



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE
POSTÍTULO EN MUSICOTERAPIA

MONOGRAFÍA

“LA EXPERIENCIA DE LUCAS”

MUSICOTERAPIA CON UN NIÑO DEL ESPECTRO AUTISTA

-Postítulo Terapias De Arte, Mención Musicoterapia-

Profesora Guía: Silvia Andreu Muñoz
Alumna : Yenia Saa Sepúlveda

Título Previo : Psicóloga
Universidad Andrés Bello. Año 2004

Santiago, Chile 2014

CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO INSTITUCIONAL	
1. Centro de Rehabilitación Infantil y Adolescente Manantial.....	12
2. Descripción del Establecimiento.....	12
3. Actores.....	13
4. Infraestructura.....	13
5. Entorno Social.....	14
III. MARCO CONCEPTUAL	
Trastornos Generalizados del Desarrollo.....	16
1. AUTISMO	17
1.1 Espectro Autista.....	17
1.1.1 Dimensiones del Inventario del Espectro Autista-IDEA-.....	18
Cuadro 1: Dimensiones del IDEA.....	19
1.1.2 Trabajo Terapéutico con Niños Autistas.....	22
1.2 CASCARON EN NIÑOS AUTISTAS	24
1.2.1 Cascaron Protector.....	24
1.2.2 Objetos Autistas de Sensación.....	24
1.2.3 Figura Autista de Sensación.....	25
1.2.4 Impedimento Autista para el Desarrollo del Juego.....	25
2. APEGO E INTERSUBJETIVIDAD	27
1. Desarrollo de las Fases de Tronick.....	28

1.1 Paradigma Experimental de la cara quieta o inexpresiva.....	28
1.2 Modelo de la Regulación Mutua.....	30
1.3 La Formación de Estados Diádicos de Consciencia.....	33
3. ESTADIO DEL ESPEJO DE JACQUES LACAN.....	34
4. JUEGO.....	38
1. D. W. WINNICOTT.....	38
1.1 La Experiencia Cultural.....	39
1.2 ¿Por qué juegan los niños?.....	40
Síntesis del Marco Conceptual.....	41
IV. MARCO CONCEPTUAL MUSICOTERAPÉUTICO	
1. GUSTAVO GAUNA.....	42
1.1 La Aproximación Diagnóstica.....	43
1.2 Personalidad Expresiva.....	44
1.3 Núcleos de Salud.....	46
1.4 Las Variables Emotivas.....	46
2. JUEGO MUSICAL Y TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA.....	47
2.1 Caracterización del Juego Musical.....	47
2.1.1 Nivel de Alteración del juego.....	48
2.1.2 Contexto Social en el cual se produce.....	48
2.1.3 Componentes que se encuentran presentes, ausentes y/o alterados.....	49
3. DIEGO SHAPIRA, ABORDAJE PLURIMODAL.....	50
3.1 El Trabajo Con Canciones.....	50
3.2 Canto Con Música Editada.....	51

3.3 Acompañamiento Instrumental de Música Editada.....	51
4. MUSICOTERAPIA RECEPTIVA.....	52
1.1 GABRIEL FEDERICO.....	52
1.1.1 Musicoterapia Receptiva o Pasiva.....	53
5. KENNETH BRUSCIA.....	54
1. Técnica Clínicas en la Musicoterapia de la Improvisación.....	54
1.1 Técnicas de la Empatía.....	54
1.2 Técnicas de Estructura.....	54
1.3 Técnicas de Re-dirigir.....	55
1.4 Técnicas de Procedimiento.....	55
1.5 Técnicas de Exploración Emocional.....	55
1.6 Técnica Referencial.....	56
1.7 Técnica de Debate.....	56
6. MUSICOTERAPIA CORPORAL.....	57
1. Técnicas Corporales.....	59
1.1 Intervenciones Operativas.....	59
 V. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA	
1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	60
1. Entrevistas con la Directora del Centro Manantial.....	60
2. Conversaciones con Educadoras.....	61
3. Observaciones en sala y patio.....	61

4. Revisión Ficha de Lucas.....	62
2. SETTING MUSICOTERAPÉUTICO.....	65
1. Instrumentos Musicales.....	66
2. Materiales Artísticos.....	66
3. Audiovisual.....	67
3. MUSICOTERAPIA: SESIONES DE APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA	
1. Primeras Experiencias Musicoterapeuticas.....	67
1.1 Primer Encuentro.....	67
1.2 Hitos.....	68
- Sesión 1.....	68
- Sesión 3.....	68
- Sesión 5.....	69
1.3 Cuadro: Resultados de Estilos Expresivos.....	71
2. Conclusiones de la Aproximación Diagnóstica.....	73
3. Hipótesis Diagnóstica.....	77
4. OBJETIVOS.....	78
1. Objetivos Generales.....	78
2. Objetivos Específicos.....	78
VI. DESARROLLO DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO	
1. DESCRIPCIÓN DE SESIONES QUE MARCARON HITOS.....	79
1.1 Establecimiento del Vínculo.....	79
- Sesión 7.....	79
- Sesión 9.....	81

1.1.1	Análisis del Establecimiento del Vínculo.....	82
1.1.2	Cuadro: Resultados de Estilos Expresivos.....	84
1.2	Juego Musical y Consolidación del Vínculo.....	86
-	Sesión 12.....	86
1.2.1	Análisis de la Consolidación del Vínculo.....	88
1.2.2	Cuadro: Resultados de Estilos Expresivos.....	89
1.3	Cierre del Proceso Musicoterapéutico con Lucas.....	91

VII. ANÁLISIS DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

1.	LA EXPERIENCIA DE LUCAS.....	94
2.	EVALUACIÓN DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....	98
1.	Gráficos Dimensión Interacción.....	99
1.1	Análisis Comparativo de Resultados.....	99
2.	Gráficos Dimensión Habilidades Sociales.....	100
2.1	Análisis Comparativo de Resultados.....	100
3.	Gráficos Dimensión Creatividad.....	101
3.1	Análisis Comparativo de Resultados.....	101
3.	LA PRÁCTICA DE LA MUSICOTERAPEUTA.....	102
-	Contratransferencia.....	103
-	Supervisión.....	104
-	Debilidades del Proceso.....	104

VIII.	CONCLUSIONES.....	106
-	Equipo Técnico y Profesional de Manantial.....	106
-	Abrazando el Autismo.....	107

- Competencias del Musicoterapeuta.....	108
- Proyecciones a Futuro.....	109
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
X. ANEXOS.....	112
ANEXO 1. PROTOCOLOS DE LAS SESIONES.....	112
1.1 Protocolo Abreviado Sesión 1.....	112
1.2 Protocolo Abreviado Sesión 3.....	114
1.3 Protocolo Abreviado Sesión 5.....	117
1.4 Protocolo Abreviado Sesión 7.....	119
1.5 Protocolo Abreviado Sesión 9.....	123
1.6 Protocolo Abreviado Sesión 12.....	126
ANEXO 2. CRITERIOS DE EVALUACIÓN.....	129
1.3 Criterios de Evaluación de Aproximación Diagnóstica.....	129
1.4 Criterios de Evaluación al Cierre del proceso Musicoterapéutico.....	130
ANEXO 3. FOTOGRAFÍA DEL SETTING MUSICOTERAPÉUTICO.....	131

I. INTRODUCCIÓN

La monografía que se presenta a continuación es la exposición y análisis del trabajo de Práctica Profesional del Postítulo de Musicoterapia realizado en el Centro de Rehabilitación Infantil y Adolescente “**Manantial**”, creado por un grupo de profesionales de las áreas de salud y educación, con el fin de dar atención a niños con trastornos del desarrollo.

El actor principal de esta experiencia musicoterapéutica es un niño de 9 años al cual se le llamará “**Lucas**”, quien presenta un diagnóstico clínico de TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo) perteneciente al “Espectro Autista”.

Lucas tiene de base una compleja historia familiar, además, es un niño con muchos problemas de regulación de conducta. Sin embargo, en la experiencia musicoterapéutica exhibe todos sus núcleos de salud, lo que benefició el trabajo y el vínculo con él.

Para fundamentar este trabajo monográfico, se explicará de qué forma se estructuró:

La primera parte, da a conocer todo lo referente al **Centro de Rehabilitación Manantial**, Centro al que asiste diariamente Lucas, en donde se desenvuelve, comparte con las educadoras, compañeros y profesionales a cargo, además, es en donde aprende y se rehabilita.

