del desarrollo pre, peri o postnatal del Sistema Nervioso Central del niño o niña. A pesar de ello, no se cuenta hasta el momento con una respuesta a las causas del autismo.

El autismo está presente en todo el mundo, en cualquier raza y en todas las clases sociales.

1.3.- Conductas presentes en niños y niñas con autismo:

1.3.1.- Dificultad para relacionarse con otras personas

1.3.2.- Alteraciones del lenguaje

1.3.3.- Alteraciones de la función sensorial

1.3.4.- Alteraciones de la conducta afectiva

1.3.5.- Presencia de conductas repetitivas

1.3.6.- Ausencia de juego simbólico

1.3.7.- Tendencia a los rituales

1.4.- Características de la personalidad de niños (as) con Trastorno del Espectro Autista.

- Su cerebro sólo logra concentrarse en lo que le interesa, ignorando todo lo demás.
- Aunque ellos escuchan, comprenden ciertas palabras o frases. El resto es confuso para ellos. Más difícil les resulta expresarse. Los que logran hablar, repiten una y otra vez las palabras y frases que aprenden, siempre del mismo modo.

- Puede ser que con algunos de sus sentidos sean muy sensibles, por lo que ciertos sonidos les pueden ser insoportables. Lo que para nosotros es una caricia, para ellos puede ser molesto. Ciertos brillos o reflejos, también pueden ser percibidos en forma deformada por ellos.
- Por lo afirmado anteriormente, el mundo y las personas resultan difíciles de entender para un niño autista. A ellos les da la sensación que todo va muy rápido a su alrededor y que todo cambia a cada minuto. En pocas palabras: el mundo para ellos es un caos.

2.- Dimensiones del Trastorno

Para entender el trastorno del Espectro Autista es necesario entender los ámbitos del desarrollo personal que se ven afectados por este síndrome, y que se describen a continuación:

2.1.- Desarrollo motor.

El niño autista consigue los logros motrices casi a la misma edad que el niño normal, pudiendo existir un ligero retraso. Sin embargo, determinados aspectos de la conducta motriz son anormales. Prestan poco o ninguna atención a la estimulación externa, prefiriendo la estimulación repetitiva que ellos mismos se proporcionan, la que se traduce en balanceos y/o movimientos estereotipados.

2.2.- Desarrollo perceptivo.

Su reacción a la experiencia sensorial es extraña. A veces, actúa como si no escuchara, no pudiera ver, percibir olores ni sentir el contacto de otras personas que lo tocan. En cambio en otras ocasiones, puede demostrar que sí sus sentidos funcionan.

2.3.- Desarrollo cognitivo.

La mayoría de los niños autistas presentan un retardo intelectual, pudiendo ser que el retraso sea en el aspecto cognitivo, el que afecta principalmente el área del lenguaje. Al ser incapaces de realizar el juego simbólico, estos niños y niñas no ejercitan aquellas experiencias motoras que luego debieran dar paso al símbolo y posteriormente a la palabra. En cuanto a su memoria, podemos mencionar que pueden recordar pasajes enteros de conversaciones que han oído, o recitar canciones. Sin embargo, aquello que recuerdan parece no tener importancia..

2.4.- Desarrollo de la comunicación.

Según Kanner (1943), una de las características del autismo es la falta de cualquier intención de comunicarse de manera válida con otras personas. Aproximadamente la mitad de todos los niños autistas nunca adquieren ningún tipo de habla funcional.

Para algunos, la repetición de palabras oídas es todo lo que saben decir, pero otros avanzan y hablan espontáneamente. Sin embargo, de vez en cuando, colocan en orden incorrecto las palabras en la frase.

3.- Evolución del Trastorno del Espectro Autista.

Frecuentemente, los padres de niños autistas no advierten problemas durante los primeros dos años de vida, ya que el bebé parece normal en todo sentido, siendo al tercer año cuando ocurre una regresión en la que el niño pierde todas las habilidades adquiridas, empezando a aparecer de a poco los síntomas del Trastorno del Espectro Autista como:

- Falta de respuesta social: rara vez mira a su madre, sin reaccionar tampoco cuando ésta se acerca o se aleja
- Juego solitario
- Mecerse o golpearse la cabeza sin demostrar dolor
- Fascinación por objetos que giran, girando ellos también
- Resistencia al adiestramiento en el control de esfínter
- El habla no es empleada como forma de comunicación
- Presentan ecolalia (repetición exacta de lo escuchado)
- Presentan conductas rituales y estereotipadas
- Desarrollan lazos afectivos con determinados objetos

- Les gusta tener los objetos en el mismo lugar
- Berrinches y ataques agresivos

4.- Repercusiones educativas

Se requiere de un diagnóstico temprano y programas educativos destinados a mejorar las capacidades de comunicación, conducta académica y social, y aquéllas destrezas para la vida diaria. El ambiente escolar debe ser estructurado con apoyo de profesionales multidisciplinarios.