La segunda parte, es el **Marco Conceptual**, el cual aborda el cuadro clínico de Lucas TGD específicamente un TEA (Trastorno del Espectro Autista), tema discutido por diferentes autores en la actualidad, el cual será desarrollado a partir de los estudios de A. Rivière (2002), contenido que se complementa con algunos conceptos extraídos del libro “El Cascaron Protector” de F. Tustin (1992).

Por otro lado, tomando en cuenta la situación familiar de Lucas, se expone el tema del “Apego e Intersubjetividad” de las investigaciones de F. Lecannelier (2006). Se agrega, el uso del espejo ubicado en la sala de las terapias, donde se expone a modo general el “Estadio del Espejo” como formador del Yo de J. Lacan (1949). Al final, se incorporan algunas definiciones de “Juego” de D. Winnicott (1994), como una de las técnicas más significativas utilizadas con Lucas.

La tercera parte, muestra el **Marco Conceptual Musicoterapéutico**. Este marco se fundamenta en estudios realizados por algunos autores como G. Gauna (2009) quien realiza aportes profundos sobre “La Instancia Diagnóstica en Musicoterapia”, además, se exponen algunos conceptos desarrollados por este mismo autor como son los Núcleos de Salud y Personalidad Expresiva, los cuales fueron de gran aporte para el trabajo con Lucas. También, se exhibirá todo lo relacionado con el trabajo con canciones desde la mirada de D. Shapira (2007) y su Abordaje Plurimodal.

Siguiendo con este marco musicoterapéutico, se hablará del Juego Musical y (TEA) de M. Martínez (2009), dentro de los cuales sus trabajos y seminarios entregaron herramientas que aportaron al proceso del establecimiento vincular con Lucas. Por último, se expondrán algunas de las Técnicas de la Musicoterapia Corporal desde la visión de Violeta Hemsy (2003), Técnicas receptoras de G.

Federico (2007) y Técnicas Clínicas en la Musicoterapia de Improvisación de Bruscia (1999).

La cuarta parte, es la descripción del proceso de “**Aproximación Diagnóstica**”, desde la mirada de G. Gauna (2009), donde se realiza una delineación de los momentos que abren las puertas hacia un conocimiento y diagnóstico del paciente. Se cuenta cómo se recopiló la información sobre el niño. Se describen y analizan las sesiones más significativas de este proceso y se expone, un cuadro con los resultados obtenidos. Hasta llegar a la Hipótesis Diagnóstica de Lucas.

La quinta parte, es una descripción sistemática y organizada de los hitos que marcaron el **Desarrollo del Proceso Musicoterapéutico**, también, se exponen cuadros con los resultados obtenidos. En estos cuadros observarán los cambios observados de los diferentes Estilos Expresivos del paciente como: Personalidad Expresiva, Lenguaje y Comunicación, Producciones sonoro-musicales, Canto, Expresión Corporal, Comportamiento y Flexibilidad, Juego Musical, Interacción con Terapeuta, y Núcleos de Salud. Al final, se termina con un resumen de cómo se realizó el “Cierre” del proceso.

La sexta parte, es el **Análisis del Proceso Musicoterapéutico**, en donde se efectúa un estudio de la experiencia con Lucas. Más adelante, se realiza un análisis comparativo de los resultados obtenidos a través de los Criterios de Evaluación aplicados en la aproximación diagnóstica y al cierre del proceso. Finalizando, con la formalización de un autoanálisis, tomando en cuenta las debilidades y fortalezas de la terapeuta, la contratransferencia y el valor de la supervisión.

Por último, se muestran las conclusiones, en donde se integran todos los aspectos más significativos del trabajo musicoterapéutico con Lucas, más los aportes de la musicoterapia a la hora de interactuar con niños con necesidades especiales.

II. MARCO INSTITUCIONAL

1. Centro de Rehabilitación Infantil y Adolescente Manantial

La práctica profesional se realizó en el El “**Centro Manantial**”, el que fue creado en 1981, por un grupo de profesionales de las áreas de salud y educación, con el fin de dar atención a niños con trastornos del desarrollo.

El equipo de profesionales y técnicos con que cuenta **Manantial**, permite que los niños reciban atenciones individuales y grupales, en un ambiente cómodo y favorecedor para estimular a desarrollar sus capacidades cognitivas, motoras, y además, fortalecer su autoestima.

2. Descripción del Establecimiento

El Centro de Rehabilitación Manantial se ubica en la calle Presidente Batlle y Ordoñez 4004, comuna de Ñuñoa. Atiende en la actualidad a 18 alumnos distribuidos en un total de 3 grupos dirigidos por especialistas en educación diferencial y asistidos por auxiliares de párvulos o técnicos en educación diferencial, los niños permanecen de 8:30 a 16:00 horas en las terapias. Durante la jornada, son atendidos en forma individual por Kinesiólogos, Fonoaudiólogos y Terapeutas Ocupacionales, con una frecuencia de tres atenciones semanales por especialidad.

Además, los pacientes participan en Talleres de Integración Sensorial, Psicomotricidad, Musicoterapia, Actividades de Vida Diaria y Manualidades “Frutos de Manantial”.

Todos los niños han mejorado su calidad de vida, algunos adquiriendo marcha (sensorio-motriz), más lenguaje. Aquellos a los que su severo daño se lo impide, están siendo entrenados hacia sistemas de comunicación alternativa.

3. Actores

Dentro del establecimiento trabaja un cuerpo de profesionales y técnicos, formado por dos Kinesiólogas, una Terapeuta Ocupacional, una Fonoaudióloga, una Psicóloga y Musicoterapeuta, dos Educadoras Diferenciales y cinco Asistentes Técnicas. Se agrega una Cocinera y una Secretaria.

4. Infraestructura

- 5 Salas de clases acondicionadas.
- Sala común, para almorzar y tomar café.
- Sala de estimulación sensorial (gimnasio).
- Cocina.
- Baños acondicionados para los niños.
- Baños para los trabajadores.
- 1 Patio con áreas verdes y árboles frutales.
- Ramplas de accesos.
- Equipos audiovisuales.

5. Entorno Social:

Los niños(as) y jóvenes que asisten a la escuela provienen de distintos sectores socio-económicos de las distintas comunas, por lo cual comparten personas de diversas realidades.

III. MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual se basa en un principio en el cuadro clínico que presenta el paciente, en este caso un TGD, perteneciente al “Espectro Autista”, y que será desarrollado a partir de A. Rivière (2002). Además, se extiende el tema en el llamado Cascaron protector de F. Tustin (1992).

Por otro lado, este marco toma en cuenta la compleja vida familiar del paciente. Para fundamentar este tema, se explica la teoría del apego de F. Lecannelier (2006), desde el nacimiento con las interacciones tempranas entre madre-hijo. Esto se complementa con lo que J. Lacan (1949) llama el “Estadio del Espejo” como formador del yo, durante los primeros meses de vida. Y se cierra el marco conceptual con la teoría de juego de D. Winnicott (1991), en la infancia como herramienta para el desarrollo psíquico, social y cultural del ser humano.

Introducción

Desde que los bebés nacen, y a medida que van creciendo, comienzan a hacer cosas que nos llama la atención y nos parecen muy naturales. Puede parecer común encontrar un niño de un año y medio de edad sentado en el suelo jugando con sus autitos o que lleva una cuchara a su boca haciendo “como si” estuviera realmente comiendo. Estas acciones tan comunes entre los niños suelen recibir el nombre de Juego Funcional y Juego Simbólico.

Sin embargo, existen algunos niños(as) que durante su desarrollo no logran adquirir estas habilidades para el juego. Debido a esto, y a otros factores que se explicarán a continuación, estos niños reciben el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo.

Trastornos Generalizados del Desarrollo

“Estos trastornos se caracterizan por presentar un grave retraso en varias áreas del desarrollo, en especial en lo que se refiere a interacción social, retraso del lenguaje y desarrollo de una serie de conductas atípicas” (Montenegro, 1994, pág. 198), y dentro de estos encontramos “El Trastorno del Espectro Autista” en donde se ubica el paciente.

1. AUTISMO

1.1 Espectro Autista

La palabra “**Autismo**” viene del griego y significa “**uno mismo**”.

Cuando se habla de “Espectro Autista”, esta etiqueta parece remitir a un conjunto amplio y heterogéneo de individualidades, cuya evolución, necesidades educativas, terapéuticas y objetivos de vida son muy diferentes.

El considerar al autismo como un conjunto de dimensiones alteradas, nos ayuda a comprender que en los cuadros clínicos de las personas que lo padecen, existe un trastorno profundo del desarrollo.

“Las alteraciones sintomáticas del espectro autista son las que definen esencialmente las estrategias de tratamiento, más que las etiquetas psiquiátricas, neurobiológicas y psicológicas con que se definen los cuadros” (Rivière, 2002, pág. 11)

1.1.1 Dimensiones del Inventario del Espectro Autista-IDEA-

Rivière (1998), señala que los comportamientos y evolución de los niños autistas van a depender de estos seis factores principales:

1. La asociación o no del autismo con retraso mental más o menos severo.
2. La gravedad del trastorno que presentan.
3. Edad de la persona autista.
4. Sexo: menos frecuente en mujeres pero con mayor alteración.
5. La adecuación y eficiencia de los tratamientos utilizados y de las experiencias de aprendizaje.
6. El compromiso y apoyo de la familia.

Así mismo Rivière (1998), propone que la efectividad y naturaleza de los tratamientos va a depender de la ubicación de la persona autista en las diferentes dimensiones. Las doce dimensiones se encuentran alteradas en todas las personas con espectro autista, y son las que se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 1: Dimensiones del IDEA

ESCALA DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO SOCIAL

1. Trastornos cualitativos de la relación social, como la soledad y las dificultades en la relación con otros. Pero, dentro del espectro existen desde algunas personas completamente aisladas hasta otras que necesitan establecer relaciones aunque sean complejas. Tomando en cuenta esta escala se expondrá sólo el nivel en donde se sitúa el paciente Lucas.

Nivel 2: “Impresión definida de soledad e incapacidad de relación, pero con vínculo establecido con adultos (figuras de crianza y profesores). La persona ignora por completo a los iguales, con los que no establece relación” (Rivière, 2002, pág. 20). Para este tipo de niños los objetivos a trabajar son el desarrollar habilidades sociales básicas y favorecer la motivación a la relación.

2. Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención, y preocupación conjuntas). Esta se refiere a la calidad de las relaciones, tomando en cuenta el concepto de “Atención Conjunta”, que según Bruner y Sherword (1983), son acciones de comunicación social pre lingüísticas que incluyen gestos como mirar o señalar, para compartir interés con otro. Los niños autistas tienen dificultad con este tema, es decir, dificultad para compartir experiencias, y falta de “mirada referencial”, que es la mirada entre una persona y un objeto o situación interesante, al contrario cuando la persona es capaz de hacer esto podemos decir que posee un mundo interno que puede compartir, esta capacidad es llamada “intersubjetividad secundaria” (compartir el mundo con otro), al hacer esto, se ocasiona la empatía y se interpreta la emoción expresando afecto (Hobson, 1993). Tomando en cuenta esta escala se explicará el Nivel 2 y 3 en donde se encuentra el paciente.

Nivel 2: Realización de acciones conjuntas simples (devolver una pelota), con personas implicadas. No hay miradas significativas de referencia conjunta. Se comparten acciones sin ninguna manifestación de que se perciba la subjetividad del otro.

Nivel 3: Empleo más o menos esporádico de miradas de referencia conjunta en situaciones interactivas muy dirigidas. No hay empleo de miradas cómplices en situaciones más abiertas. Parece haber una interpretación limitada de miradas y gestos ajenos con relación a situaciones. (Rivière, 2002).

3. Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. Intersubjetividad (Trevorthen et al, 1996; Hobson, 1993), Teoría de la Mente (Baron-Cohen, Leslie y Frith; 1995; Frith, 1991; Baron-Cohen, 1995), definiendo a esta última como la capacidad humana de atribuir mente e inferirla. Los autistas “no comprenden bien qué tipo de seres son las personas”, como si carecieran de un mecanismo cognitivo que les permita “descifrar las personas” y “entenderlas como seres dotados de mente”. (Rivière, 2002, pág. 31).

Nivel 2: Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales. Las personas autistas pueden tener la vivencia de compartir emociones aunque sea de forma muy ocasional y limitada. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto. (Rivière, 2002)

ESCALA DE TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE

4. Trastorno de las funciones comunicativas. La finalidad de la comunicación es compartir con otro la experiencia interna y estos niños carecen de esta competencia, es decir, los niños autistas “no saben qué hacer” con las personas.

Nivel 3: se realizan signos para pedir, ya sea, palabras, gestos “suspendidos”, algunos símbolos, pero no se realiza comunicación con función declarativa, esta se realiza sólo para cambiar el mundo físico.

5. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo. Los niños autistas tienen mucha dificultad para desarrollar el lenguaje en la etapa crítica del desarrollo, ni tienen in-puts (entrada de información) intersubjetivos que ponen en camino los mecanismos específicos de adquisición del lenguaje, por esta razón tienden a desarrollar un lenguaje poco funcional y espontáneo, con alteraciones como la ecolalia, la inversión de formas deícticas (parte de la semántica y la pragmática relacionada con la palabra que sirven para indicar otros elementos, tú, hoy, aquí, esto, son expresiones deícticas que sirven para señalar, personas, situaciones, lugares), la literalidad extrema, el laconismo, ausencia de formas declarativas, verbalizaciones semánticamente vacías y poco adaptadas a situaciones interactivas, limitación en conversación y discurso.

6. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.

Nivel 2: lenguaje ecolálico o compuestos de palabras sueltas, no hay discurso ni conversación.

ESCALA DE TRASTORNOS DE LA ANTICIPACIÓN Y FLEXIBILIDAD

7. Trastornos de las competencias de anticipación. Kanner (1949), “El niño autista, desea vivir en un mundo estático en un mundo en que los cambios no se toleran...sólo el propio niño puede permitirse a sí mismo modificar las condiciones existentes. Pero, ninguna otra persona puede hacerlo sin producir malestar o cólera” (Rivière, 2002, pág. 57).

8. Trastorno de la flexibilidad mental y comportamental. La inflexibilidad de la mente autista tiene relación con alteraciones neuroquímicas funcionales, los cuales influyen en el funcionamiento de la conexión del sistema límbico y los lóbulos frontales. Las estereotipias motoras, la repetición de rituales, las obsesiones configuran la mente y el comportamiento típico de los autistas, estos van a depender del nivel cognitivo del niño.

9. Trastorno del sentido de la actividad propia. Existe una dificultad para “integrar” información, es decir, hay un impedimento para organizar significativamente secuencias temporales de acciones, está la idea de que los niños autistas tienen una percepción fragmentada del mundo, por esta razón, presentan limitaciones de la capacidad de asignar sentido a sus acciones.

Nivel 2: En este nivel los niños autistas realizan actividades funcionales ante consignas externas que orientan la acción de estos. Como no pueden dar sentido a sus acciones suelen ponerse opositoristas, desmotivados y tienden a aburrirse con facilidad.

ESCALA DE TRASTORNOS DE LA SIMBOLIZACIÓN

10. Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción. Estos niños presentan carencias en el desarrollo del juego simbólico, presentan un desfase entre lo sensoriomotor y el juego más elaborado o de imitación, porque presentan dificultad para procesar la información social y descifrar claves comunicacionales, ellos viven en un “mundo literal”, hay ausencia de imaginación. El juego de ficción permite desarrollar muchas cosas en los niños como expresar emociones, proyectar roles sociales, aumenta su creatividad, por lo que la ausencia de este tipo de juego no es favorable para el desarrollo de los niños autistas.

Nivel 3: Juego simbólico evocado casi sin iniciativa propia, acá puede incluir personajes, pero, el estímulo al juego es externo más que espontáneo y poco flexible, puede haber dificultades para diferenciar la realidad de la ficción.

11. Trastornos de la imitación. Según Piaget (1959), la imitación es decisiva para el desarrollo de las capacidades simbólicas, por lo tanto, la incapacidad de imitar limita el desarrollo de lo simbólico y de la intersubjetividad en personas autistas. Como dice Uzgiris (1981) “las acciones de imitación constituyen la esencia de la reciprocidad; hacer algo que acaba de hacer otro equivale a reconocer no sólo acerca del acto, sino, acerca de la semejanza entre uno mismo y el otro” (Rivière, 2002, pág. 91).

Nivel 3: algunas pautas de imitación espontánea, esporádicas y poco flexibles.

12. Trastorno de la suspensión (la capacidad de hacer significantes). Estos niños tienen dificultad para hacer diferentes funciones mentales y actividades que los llevan a crear y comprender significantes, es decir, no logran dejar en “suspenso” una acción para que se convierta en un gesto significativo, como por ejemplo, el gesto de señalar algo que refiere a la acción de tocar (llamada pre-acción), es una acción inmediata sobre la mente de la persona.