Los problemas de conducta y de comunicación que interfieren con el aprendizaje deben ser tratados por especialistas en el campo del autismo. Para sobrepasar los problemas frecuentes en la generalización de destrezas aprendidas en la escuela, es muy importante desarrollar programas consistentes y predecibles con los padres, con el fin de que las actividades de aprendizaje, experiencias y enfoques, puedan ser replicados en el hogar y en la comunidad.

A través de programas educativos diseñados para satisfacer las necesidades individuales del alumno, y servicios especializados para el apoyo de adultos en el empleo y la vivienda, los niños y los adultos con Tr del E A pueden vivir y trabajar en la comunidad.

5.- Musicoterapia

5.1.- Definición de Musicoterapia:

5.1.1.- “La Musicoterapia es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos córpore-sonoro-musicales, para desarrollar, elaborar y reflexionar un vínculo o una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupo de pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, rehabilitarlo y recuperarlo para la sociedad.”

Rolando Benenzon, 1998.

5.1.2.- Según la Sociedad de Nueva Zelanda de Musicoterapia: “La música es una herramienta poderosa y útil para establecer una comunicación con niños y adultos, apoyar el aprendizaje y re-aprendizaje en áreas intelectuales, físicas y emocionales. Esto incluye la utilización de la música para fines preventivos y rehabilitativos. La música utilizada de esta manera en una variedad de encuadres, bien sea a nivel individual o en grupo, es Musicoterapia.”

Kenneth E. Bruscia. 1984.

5.1.3.- “La Musicoterapia de Orff es una terapia multisensorial. La utilización del material musical: discurso fonético rítmico; ritmo libre y métrico; melodías al hablar y cantar; el manejo de instrumentos, se organiza de tal manera que se orienta hacia todos los sentidos.”

Carl Orff. 1980.

Las definiciones antes mencionadas contienen los elementos “música” y “aplicaciones multisensoriales.”_ En cuanto a la música, y más exactamente a sus efectos sociales, Serafina Poch (1998) afirma: “En todas las sociedades, una de las funciones de la música ha sido la de la representación simbólica de otras cosas, ideas y comportamientos, mediante signos melódicos y armónicos. El peculiar “lenguaje musical”, con su capacidad de suscitar emociones, crea el clima adecuado a la introspección y a la expresión de uno mismo, así como a la necesidad de ir hacia los demás”. En cuanto a las “aplicaciones multisensoriales”, ellas han formado parte del proceso musicoterapéutico llevado a cabo con Ariel, dando así continuidad al método de Integración Multisensorial aplicado por la institución de práctica, como ya lo mencioné anteriormente. A este respecto me parece oportuno citar lo afirmado por Kenneth Bruscia. (1997), dando con ello más sentido aún a la elección de las definiciones: “La música engloba todos los sentidos. Aunque típicamente pensemos como una forma de arte “auditiva”, también promueve una estimulación visual, táctil y cinestésica, y nos ofrece oportunidades para responder a través de estos canales sensoriales. De esta manera, como “estímulos”, la música puede proveer una entrada multisensorial, y como “respuesta”, la música puede proveer canales multisensoriales de salida”.

El mismo autor señala: “Los aspectos multisensoriales de la música la hacen ideal para el uso terapéutico. Es así como los musicoterapeutas están muy preocupados con qué modalidad sensorial necesitan hacer un incremento de entrada o salida, y en cómo la música puede proveer la estimulación o medio de respuesta para llegar a esto.”