1.1.2 Trabajo Terapéutico con niños autistas tomando en cuenta las diferentes Escalas del Cuadro 1.

El trabajo terapéutico con niños autistas que expone Rivière (2002), fue tomado en cuenta a la hora de realizar las sesiones y actividades con Lucas, es por esta razón que son descritas a continuación:

- En el tratamiento de los niños autistas con más dificultades de comprensión, el uso del lenguaje puede no ser muy favorable. Puede ser una estrategia útil iniciar un tratamiento que el terapeuta se imponga a sí mismo un **“compromiso de silencio”** (Rivière, 2002)
- Con respecto a los trastornos cualitativos de la relación social, Klinger y Dawson (1992), definieron estrategias para relacionarse con estos niños, lo cual puede lograrse por ejemplo imitando de forma exagerada acciones con objetos, vocalizaciones y movimientos corporales que facilitan el contacto visual.
- Lo importante es “comenzar a ser aceptado y querido por el niño”, a través de juegos circulares de interacción, crear relaciones sistemáticas, estimular la mirada espontánea, y que logren responder ordenes simples, crear un espacio en donde se pueda entrar en la acción del niño, todo esto favorece el vínculo

con el terapeuta y las figuras paternas. Además, estimula el desarrollo de las capacidades funcionales de las personas autistas.

- En cuanto a los trastornos de las capacidades de referencia conjunta, lo que se propone el terapeuta es favorecer interacciones, que pueden implicar turnos, imitación, reciprocidad, incorporando objetos y situaciones, una vez realizado esto Klinger y Dawson (1992), sugieren que los terapeutas deben proponerse que los niños autistas ocupen la mirada para el logro de sus deseos, puede ser recurriendo a exagerar expresiones faciales y gestos. Sin embargo, la excesiva intrusión de gestos, puede aumentar conductas de evitación, y ser intolerable para estos niños.
- Con respecto a la sordera aparente paradójica que tanto caracteriza a los niños autistas, que involucra una falta de respuesta a las emisiones lingüísticas, como si este fuera sordo, es importante destacar que estos niños responden más a sonidos musicales o relacionados con reforzadores. Esta información es relevante a la hora de realizar musicoterapia con estos niños.
- Para trabajar en terapia la inflexibilidad tan característica de los niños autistas es necesario otorgar un espacio de libertad, espontaneidad y flexibilidad de la acción.
- Como los niños autistas suelen no encontrar sentido a la actividad propia, es primordial que el trabajo terapéutico sea organizado y con interacciones lúdicas y dirigidas para desarrollar destrezas y que no se desmotiven con lo que están haciendo.

- Para entrar a jugar con un niño autista es fundamental lograr ser un compañero de juego fiable en una primera instancia, esto se logra con gestos expresivos, diversificar el juego, darle una estructura y consistencia narrativa, desarrollar formas de juego sociodramático.

1.2 CASCARON EN NIÑOS AUTISTAS

F. Tustin (1992), nos entrega una descripción del autismo donde explica la característica que ha sido un obstáculo para el desarrollo del juego por parte de estos niños, parte por la llamada “Encapsulación auto-generada”, y también, particularmente en el uso de objetos autistas y figuras autistas, que anulan la capacidad de jugar y establecer sensaciones.

1.2.1 Cascaron Protector

Todos los seres humanos poseen una disposición innata a protegerse de experiencias aterradoras, así como los infantes normales se guarecen en los brazos de su madre, los niños autistas están envueltos en sus propias sensaciones corporales, mejor dicho, crean su propia cobertura protectora, por esta razón los niños autistas desconocen su dependencia de otro.

1.2.2 Objetos Autistas de Sensación

Cuando los niños pequeños llevan objetos duros, palos, juguetes y a veces se adhieren a lugares duros como mesas, sillas, lo hacen para sentirse fuertes, sin embargo, una característica del niño autista es que los siente parte de su cuerpo y que le brinda seguridad.

1.2.3 Figura Autista de Sensación

Cuando los niños se relacionan con las sensaciones blandas corporales como la orina, burbujas de saliva aplicadas sobre objetos exteriores, éstas se pueden producir con un objeto externo presionándolo con suavidad. Las figuras así engendradas sobre superficies del cuerpo de estos niños se perciben como unidas a su cuerpo y no son compartidas con otras personas, son exclusivamente idiosincrásicas del niño, lo mismo que los objetos autistas.

Aulagnier (1985), llama a estas alucinaciones táctiles en el sentido que son generadas sólo por el sujeto y carecen de realidad objetiva en el mundo exterior, apaciguan y calman, en consecuencia son una suerte de tranquilizantes generados con el cuerpo.

Tanto los objetos y como las figuras autistas de sensación son inhibidores y a la vez supresores que detienen el desarrollo emocional y cognitivo.

1.2.4 Impedimento Autista para el Desarrollo del Juego

El niño autista ha compensado carencias psicológicas tempranas sobrevalorando los contactos físicos táctiles y las sensaciones que estos suscitan, sólo creen en lo tangible, lo que tiene presencia, en consecuencia la sobrevaloración de los contactos físicos siempre presente implica que la vida mental no sigue un desarrollo adecuado, hay otra razón por la que los objetos y figuras autistas de sensación impiden el desarrollo normal de la imaginación, el sentimiento de existencia y seguridad del niño pasa a depender del contacto con objetos y figuras autistas siempre presentes dadores de sensaciones esto protege

a los niños de experimentar pérdidas, por lo tanto, nunca se ven estimulados a evocar personas u objetos ausentes, lo que los lleva a no identificarse con los sentimientos de otros.

Todas las formas de psicoterapias psicoanalíticas para niños autistas se basan en una comprensión profunda del valor terapéutico y comunicativo.

Peter Hobson (1986), ha demostrado que estos niños carecen de empatía por su falta de capacidad para la identificación empática, siendo este un gran obstáculo para la terapia psicoanalítica con ellos, pues el bloqueo de la empatía parece originarse en el remplazo impropio que hacen estos niños de los seres humanos por objetos y figuras de sensación automáticas no humanas.

F. Tustin (1992), indica que el desarrollo de la imaginación se basa también en la aptitud del sujeto para tolerar que los objetos están ausentes, de ese modo se verá estimulado a evocarlos. Esta aptitud se inicia en la infancia cuando el bebé poco a poco aprende a tolerar las ausencias de la madre nodriza, y la separación física de ella. En psicoterapia, lo primero que deben expresar ellos es su sensación de pérdida, para luego experimentar procesos elementales de duelos, siendo en las primeras fases de las psicoterapias donde empieza a desvanecerse el encantamiento mágico y poderoso de los objetos y las figuras, dominado por las sensaciones (Tustin, 1992).

2. APEGO E INTERSUBJETIVIDAD

El concepto de apego se encuentra estrechamente relacionado con la dinámica familiar en la que se encuentra el paciente en este trabajo. Si bien, no se pudo tener acceso directo a una entrevista con los padres de Lucas, porque no asistieron cuando fueron citados, esta acción podría dar cuenta de una no-conexión de éstos con los procesos que está viviendo el niño dentro del Centro de Rehabilitación en el cual sus padres depositan toda su confianza desde un dejar que “otro” se preocupe, contenga y críe a su hijo, sin participación ni involucramiento en el vínculo con él.

De esta manera, se explicará cómo funciona el apego desde que nacemos, proceso fundamental para lograr la intersubjetividad tan escasa en los niños del espectro autista.

Edward Tronick, es considerado uno de los grandes psicólogos pioneros y gestor de la llamada “Revolución del Desarrollo” ocurrida en los años 70. Los aportes de éste están centrados en la clínica y psicopatología aunque no dejando de lado la actitud sistemática y científica. El desarrollo conceptual y empírico de Tronick (1998), se compone a grandes rasgos de tres fases:

- 1- La creación del paradigma experimental de la cara quieta o inexpresiva (still face paradigm).
- 2- La estructuración de un modelo de regulación mutua para comprender los efectos de la intersubjetividad temprana en la salud mental.

3- Desarrollo teórico de los estados de conciencia diádicas y sus implicancias psicoterapéuticas.

1. Desarrollo de las Fases de Tronick

1. 1 Paradigma Experimental de la cara quieta o inexpresiva (still face paradigm).

Punto de partida (still face): el procedimiento consiste en situar frente a frente a la madre y su bebé, que interactúe normalmente en una sala de laboratorio y que permanezca un tiempo limitado (3 min.) con una expresión plana y sin afectos, veremos que los efectos en el bebé son impresionantes. En un principio este se orienta hacia la madre trata de animarla y activarla para que se contacte con él, a los pocos segundos empieza a enojarse, se altera y se activa realizando repetidos intentos de volver a reanimar a su madre a la interacción normal. Finalmente, cuando estos intentos fallan, se “retira” conductualmente y afectivamente, realizando una serie de conductas de evitación de la mirada de la madre, gira su cabeza en oposición a ella.