5.2.- La Musicoterapia en el niño con Trastorno del Espectro Autista

Según Rolando Benenzon (1981): “la musicoterapia es para el niño autista la primera técnica de acercamiento, pues el encuadre no verbal es lo que permite a estos niños establecer los canales de comunicación”, “considerando que el autismo es una prolongación patológica y deformada del psiquismo fetal, mi objetivo es trabajar con una especie de feto que se defiende contra los miedos de un mundo externo desconocido. Para trabajar con estos niños es necesario crear situaciones ambientales y estímulos que produzcan la reminiscencia del período gestacional”. Esto último, por la dificultad de encontrar el ISO del niño autista, y el objeto intermediario, puesto que no posee lenguaje y tampoco responde a ninguna de las consignas de la testificación del encuadre no-verbal y, además, los padres no están en condiciones de entregar datos significativos sobre el desarrollo de su hijo debido a que generalmente poseen una estructura caracterológica bastante definida, resistiéndose a asumir el diagnóstico de éste.

5.3.- Principios básicos en Musicoterapia.

Para Rolando Benenzon (1998), Músicoterapeuta argentino, estos principios son los siguientes:

5.3.1.- Principio de ISO.

El Término ISO quiere decir igual, y resume la noción de la existencia de un sonido o conjunto de sonidos o fenómenos sonoros internos que nos caracteriza y nos individualiza, resumiendo nuestros arquetipos sonoros, nuestras vivencias sonoras gestacionales intrauterinas y nuestras vivencias sonoras de nacimiento e infantiles hasta nuestros días. R. Benenzon. 1981.

Estas energías sonoras forman el ISO universal, el ISO Gestáltico, el ISO cultural y el ISO grupal:

El **ISO universal** contiene en el inconsciente las energías sonoras características de todo el género humano, heredadas de milenios y milenios, tales como:

- El ritmo binario que imita el latido cardíaco
- Las sonoridades y el movimiento del agua (líquido amniótico)
- Los sonidos de inspiración y expiración
- La escala pentafónica (intervalos de segunda y tercera)
- La tónica y la dominante, el acorde perfecto, el ostinato, el canon, el silencio.

El **ISO Gestáltico** contiene las energías sonoras que se producen desde el momento de la concepción de cada individuo. Esto quiere decir que la respuesta de tranquilidad y/o de contención que pueda producir una canción de cuna al ser reconocida por la memoria del no verbal, dependerá de la historia del sujeto. R. Benenzon. 1998.

El **ISO Cultural** está formado por movimientos energéticos sonoro-musicales que se forman a partir del nacimiento, y cuando el individuo recibe los estímulos sonoros del ambiente que lo rodea. Rolando Benenzon. 1998

El **ISO Grupal** está íntimamente ligado al esquema social en que el individuo se desenvuelve. Este **ISO** es fundamental para conseguir, en un contexto no verbal, la integración en un grupo terapéutico. Esto debido a que fluye en el grupo como la síntesis en sí misma de la identidad sonora de cada uno de los pacientes. R. Benenzon. 1998.

Es así como este fenómeno de sonido y movimiento, debe ser descubierto por el Musicoterapeuta, pues ha de servirle como primera instancia de comunicación con el paciente, facilitando la respuesta mental y emocional de éste. A partir de esa información, el Musicoterapeuta está en condiciones de determinar las estrategias más adecuadas para su trabajo terapéutico. “La imitación del sonido como medio de adquirir poder sobre sus mentes originales está vinculado con el principio mágico antiguo de ISO, según el cual “lo semejante actúa sobre lo semejante”; principio aplicable en Musicoterapia” . Juliette Alvin. 1990.

5.3.2.- Objeto intermediario

Un Objeto Intermediario es un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre el paciente mediante la relación, sin desencadenar estados de alarma intensos. Rolando Benenzon. 1981.

El término Objeto Intermediario es tomado del psicodrama, a partir de las observaciones de las reacciones del paciente al ser éste estimulado por medio de títeres. Si el paciente se encuentra bajo un estado de alarma o con alteraciones del esquema corporal, el títere actúa como vínculo de comunicación entre éste y el terapeuta, logrando así una mejor relación entre ambos. La idea fue adquirida por la Musicoterapia, considerando como Objeto Intermediario a los instrumentos musicales, y los sonidos emitidos por éstos. Esta mayor distancia que hay entre el objeto intermediario (instrumento musical) y el musicoterapeuta, permite su vinculación tan íntima con el ISO del paciente y del musicoterapeuta. Por lo tanto, la correcta elección de un objeto intermediario en la relación terapéutica, dependerá de la habilidad del musicoterapeuta en descubrir la identidad sonora de su paciente o el ISO gestáltico. El objeto intermediario está ligado especialmente con el ISO gestáltico, y en menor grado con el ISO universal y complementario.

5.4.- Métodos en Musicoterapia.

Según Serafina Poch, (1998), la clasificación más general de los métodos en Musicoterapia, tiene que ver directamente con el nivel de participación que el paciente tenga en la terapia. Según ella, los métodos se dividen en: métodos activos, y métodos pasivos. Esta denominación responde al hecho de implicar una acción externa o interna por parte del paciente.

5.4.1.- **Métodos activos:** Llamados también creativos, se basan en la “improvisación musical” como método de “proyección interna”. Esta consiste en la “expresión libre y creativa” de sentimientos y emociones a través de un instrumento,. Estas improvisaciones en ningún caso se las evalúa según parámetros musicales ni estéticos y con ellas se persigue el logro de los siguientes objetivos: fomentar la libertad interior (en caso de enfermos neuróticos o sicóticos); la creatividad; el conocimiento y valoración de sí mismo; la relación y respeto por los demás; y el conocimiento de su entorno.

5.4.2.- **Métodos pasivos:** Conocidos igualmente como receptivos, suponen actividades internas y esenciales, capaces de provocar cambios en el estado de ánimo del paciente. Su mecanismo básico es la audición musical (música envasada o música que ejecute el musicoterapeuta), la que puede abarcar los siguientes aspectos: -como medio de diagnóstico, -como estimuladora de imágenes y de la creatividad y, como modificadora del estado de ánimo.

Con Ariel se aplicó método pasivo, con la finalidad de modificar sentimientos y emociones, sugerir imágenes y fantasías, y facilitar el autoconocimiento de su mundo emocional.

5.5.- Rol del Terapeuta

La relación terapeuta-paciente es la base para el logro de los objetivos musicoterapéuticos. Los pacientes necesitan que su Musicoterapeuta no sólo sea técnicamente preparado, sino que sea humano, sensible a su problemática, y que responda a su situación en un plano emocional. El Musicoterapeuta que trabaja permanentemente en el desarrollo de su capacidad de responder emocionalmente a su paciente, es capaz también de enfrentar de mejor forma situaciones de alta carga emocional, y encuentra más interesante su práctica profesional.

Es importante, en primer lugar, que sea capaz de reconocer su identidad sonora, (su propio ISO). A partir de esa información, este profesional está en condiciones de determinar las estrategias más adecuadas para su trabajo terapéutico.

En segundo lugar, la correcta elección de un Objeto Intermediario en la relación terapéutica, dependerá de la habilidad del Musicoterapeuta en descubrir la identidad sonora de su paciente (ISO Gestáltico). Además, deberá acceder a terapia personal, como una forma de permanente autoevaluación y para, al mismo tiempo, desarrollar sistemáticamente las siguientes destrezas:

- 5.5.1.- **Empatía**. Este término indica la capacidad para apreciar, comprender, y aceptar la situación emocional del otro, tanto en el lenguaje verbal como no verbal, expresándole al paciente su interés y disposición para ayudarlo.
- 5.5.2.- **Conductas no verbales**. Las componen: la postura corporal; los movimientos del cuerpo; la expresión facial; la inflexión de la voz; la velocidad y entonación del habla. Todos estos elementos comunican una actitud de preocupación y calidez hacia el paciente en forma más directa que cualquier comunicación verbal. Asimismo, la conducta no verbal del paciente entrega claves importantes acerca del estado emocional, y muchas veces es posible evaluarlo a través de ellas.
- 5.5.3.- **Capacidad de reflejar emociones**. Aquellos Musicoterapeutas que son capaces de leer las emociones de sus pacientes y responder adecuadamente a ellas, tienen pacientes más satisfechos y dispuestos a colaborar en su tratamiento. La regla general en cuanto al manejo de los sentimientos expresados por el Musicoterapeuta, es responder a los sentimientos y emociones del paciente, apenas éste los expresa.
- 5.5.4.- **Legitimación**. Esta destreza ligada a la anterior, se refiere expresamente a aceptar y validar la emocionalidad del paciente. El legitimar no significa estar de acuerdo con sus razones, sino señalarle que es posible entender porqué el siente de tal o cual manera.
- 5.5.5.- **Apoyo personal**. El Musicoterapeuta debiera esforzarse para que su paciente se dé cuenta que él está en disposición de entenderlo o ayudarlo, de la manera más racional y efectiva posible.