Se ha observado un efecto posterior a la cara quieta donde el bebé expresa una actitud de desconfianza hacia su madre, aun, cuando esta ha reanudado el contacto normal.

En la actualidad, este método se ha convertido en uno de los más conocidos y se ha expandido para investigar, la percepción de los bebés, las diferencias culturales y de género en la comunicación pre-verbal, la naturaleza y las diferencias individuales en las relaciones de apego y el efecto de ciertas patologías mentales de las madres en el desarrollo socio afectivo del bebé, (depresión postparto y madres con personalidades limítrofes).

En términos muy simples, los efectos de este procedimiento lo que hacen es violar las reglas que gobiernan los procesos de regulación mutua entre la madre y el bebé, la cara quieta o inexpresiva se constituiría en una especie de mensaje contradictorio que expresaría algo positivo, y por otro lado, la presencia de la expresión facial y un mensaje negativo (la falta de expresión afectiva), provoca fuerte reacción de perturbación por parte del infante. Además, este procedimiento demuestra como los bebés poseen intención de comunicarse y regular sus propios procesos internos de acuerdo a las acciones y expresiones de sus cuidadores. También, se demuestra cómo el bebé necesita de la información pre verbal de sus cuidadores para desarrollar, regular, y estructurar la mente (Lecannelier, 2006).

En la actualidad los usos de este procedimiento son diversos:

- a) Como una prueba de diversos modelos teóricos.
- b) Como un indicador de diferencias individuales en determinados grupos, por ejemplo, para comparar la capacidad socio-afectivas de bebés prematuros con bebés de término o de diferentes culturas, otros cuidados en salas cunas, **bebés**

con algunos trastornos del desarrollo, anomalías congénita, y de diferencias de géneros.

c) El último uso se refiere al tratar de dilucidar la influencia de las relaciones intersubjetivas tempranas en la adaptación socioemocional positiva, estilos de apegos, sintomatologías, cuadros de psicopatologías, etc.

1.2 Modelo de la Regulación Mutua (MRM) y la Energética de los Procesos de Organización Afectiva.

¿Cómo es que algunos niños se vuelven tristes, evitativos y con baja autoestima, otros se ponen rabiosos impulsivos y egoístas, mientras que otros son felices, curiosos, afectivos y seguros de sí mismos?

La respuesta a estas preguntas reside en que los bebés y sus padres participan en un sistema afectivo de comunicación y regulación, y según como se desarrolle este sistema permitirá explicar si los bebés logran alcanzar sus metas biológicas y psicológicas, y que tipo de emociones el bebé va a experimentar en su desarrollo posterior.

Punto de vista del bebé

Para Tronick (1998), los bebés poseen metas o motivos para interactuar con otros, mantener la proximidad de otros, interactuar, conocer el ambiente y regular su homeostasis fisiológica.

Así mismo, los bebés tienen mecanismos tempranos de evaluación para detectar cuando las metas son realizadas, poseen medios auto reguladores y de feedback para hacer cosas, también, para restablecer las metas cuando estas no son alcanzadas, esto implica que primero, el bebé reacciona y reflexiona, y segundo, que es un ser muy activo en querer conseguir sus fines.

Tronick (1998) demostró que cuando el bebé alcanza sus metas exhibe patrones expresivos faciales de alegría, acercamiento a los otros y emociones positivas, pero, cuando no los alcanza tiende a evidenciar patrones de emociones negativas.

Los bebés evalúan que una meta determinada posee un obstáculo que puede ser removido, entonces, experimenta rabia y por lo tanto, la conducta resultante es la de tratar de superar ese obstáculo. La evaluación es que el obstáculo no puede ser removido y no superado, por consiguiente, la emoción resultante es de tristeza y desamparo, entonces, la conducta será de evitación y desconexión del medio ambiente. Todo esto implica que las emociones motivan, dirigen y organizan la conducta de los bebés dado su estado de inmadurez evolutiva y no son capaces de mantener su homeostasis por si solos, por eso, son parte de un sistema auto regulador y comunicativo con sus cuidadores que le permiten al bebé seguir creciendo y madurando (Lecannelier, 2006).

Desde el punto de vista de la madre

Los estudios en general han demostrado que los padres al igual que los bebés son extremadamente sensibles a las expresiones emocionales y conductuales de sus bebés en situaciones cotidianas. Por su parte, los estudios realizados por Tronick (1998) con madres depresivas y con otro tipo de trastornos evidenciarían que en estas interacciones existían muy pocos períodos donde la madre se comunicaba con el bebé, así mismo, se observaban pocos períodos de emocionalidad positiva y los bebés tendían a realizar conductas de auto regulación con mayor frecuencia de lo normal, como evitación de las miradas, falta de control postural, conductas de mecerse extremas, succión intensa del dedo.

El patrón de todas las miradas descoordinadas consistía en que no eran capaces de evaluar las metas presentes de sus bebés lo que generaba instancias crónicas de descoordinación.

En los casos de bebés con **madres depresivas u otro tipo de trastornos**, éstos se quedan pegados en la experimentación de emociones negativas, lo que genera una serie de reacciones anormales y psicopatológicas. Por lo tanto, para Tronick (1998), la psicopatología tiende a surgir en situaciones en donde el bebé experimenta **faltas interactivas crónicas y persistentes durante etapas tempranas** (fallas interactivas crónicas), aquí, el infante es obligado a gastar muchas energías y tiempo en conductas auto reguladoras para controlar las constantes experimentaciones de emociones negativas.

1.3 La Formación de Estados Diádicos de Conciencia y sus implicancias clínicas.

Los últimos avances del enfoque de Tronick (1998), al igual que en la etapa anterior empiezan con una pregunta.

¿Por qué los seres humanos buscan de un modo tan intenso los estados de conexión emocional e intersubjetividad? Y ¿Por qué las fallas en poder lograr esta conexión poseen efectos tan dañinos en la salud mental de los infantes?

La respuesta a estas preguntas reside en la formulación de su Hipótesis de la Expansión Diádica de la Conciencia basada en su Modelo de Regulación Mutua. (HEDC)

En resumen la HEDC plantea que cada individuo, bebé y madre, paciente y terapeuta, en un sistema auto organizado crea sus propios estados de conciencia, que son los estados de organización cerebral los que se expanden a estados más coherentes y complejos en colaboración con otros sistemas auto organizado, Tronick (1988).

3. ESTADIO DEL ESPEJO DE JAQUES LACAN

En las sesiones de musicoterapia con Lucas aparece un elemento espontáneo “El Espejo”, el cual era parte del gimnasio y no estaba incluido como parte del setting, sin embargo, pasó a ser un elemento importante debido a que el niño se miraba constantemente al espejo mientras toca los instrumentos musicales y realizaba las actividades de la sesión. Más adelante, en el desarrollo de todas las sesiones siguientes este elemento pasa a ser parte el setting musicoterapéutico.

De acuerdo a este fenómeno ocurrido espontáneamente en el proceso musicoterapéutico, se desarrollará a modo general el Estadio del Espejo de Lacan.

Para comenzar con este tema, es preciso presentar al autor Jaques Lacan (nacido en París el 13 Abril 1991), fue un psicoanalista francés que revolucionó el mundo del psicoanálisis proponiendo formulaciones nuevas y maneras diferentes de enfocar algunos problemas. Post Freudiano con mucha influencia sobre la teoría psicoanalítica.

Pero, por qué hablar de Jaques Lacan (1949) y el “Estadio del Espejo” como formador de la función del yo, eso lo vamos a explicar a continuación:

J. Lacan (1949) basa su teoría del estadio del espejo en la siguiente observación.

La cría del hombre, a temprana edad, es superada en inteligencia instrumental por el chimpancé, sin embargo, ya es capaz de reconocer su imagen en el espejo como tal. Esta edad, va desde los seis a los dieciocho meses, y es donde el psicoanalista observa que el reconocimiento va acompañado siempre de una expresión jubilosa en el niño. A los seis meses, el niño puede ser todavía un

lactante, y desde luego no coordina su cuerpo lo suficiente como para dominar su postura, sin embargo, si tiene un espejo cerca puede sentir interés como para gatear o arrastrarse hasta encontrar una posición que le permita obtener del espejo lo que Lacan llama una imagen instantánea de sí mismo. (Blasco, 1992)

J. Lacan (1949) analiza la discordancia entre la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia, vale decir, la cría del hombre nace prematura, y muchos de sus rasgos al nacer son todavía fetales, por lo cual existe en él un período de desvalimiento, con un cuerpo fragmentado y notoria descoordinación motriz.