5.5.6.- **Trabajo en equipo.** Cuando se plantea la tarea del diagnóstico y tratamiento como un esfuerzo conjunto entre Psicólogo, Fonoaudiólogo, Kinesiólogo, Neurólogo, Terapeuta Ocupacional, Profesor Educación Diferencial, Musicoterapeuta, etc., cualquiera que sea el diagnóstico, el paciente se beneficia de este trabajo colaborativo, el que tiene como objetivos primordiales: la unión de criterios, intercambio de experiencias y enriquecimiento profesional de los involucrados.

Florenzano, Carvajal y Weil, Psiquiatría. Santiago, 1999

III MÉTODO DE TRABAJO

1.- La Institución de práctica.

La Escuela Especial N° 1637 está ubicada en la comuna de San Miguel, y pertenece a ASPAUT, organización a nivel nacional integrada por Padres y Amigos de niños, niñas y jóvenes que presentan Trastorno del Espectro Autista, en calidad de socios activos. Dicha institución proporciona a la comunidad:

- Servicios Educativos a través de Escuelas Especiales.
- Diagnóstico y Evaluación Multiprofesional.
- Programa de Integración Escolar.
- Apoyo y Orientación Familiar.
- Servicios Terapéuticos: Hidroterapia; Musicoterapia; Terapia de Integración Sensorial; Terapia de Comunicación y Métodos Alternativos y/o Aumentativos de Comunicación; Terapia de Desarrollo de Habilidades Sociales; Terapia Ocupacional.
- Capacitación y Perfeccionamiento: Talleres, Cursos, Simposios, Seminarios, Pasantías.

El Ministerio de Educación, en su afán de facilitar el acceso a la educación de todo ciudadano, establece normas Técnico-Pedagógicas para atender educandos con Graves Alteraciones en la capacidad de Relación y Comunicación que dificulten su Adaptación Social, su Comportamiento y su Desarrollo Individual, y aprueba Plan y Programa de Estudio integral-funcional. El cumplimiento de esta normativa da lugar a una subvención especial del Estado, la que se suma a los aportes de la Asociación, en un gran esfuerzo por financiar los recursos profesionales y materiales de alto costo que demanda el servicio integral entregado por la Escuela.

Según la severidad del Trastorno del Espectro Autista, la Escuela da atención, ya sea individual y/o grupal, establecida en el Plan de Estudio. La promoción desde la atención individual a grupal está determinada por la evolución del proceso terapéutico y depende de cada caso en particular. La Escuela cuenta con una Musicoterapeuta nombrada con dedicación exclusiva para dicha función. Para tales efectos la Asociación ha implementado una amplia sala de Musicoterapia, aislada de ruidos, con un gran espejo, aire acondicionado, juegos de luces, un completo equipo de música (cassette y CD, 3 pistas) con discoteca variada, además de instrumentos musicales y abundante material para el trabajo multisensorial. En esta sala existe un compartimiento especial que permite observar a los alumnos en sus actividades de Musicoterapia a través de un vidrio, sin que ellos se den cuenta. Esto sirve de apoyo, sobretudo cuando se desea mostrar a los padres, profesores u otros profesionales, conductas espontáneas y determinadas de los niños autistas, sin que ellos se sientan observados. Todo ello con el fin de reforzar la terapia, desde todos los ámbitos posibles.

2.- Organización del Trabajo de Musicoterapia: Horario, Setting, Supervisión-Grabación, Devolución.

2.1.- Horario:

Las sesiones se llevaron a cabo los días lunes de 16:30 a 17:00 hrs.

2.2.- Setting:

Conformado por amplia sala de uso exclusivo para Musicoterapia, como está indicado en el punto III, N° 1. Además se dispuso de cojines, papeles y telas de diferentes colores y texturas, como objetos intermediarios. En más de alguna ocasión se utilizaron pelotas, cordeles, y una gran caja de cartón. Sólo en una ocasión se le presentó a Ariel un bombo para que lo manipulara, lo que resultó peligroso debido a su permanente estado de hiperactividad. En las últimas sesiones se utilizó juego de luces para llamar su atención.

Se escogió música para tres momentos:

a) Inicio: Música activa, en tempo vivo, en sintonía con la hiperactividad de Ariel: Intillimani, Banda sonora de Walt Disney, Circo Soleil, Elgart.

b) Desarrollo: En esta etapa se escogió de preferencia ambientes sonoros tales como: respiración, latidos del corazón, llanto de guagua, voces de niños, viento, agua, olas del mar, gaviotas, delfines, pájaros. Además pequeños trozos de piano, charango, flauta, guitarra, música mapuche y céltica, Spirit of Nature, sonidos ascendentes y descendentes.

c) Cierre: En esta etapa se trataba de inducir a Ariel hacia un estado de relajación, para lo cual se escogió música suave: adagios, canciones de cuna, Next Age, Joakin Bello, Cantando Aprendo a Hablar: Chao, chao.

2.3.- Supervisión-Grabación:

2.3.1.- Esta etapa estuvo a cargo de la supervisora de práctica. Se iniciaba con una conversación previa a la sesión, para dar a conocer la actividad que habría de realizarse, y servía para acomodar detalles de ésta.

2.3.2.- Aquí, la supervisora realizaba observación directa durante toda la sesión, apoyando con el equipo de música o el cambio de luces y, en ocasiones, filmando momentos significativos de la misma.

2.4.- Devolución.

En este momento, la supervisora hacía observaciones acerca de la sesión, deteniéndose en aquellos puntos dignos de destacar, ya sea reconociendo los aciertos, o indicando aquello que fuera susceptible de mejorar. Al respecto, y en base a su experiencia, ella procedía a sugerir repetición o redirección de actividades, uso de materiales específicos, y música más o menos adecuada. Aquí, también, se realizó el debido registro de observaciones y la evolución de las conductas de Ariel, con el fin de planificar la siguiente sesión.

3.- Características personales de Ariel

Ariel tiene 8 años. Es hijo único de matrimonio: padre (36 a.), fabricante de muebles, y madre (28 a.), dueña de casa. Embarazo deseado y controlado, sin síntomas patológicos, y dentro de un ambiente emocional y sonoro normal: padres aficionados a las baladas, sintonizaban radio Para Ti. Nacimiento por medio de parto normal, sin comunicación de APGAR a la madre. Estatura y peso dentro de límites normales. Carencia de leche materna fue sustituida por alimento NAN. Sin contratiempos afirmó la cabeza, se sentó, caminó y controló esfínteres.

Pronunció las primeras palabras y logró lenguaje discursivo en una total normalidad. La madre cantó canciones de cuna tradicionales para hacerlo dormir. Hacia los dos años se entretenía con el programa Cachureos en la TV, reaccionando asustado ante el ruido del taladro usado por su padre, no así ante los ruidos producidos por electrodomésticos.

Al los tres años, estando matriculado en Jardín Infantil, dejó de hablar y empezó a presentar obsesiones tales como: usar un solo polerón (más ó menos 6 meses); acariciar un solo peluche (un verano completo); jugar con pelotas... Si no conseguía dar curso a dichas obsesiones, le sobrevenían pataletas.- En el Jardín Infantil no se integraba y lloraba a menudo golpeando, agitando y zamarreando objetos. Es en esta época cuando comienza a manifestarse su Hiperactividad. Los padres consultaron varios profesionales médicos: pediatra, neurólogo especialista en enfermedades metabólicas y psiquiatra infantil, quienes finalmente llegan a la conclusión de que los síntomas de Ariel correspondían a un Trastorno del Espectro Autista. A partir de ese momento se inició el tratamiento medicamentoso correspondiente.

En la actualidad, la afición a las pelotas ha ido aminorándose y ya no hace escándalo si al cabo de un rato se le quitan. A pesar de ello la Hiperactividad persiste, transformándose en un factor que complica la terapia integral.

3.1.- Ambiente sonoro-musical de Ariel

A Ariel le agrada escuchar música sound y en general todo tipo de música que escuchen sus padres, tanto de radio como de CD. Le gusta golpear objetos, especialmente instrumentos musicales de juguete, y los juguetes en general. En la noche, la madre le hace escuchar música de autores clásicos con la que logra tranquilizarlo y hacerlo dormir.

4.- Objetivos

4.1.- Objetivo General:

Establecer vínculo terapeuta-paciente, con el fin de apoyar el aprendizaje en el área motriz, emocional y cognitiva, mediante estímulos córporo-sonoro-musicales.

4.2.- Objetivos Específicos:

4.1.1.- Establecer vínculo afectivo entre la musicoterapeuta y Ariel.

4.1.2.- Crear un grado de confianza, participación y gratificación en Ariel.

4.1.3.- Inducir estado de relajación y bienestar corporal en Ariel.