Entonces, tenemos al niño mirando y reconociéndose en aquel reflejo, ve movimientos similares (imitación), con una imagen del cuerpo más coordinada y fusionada. Es acá donde aparece la inquietud por ese otro que le mira y le cautiva, ese otro al que ve en pleno y que al momento le dicen “mira, ese eres tú”.

“Eres tú”, imagen pues de mí, imagen de mi yo, imagen del yo. La primera identificación imaginaria, dice Lacan (1949), de donde deduce que esa primera identificación ante el espejo es clave para la formación del yo, es la fundadora de la serie de identificaciones que le seguirán después e irán constituyendo el yo del ser humano.

Sin embargo, a la vez que originaria, esa primera identificación es en sí profundamente alienante. Para empezar, el niño se reconoce en lo que sin duda alguna no es él mismo sino otro. En segundo lugar, ese otro, aun si fuese él mismo, está afectado por la simetría especular, condición que luego se reproducirá en los sueños. En tercer lugar, aquel que se reconoce como yo, no está afectado de mis limitaciones, él no tiene los problemas que yo tengo para

moverme. Aquí Lacan (1949) dirá: “esa es la matriz del yo ideal”, y, eso jamás se alcanza. (Blasco, 1992, pág. 7)

Este es el punto ideal y la base de todas las identificaciones que vendrán después: “cualquier otro a quien yo ame en algo, aquel a quien vea con buenos ojos, estará para mí en el lugar de esa imagen alienante en la que confluyen mi ideal del yo y mi cuerpo sin fragmentar” (Blasco, 1992, págs. 7-8). Es por eso que J. Lacan (1949) puede decir en “La Agresividad en Psicoanálisis”, que se da en el momento en que al otro, ya no lo amo, sino que deseo agredirlo, y lo que está en la base de mi agresión es el retorno a mi cuerpo fragmentado, en el momento en que ya no se sostiene la identificación con el otro, la imagen falla.

Pero, ¿Qué sucede entonces si el niño, por alguna circunstancia, se encuentra sin ningún espejo en la edad en la que debería pasar por su estadio?

La respuesta es, no sucede nada distinto. En primer lugar, la identificación que describimos puede también producirse con otro, por ejemplo con la madre.

La elaboración de la figura del otro es esencial en Lacan (1949). El otro, en tanto viene a ser otro como yo, mi semejante, como se dice, el que viene a ocupar precisamente el lugar que mi imagen ocupaba en el espejo, en el sentido de que por ser la experiencia del espejo formadora, simplemente no hay otro lugar. Explicación luminosa del aspecto narcisista de toda identificación. Recordemos que ese lugar es a la vez el de mi imagen y el de mi alienación y mi desconocimiento: “ese es el lugar, el de mi desconocimiento, que viene a ocupar el otro”. Y de ahí me vendrá, de lo que el otro es, sabe y dice, pero yo

desconozco, lo que yo creeré ser, querré saber, y pensaré pensar, pensando pero sin ser, o siéndolo sin pensar. (Blasco, 1992)

Por lo tanto, de acuerdo a la forma en que utiliza el espejo el paciente y tomando en cuenta lo anteriormente expuesto por Lacan, cabe preguntarnos ¿Qué impulsó a Lucas a estar constantemente mirándose al espejo con expresión de júbilo en las sesiones de musicoterapia?

Puede ser que nunca se llegue a una respuesta certera de esta pregunta, tomando en cuenta que Lucas es un niño del Espectro Autista, pero se puede analizar una tendencia a esta conducta desde la teoría de Lacan. Esto se explicará más adelante.

4. JUEGO

El juego ocupa un rol fundamental en el desarrollo psíquico, social y cultural del ser humano. El integrar el juego en el espacio musicoterapéutico abrió las posibilidades de un mayor contacto con Lucas, también, de favorecer el vínculo y desarrollar su creatividad. Por esta razón, se expondrá del autor D. Winnicott (1994), el concepto de Juego y los beneficios del jugar en los niños.

1. DONALD WINNICOTT

Para D. Winnicott (1994), lo universal, y natural es el juego, corresponde a la salud, facilitando el crecimiento, la comunicación, y por consiguiente conduce a relaciones grupales. (Saa, 2003)

El juego es por sí mismo una terapia e involucra el establecimiento de una actitud social positiva respecto a este. Cuando los niños juegan tiene que haber personas responsables cerca; pero ello no significa que intervengan en este, (Winnicott, 1971).

Para Winnicott, “El juego es una experiencia siempre creadora y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una forma básica de vida” (Winnicott, 1994, pág. 75)

En el juego el niño se encuentra en libertad de ser creador, además, usa toda su personalidad, se descubre y se comunica dentro de este espacio.

1.1 La Experiencia Cultural

La expresión Experiencia Cultural (E. C.) es una ampliación de la idea de los fenómenos transicionales del juego mismo, resaltando la experiencia desde que nacemos. La E. C. es el espacio potencial que existe entre el individuo y el ambiente. Lo mismo puede decirse acerca del juego. La E. C. comienza con un vivir creador, cuya primera satisfacción es el juego. (Saa, 2003)

“Desde el principio el bebé vive experiencias de máxima intensidad en el espacio potencial que existe entre el objeto subjetivo y el objeto percibido en forma objetiva, entre las extensiones del Yo y el No-Yo. Este espacio se encuentra en el juego recíproco entre el no existir otra cosa que yo y el existir de objetos y fenómenos fuera del control omnipotente” (Winnicott, 1994, pág. 31)

“Todos los bebés tienen en dicho espacio sus propias experiencias favorables o desfavorables. La dependencia máxima. El espacio potencial se da sólo en relación con un sentimiento de confianza por parte del bebé, es decir, de confianza vinculada con la confiabilidad de la figura materna o de los elementos ambientales, siendo la confianza la prueba de la seguridad que comienza a ser introyectada” (Winnicott, 1994, pág. 32)

Por otra parte, el espacio potencial entre el bebé y la madre, entre el niño y la familia, entre el individuo y la sociedad, depende de la experiencia que conduce a confiar, y es allí donde experimenta este vivir creador. Sin embargo, la falta de confiabilidad o pérdida de objeto es para el niño la pérdida de la zona de juego, y la del símbolo significativo.

1.2 ¿Por qué juegan los niños?

D. Winnicott (1991), refiere que los niños juegan por lo siguiente:

- **Por placer:** los niños gozan con todas las experiencias físicas y emocionales del juego.
- **Para expresar agresión:** los niños liberan agresión en el juego, como si esto fuera algo malo de que es necesario librarse. El niño siente que un buen ambiente debe tolerar los sentimientos agresivos.
- **Para controlar la ansiedad:** para controlar ideas e impulsos que llevan a la ansiedad. La amenaza de un exceso de ansiedad conduce al juego compulsivo o al juego repetitivo; si la ansiedad aumenta el juego se transforma en búsqueda de gratificación sexual.
- **Para adquirir experiencia:** al enriquecerse, los niños aumentan su capacidad para percibir al mundo.
- **Para establecer contactos sociales:** al principio los niños juegan solos o con la madre. Cuando los niños desempeñan papeles o roles preconcebidos les permite que sus pares tengan experiencia independiente. “El juego proporciona una organización para iniciar relaciones emocionales y permite así que se desarrollen contactos sociales” (Winnicott, 1991, pág. 156)
- **Integración de la personalidad:** el juego, el uso de las formas artísticas y la práctica religiosa, tienden a la unificación e integración de la personalidad. Es en el juego donde el niño relaciona las ideas con la función corporal.

- **Comunicación con la gente:** “El juego puede ser algo muy revelador sobre uno mismo” (Winnicott, 1991, pág. 157) El juego, como los sueños cumple la función de autorrevelación y comunicación en un nivel profundo.

Síntesis del Marco Conceptual

En este marco conceptual se han abordado todas las dinámicas que rodean la misteriosa Historia de vida de Lucas. Empezando con la concepción clínica del estado de salud-enfermedad de este, el ser un niño perteneciente al llamado “Espectro Autista”.

Las teorías del apego vienen a esclarecer el tipo de apego que puede haber desarrollado Lucas, desde sus experiencias tempranas. Sin embargo, no se logró obtener información clara y directa sobre esto por parte de sus padres.