5.- Implementación del trabajo musicoterapéutico

El trabajo musicoterapéutico se estructuró en tres momentos, a sugerencia de la supervisora, respetando así la metodología utilizada por la Musicoterapeuta de la Escuela, como ya lo explicara anteriormente:

5.1.- Inicio

Esta etapa duraba alrededor de 8 minutos.

Ariel llegaba con su madre a la sala. Se le saludaba por su nombre, con entonación en intervalos simples: mi-sol-la

“Ariel, Ariel, dime cómo estás?..... Yo vengo contenta contigo a jugar”.

En ese momento debía sacarse los zapatos. Como su estado era de gran hiperactividad, oponía resistencia. Cuando esto se lograba, Ariel ingresaba a la sala corriendo, chocando con las murallas, gritando y golpeando con los puños sin fijar la atención en nada. La música viva estimulaba sus movimientos.

5.2.- Desarrollo

En las primeras sesiones no hubo diferencia de conducta con respecto a la etapa anterior. Ariel continuaba con sus movimientos desenfrenados y con su indiferencia, como si nada existía a su alrededor. A pesar de ello, los estímulos sonoro musicales, eran más lentos, con el fin de inducirlo a un estado de mayor tranquilidad. Cualquier detalle se transformaba en un distractor: cordón de teclado, manilla de la puerta, y cualquier objeto que encontrara a su paso.

En esta etapa, se recurría al uso de diferentes objetos intermediarios, para establecer un puente que facilitara la comunicación, en búsqueda de una mínima respuesta. Algunos objetos intermediarios que más llamaron su atención fueron: cordeles, cojines, tela de tul, bombo, caja grande de cartón. Más ó menos a la quinta sesión, descubrí que si me quedaba inmóvil, Ariel se me acercaba y me tocaba. Poco a poco en las sesiones posteriores, Ariel fue acercándose cada vez más, llegando a mirarme a los ojos por algunos segundos. Luego empezamos a jugar. Yo imitaba sus movimientos, y así nos empezamos a comunicar. Rodábamos por el suelo, nos mirábamos en una gran complicidad. Ariel continuaba acercándose cuando me veía inmóvil, y así seguíamos jugando. Hubo ocasiones en que lo arrastré de los pies por toda la sala. Incluso llegó a tomarme la cara y me dio un beso. Yo lo sentía feliz. En la séptima sesión lo estimulé con dos cajas de cartón, de regular tamaño, junto con el fondo sonoro de latidos del corazón. Ariel jugó una y otra vez con las cajas atravesándolas como si fueran túneles, yo golpeaba la caja siguiendo el ritmo de los latidos del corazón, estos golpes empezaron a ser imitados por Ariel. Esta actividad se prolongó por algunos minutos. En la octava sesión, llevé una gran caja, también abierta en los extremos y como fondo sonoro, latidos del corazón. En esta ocasión, Ariel jugó de distinta manera, introduciéndose, golpeándola, arrastrándola, mirándola. Fue la primera vez que puso atención en un objeto por alrededor de tres o cuatro minutos. Habiendo

transcurrido ocho minutos, Ariel se acercó a la puerta manipulando la manilla, indicando con ello deseos de salir de la sala. A partir de esta sesión Ariel hizo ademán de irse al cabo de 18 minutos de sesión, (8m de inicio más 10m de desarrollo). Así fue como me di cuenta que 18 minutos era su umbral de fatiga en una actividad de atención dirigida. Esta conducta fue apareciendo a medida que fue respondiendo más y más a los estímulos presentados, lo que indicaba un pequeño esbozo de atención y concentración en las tareas propuestas, y con ello una comunicación real con la terapeuta. A partir de la novena sesión, y por sugerencia de la supervisora, me propuse estrechar el contacto físico con el niño en un afán de contener su comportamiento tan carente de límites. Fue así como cuando se me acercó, lo tomé firmemente con la intención de no permitirle ningún movimiento. Ariel reaccionó enojado, pateando, mordiendo, gritando. En un momento de ese forcejeo me dijo: “No”, yo continué apretándolo y me repitió “No”. En las dos últimas sesiones, continué con el contacto físico firme y estrecho. A pesar de ello, Ariel se mostró cariñoso y comunicativo por medio de variados signos no verbales.

5.3.- Cierre

Esta etapa duraba alrededor de 8 minutos. En ella se inducía a Ariel a un estado de relajación, para lo cual se le hacía escuchar música en tempo lento.. En algunas sesiones se le estimuló con juego de luces de diversa intensidad, movimiento y colores. Ariel se concentraba mirando las luces, demostrando alguna tranquilidad.. Como despedida, se le cantaba: “los zapatos, los zapatos, yo me tengo que poner”, con el fin de enseñarle ese hábito que tanto le costaba. En la penúltima sesión, Ariel no quería irse, y cuando escuchó el cantito de los zapatos fue y se puso los míos.....No quería devolvérmelos y finalmente se fue llorando. En la Última sesión estuvo muy inquieto. Como para dar fin al proceso de práctica, expliqué a Ariel con palabras simples y gestos afectuosos que en ese momento teníamos que despedirnos. El se mantuvo indiferente y con muestras de querer salir de la sala, por lo que fue necesario acortar esta sesión, la que sólo duró alrededor de 17 minutos en total.

IV EVALUACIÓN

- Las actividades presentadas en el trabajo musicoterapéutico resultaron ser de interés para Ariel, quien logró motivarse integrándose al mundo sonoro, preferentemente con sonidos tanto gestacionales, como de la naturaleza.
- El fue capaz de aceptar el contacto corporal sin límites al inicio, y con límites muy fuertes en las últimas sesiones, frente a sus conductas desprovistas de control, demostrando con ello algunos esbozos de voluntad.
- Ariel demostró confianza y seguridad en sí mismo, en la comunicación no verbal con la musicoterapeuta.
- También fue capaz de seguir ritmos coherentes con su ISO personal.
- Ariel me indicó claramente que su umbral de respuestas positivas a los estímulos presentados en la clase, era de 15 a 20 minutos. Pasado ese lapso, se ponía inquieto y poco colaborador, siendo necesario poner término a la sesión, evitando con ello que retornara al estado de hiperactividad con que llegaba a la sesión.

V CONCLUSIONES

Con respecto a los resultados de este estudio, fue posible llegar a las siguientes conclusiones:

- Es de fundamental importancia la comunicación e integración con la institución de práctica por todo lo que ello significa: acogida espontánea y cálida, trabajo colaborativo y en equipo. Esto facilitó el intercambio de experiencias en un ambiente de apoyo permanente para la realización de las diversas actividades que conformaron esta etapa de práctica.
- La Universidad, a través de la supervisora de práctica, resulta determinante en el desarrollo de este trabajo, por la asesoría y apoyo permanentes que son necesarios.
- La Musicoterapeuta de la escuela es otro elemento positivo para la alumna en práctica, por su experiencia en el trabajo especializado con niños y niñas que presentan Trastorno del Espectro Autista.
- La integración de los padres al proceso educativo de sus hijos con Trastorno del Espectro Autista, permitió una estrecha y positiva comunicación con la madre de Ariel.

- La relación establecida con Ariel dio paso a una gran satisfacción personal, al descubrir con él que la teoría, la planificación del trabajo y los recursos a utilizar no nos llevarían al logro de los objetivos propuestos, si no estamos inspirados permanentemente en el afecto y en la intuición.
- Las referencias bibliográficas resultaron muy útiles para la realización de esta monografía, ya que la revisión y estudio de ellas permitió aclarar dudas y lograr afianzar aprendizajes en el campo de la Musicoterapia.

VI BIBLIOGRAFIA

APSIQUE (Archivos de psicología) Seminario Bibliográfico: “Autismo Infantil”. Universidad Católica del Maule. Facultad de Salud, 2005

BENENZON, ROLANDO, La nueva musicoterapia Bs. As. 1998

BRIGTH, RUTH, La Musicoterapia en el tratamiento geriátrico. Una nueva visión. Buenos Aires, 1993

BRUSCIA, KENNETH, Definiendo Musicoterapia. Salamanca 1997

DECRETO N° 815: Aprueba Plan y Programa de Estudio Integral

Funcional para alumnos con Multidéficit, MINEDUC, 1990

FLORENZANO, CARVAJAL Y WEIL, Psiquiatría. Santiago, 1999

PALUSZNY, MARIA, Autismo. Guía práctica para padres y profesionales. México. 1991

PAPALÍA, MONICA, La función terapéutica de la expresión musical Bs. As. 1998.

POCH, SERAFINA, Compendio de Musicoterapia Barcelona 1998

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA. Documento de Apoyo Técnico Complementario de Educación Especial OEA –CIDI – SEP. México , 2003.