El estadio del espejo como formador del yo de Lacan (1949), viene a aclarar el uso del elemento “espejo”, que pasó a ser parte del setting musicoterapéutico.

Y por último, la teoría de juego de D. Winnicott nos explica el por qué es tan importante que los niños jueguen como un proceso que facilita la creatividad y la comunicación con el otro. Esta técnica específicamente el juego musical, fue un gran aporte para enriquecer el desarrollo de la personalidad expresiva de Lucas.

IV. MARCO CONCEPTUAL MUSICOTERAPÉUTICO

Para realizar un abordaje musicoterapéutico, se decidió tomar en una primera instancia a G. Gauna (2009), con sus conceptos de Aproximación Diagnóstica, Personalidad Expresiva y Núcleos de Salud, en general, este marco muestra los aspectos sanos del paciente, para no estigmatizarlo en un “Diagnóstico Clínico”. De aquí en adelante, los otros autores fueron tomados como referentes para la aplicación de Técnicas utilizadas con Lucas en musicoterapia como: D. Shapira (2007) y el trabajo con canciones; M. Martínez (2009) y el Juego Musical; G. Federico (2007) y la musicoterapia receptiva; K. Bruscia (1999) y sus Técnicas Clínicas en Improvisación, y por último, Violeta Hemsy (2003) y sus técnicas corporales de Intervenciones Operativas.

1. GUSTAVO GAUNA

Para Gustavo Gauna, “la musicoterapia plantea la expresión como dirección de la cura. La apertura expresiva sin pautas ni reinterpretaciones y con un terapeuta puesto en juego con la mínima distancia corporal, moviliza al paciente en sus modos de comunicación” (Gauna, 2009, pág. 66).

Los tratamientos en deficiencia mental, en trastornos motores y/o sensoriales, en problemas de aprendizaje y otros, siempre aportan a la terapéutica en salud mental por dos razones:

1. Porque la musicoterapia comprende al paciente de manera integral, trabaja desde los estados sanos del paciente, incluye los aspectos negativos y positivos de la vida del paciente.
2. Porque la musicoterapia se da en una relación transferencial, en donde el musicoterapeuta se compromete con el proceso de terapia desde su biografía, su corporalidad, su música, su autenticidad.

En terapia los contenidos se resignifican en relación a la vivencia pasada y futura, por lo que, cuando una producción sonora vuelve a aparecer el musicoterapeuta debe estar atento a esta situación (Gauna, 2009).

1.1 La Aproximación Diagnóstica

G. Gauna (2009) prefiere hablar de “Aproximación Diagnóstica” como acercamiento a la realidad en vez de “diagnóstico” que puede ser una forma más tajante de lo observado en la persona. De esta manera, el término “diagnóstico” pasa a ser más dinámico e ilimitado en el tiempo de las sesiones. En estos primeros encuentros con el paciente la realidad se basa en la construcción de un vínculo “tejido vincular” en el cual aparece la sonoridad del niño en relación a los objetos y al terapeuta. Si este espacio entre ellos, que es un espacio de investigación, es óptimo el niño será capaz de escuchar y crear en base a un vínculo estable con el objeto. A partir de esto, se establece el piso para que aparezca lo emotivo a través de lo llamado el juego de variables sonoras que son: el uso de la voz, del cuerpo, de los instrumentos musicales, permitiendo la relación

entre el niño y terapeuta, favoreciendo la “apertura expresiva”, del niño que es sostenida por la expresividad del terapeuta. (Andreu, 2009)

1.2 Personalidad Expresiva

Es aquella característica particular de la persona, su forma de expresarse y comunicarse, la cual, demuestra las estructuras psíquicas de la persona, desde lo consciente e inconsciente.

“La personalidad expresiva, como el conjunto de permanencias en la expresividad del paciente que constituye un modo identificable y diferenciado de relación con el afuera, incluyendo tanto a los objetos como a los sujetos, y que es representación de los objetos internos del paciente. Su constitución se remonta a las primeras reacciones suscitadas por los objetos en el niño. Estas reacciones emotivas van generando nuevas y permanentes búsquedas sensoriales que por sus efectos-gratificaciones y frustraciones-van constituyendo un modo relacional” (Gauna, 2009, pág. 67).

Así, todo lo que realiza el niño en las sesiones de musicoterapia va ejerciendo “modos de expresión” que van formando los “modos de acción” con los objetos. Estos modos de acción se van estableciendo como “modos estructurales” en relación con el medio externo que lo rodea.

G. Gauna (2009) rescata de la musicoterapia, el espacio terapéutico que ocupan todas las asociaciones sonoras con el mundo simbólico del ser humano. Espacio que potencia los procesos en donde se rescatan los núcleos de salud del paciente.

Los núcleos enfermos van imposibilitando la demostración de la personalidad expresiva y van debilitando sus representaciones. El proceso musicoterapéutico tiene como objetivo dar el espacio para movilizar las emociones del paciente partiendo desde su sonoridad y expresión corporal para entrar a lo representativo.

Para Gauna (2009) el tema del escuchar al otro es de vital importancia en el proceso musicoterapéutico. La musicoterapia plantea un encuentro cercano con el paciente en donde el terapeuta está dispuesto a compartir desde lo corporal, lo sonoro, el espacio, y su historia, así construir un tejido vincular en donde explaya su expresividad que dan espacio a la expresividad y emotividad del paciente facilitando un ambiente contenedor que estimula el proceso de significación y resignificación del paciente.

1.3 Núcleos de Salud

“Se entiende por **Núcleos de Salud** a aquella capacidad de otorgar un “sentido a lo propio”, capacidad que en el plano de la musicoterapia se construye a partir de un vínculo estético y activo entre el niño y musicoterapeuta. Es la capacidad por medio de la “acción expresiva” de “quebrar” la inmovilidad que acoge a toda situación de enfermedad o falta de salud. En la situación de los infantes y/o niños reconocemos aún más fuertemente esta “capacidad para la salud”, propia de la plasticidad emotiva y expresiva que los niños poseen espontáneamente” (Gauna, 2009, pág. 77)

1.4 Las Variables Emotivas

Es indudable la impronta personal que cada uno de los terapeutas, subjetivamente ponen en juego al desarrollar el vínculo terapéutico con los niños con los que se toma contacto. Y esta impronta conlleva ciertos “modos de hacer” que son propios y que están íntimamente relacionados con la eficacia del proceso terapéutico. Se cree que los niños, sobre todo ante el contacto con materiales sensibles como los propuestos por el musicoterapeuta, oscilan en un ámbito de vivencias emotivas que van: de lo conocido a la sorpresa, de lo excitante a lo tranquilizante, de lo que zozobra en alegría a lo que pone triste, de lo que agrada a lo que enoja, de lo que da seguridad a lo que resulta extraño y/o de lo que distiende a lo que tensiona.

La espontaneidad de estas vivencias, con su plasticidad, son las que motivan la expresividad del niño. (Gauna, 2009).

2. JUEGO MUSICAL Y TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA

El Juego Musical se incorpora al trabajo musicoterapéutico con Lucas después de tener una aproximación diagnóstica y los objetivos establecidos. A estas alturas ya se conoce la personalidad expresiva del niño y se ha establecido un lazo de confianza con él, es aquí donde llega el momento de jugar. Por esta razón, se describirá a continuación lo que es el Juego Musical.

2.1 Caracterización del Juego Musical

Merker (2000) define el juego musical como “aquella situación en la que, a través de las acciones de la madre, el niño ajusta su timing a un componente que está más allá de la propia acción de la madre y que se constituye como un tercer miembro de la interacción: la estructura métrica de la canción o el juego” (Martínez, 2009, pág. 5).

“El juego musical, concebido de manera amplia, abarca toda actividad lúdica definida en función de la presencia de patrones rítmicos y/o melódicos recurrentes y elaborados (de acuerdo a la estructura repetición-variación) y/o de acuerdo a la sujeción de las conductas a un pulso musical subyacente (Merker 2002; Shifres y Español, 2004)” (Martínez, 2009, pág. 5).

Los niños del espectro autistas tienen alterado el juego funcional y simbólico, por lo tanto, algunos manifiestan ausencia de estos juegos y otros pueden tener un juego pobre de ficción y a veces estereotipado.

Pero, pensando en el juego musical, Martínez (2009) reflexiona que un primer marco de indagación puede estar dado por tres elementos: (1) nivel de alteración del juego musical; (2) Contexto social en el cual produce y (3) Componentes que se encuentran presentes, ausentes y/o alterados.

2.1.1 Nivel de Alteración del Juego

En principio, no se puede intentar una aproximación al niño del tipo todo o nada, es decir, sabiendo que el juego funcional y el simbólico presentan diferentes niveles de alteración, es esperable encontrar diferentes tipos y niveles de alteración para el juego musical.

Es fundamental investigar si la alteración o no del juego musical es específica de los niños autistas o si existen otras alteraciones del desarrollo dónde también se evidencien alteraciones de este aspecto del juego (Martínez, 2009).

2.1.2 Contexto Social en el cual se produce

“Por otra parte, en general las actividades lúdicas en las que se involucran los niños suelen desarrollarse (pensado en un marco de interacción social) en principio, en tres contextos: (I) juego solitario; (ii) juego con pares; y (iii) juego con adultos. Entonces, al momento de realizar algún tipo de análisis resulta más que apropiado establecer el contexto social en el cual se está desarrollando la actividad”. (Martínez, 2009, pág. 5)

2.1.3 Componentes que se encuentran presentes, ausentes y o alterados

El juego musical se construye a partir de diferentes componentes por lo que es mejor preguntarse lo siguiente: “(1) cuál de estos componentes se encuentra ausente; (2) se encuentra presente alguno de los componentes en las actividades lúdicas de los niños con TEA; (3) en qué situaciones se evidencia la presencia o ausencia de juego musical (en solitario o en compañía)” (Martínez, 2009, pág. 5)

Tomando en cuenta estos tres puntos se realiza el trabajo de análisis del juego musical de Lucas más adelante.

3. DIEGO SHAPIRA, ABORDAJE PLURIMODAL

Del abordaje Plurimodal se rescata la diversidad de técnicas en relación al trabajo con canciones, las que sirvieron para el lograr los objetivos propuestos, sobre todo, para favorecer la conexión y la interacción con la terapeuta.

3.1 El Trabajo Con Canciones

“Para D. Shapira, uno de los materiales privilegiados que tienen los musicoterapeutas son las canciones. Participan de la vida cotidiana y se entrometen en la memoria personal construyendo la historia sonora de cada individuo. Cuando se canta la música otorga una vía regia para poder decirnos algo a nosotros mismos” (Shapira, 2007, pág. 152)

El trabajo con canciones, adquiere diversas formas, en este caso utilizamos las siguientes:

- **Canto conjunto:** el canto conjunto entre el musicoterapeuta y el paciente ayuda a este a incorporar a su universo la posibilidad de expresarse vocalmente, además, le brinda una contención afectiva segurizante, que puede bajar sus ansiedades.

- **Creación:** el musicoterapeuta y el paciente generan un espacio en el cual componen una canción. Este recurso es muy valioso porque introduce una variable lúdica que fortalece el vínculo.

- **Inducción evocativa inconsciente:** en algún momento de la sesión, el paciente puede asociar de manera repentina e inesperada una canción. Esto permite traspasar las resistencias del paciente.

- **Improvisación:** es la síntesis de la dos y la cuatro. Permite al paciente conectarse con recuerdos, imágenes, sensaciones, sin represiones.

3.2 Canto con Música Editada

Cantar sobre música editada genera un clima de confianza que posibilita brindar al paciente seguridad para expresarse. Además, disminuye ansiedades, genera una alianza de trabajo y sirve para conocer la voz del paciente (Shapira, 2007)

3.3 Acompañamiento Instrumental de Música Editada

Utilización de instrumentos musicales para realizar acompañamientos de música conocida por el terapeuta y paciente. Así, el paciente participa activamente de este proceso.

4. MUSICOTERAPIA RECEPTIVA

Otras de las técnicas utilizadas con el paciente fue la musicoterapia receptiva, como forma de contener y relajar, además, de favorecer un clima de confianza y organizar la conducta de Lucas, que a veces tendía a ser más compulsiva y con tendencia a la rigidez. Se revisará lo que presenta G. Federico con respecto a los niños autistas y la técnica receptiva o pasiva.

1.1 GABRIEL FEDERICO

Cuando el musicoterapeuta G. Federico se refiere al autismo, habla de niños que “tienen la mente en el cielo y el cuerpo en la tierra”. (Federico, 2007, pág. 37). Este autor relata que los niños autistas procesan de diferente forma la información. Explica que un cerebro en condiciones normales filtra la información y responde de acuerdo a esto, pero en el caso de los autistas, este filtro presenta rajaduras, por lo que, toda la información llega a destino sin ser procesada. Su cuerpo va a funcionar de acuerdo a un mundo interno laberíntico que no encuentra salida, allí surgen los aleteos, el caminar con los pies en punta, los ojos extraviados, sin respuestas a la plática, quedándose pegados en cosas que giran sin sentido.

La musicoterapia otorga el espacio para entrar en su mundo y para “que el Niño que habita dentro del mismo niño pueda salir por unos momentos a jugar fuera de él” (Federico, 2007, pág. 38)

1.1.1 Musicoterapia Receptiva o Pasiva

G. Federico (2007), refiere que la musicoterapia receptiva posee también una psicodinámica, debido a que, aunque se esté realizando una actividad con música suave, el niño puede estar activo y alerta.

Un elemento importante en este tipo de musicoterapia es la relajación, en este estado se permite que recupere la adecuada figura humana desde las estereotipias o formas autistas de comportamiento (manos flexionadas, muecas del rostro, etc.) a conductas más organizadas.

Al realizar musicoterapia receptiva, es relevante tener presente cuáles son las melodías que relajan al niño. Esto puede ayudar a crear un clima cómodo para el niño.

5. KENNETH BRUSCIA

De este autor tomaremos las Técnicas que se utilizaron en el desarrollo del Proceso Musicoterapéutico con Lucas.

1. Técnicas Clínicas en la Musicoterapia de Improvisación utilizadas con Lucas: (Bruscia, 1999)

1.1 Técnicas de Empatía

- Imitación y Copia: Bruscia, las define como hacer un eco de la respuesta del paciente, debe usarse con cautela para no incomodar al niño, y requiere que este deje pausas en su música. Ayuda a la interacción entre ambos.
- Sincronizar: hacer al mismo tiempo lo que hace el paciente.
- Incorporar: utilizar un motivo musical del paciente para improvisar.
- Paseo: encajar en la intensidad y velocidad del paciente.

1.2 Técnicas de Estructura

- Dar un fondo rítmico: proporcionar una base rítmica para la improvisación del paciente.
- Compartir Instrumentos: ambos terapeuta y paciente tocan cooperativamente el mismo instrumento.
- Unión: desarrollar una canción corta basada en la respuesta del paciente y utilizarla como elemento de unión.

1.3 Técnicas de Redirigir

- Introducir al cambio: realizar un cambio en el ritmo o melodía, también puede ser en la letra.
- Intensificar: aumentar la dinámica, el tempo.
- Calmar: reducir la dinámica, el tempo.
- Intervenir: interrumpir, redirigir perseveraciones o conductas estereotipadas.
- Reaccionar: al término de una improvisación preguntar al paciente si le gusto o no.

1.4 Técnicas de Procedimiento

- Cambiar: cambiar el medio de expresión.
- Retirarse: desempeñar un rol pasivo y dar pie a que el paciente dirija la experiencia.
- Rebobinar: hacer que el paciente escuche una grabación de su propia improvisación.

1.5 Técnicas de Exploración Emocional

- Contener: mientras el paciente improvisa, la terapeuta proporciona un fondo musical en relación a los sentimientos del paciente, y a la vez lo contiene.
- Toma de roles: intercambiar varios roles mientras improvisa con el paciente.

1.6 Técnica Referencial

- Contar una historia: improvisar música y potenciar al paciente para que cree una historia.

1.7 Técnica de Debate

- Reforzar: recompensar positivamente al paciente.

6. MUSICOTERAPIA CORPORAL

La musicoterapia corporal habla de la unión entre cuerpo y mente, y las formas de expresiones corporales, como gestos, y los movimientos en relación con la música. Para profundizar más este tema se desarrollará el concepto de “Cuerpo Multidimensional” de la autora Marcela Araneda (2005).

M. Araneda, refiere que nuestra consciencia corporal es la primera forma de conocernos a nosotros mismos y al mundo. Relata que en nuestros primeros años de vida somos seres no verbales, por lo tanto, aprendemos a conocer el mundo desde la lectura de los rostros, gestos, miradas, tonos de voz, olores, posturas y emociones. Todo esto, va configurando lo que somos a través de vínculos significativos.

La psico corporalidad del ser humano se regula con las experiencias de nuestras primeras relaciones con los cuidadores, desde el deseo, las caricias y el amor. El cuerpo se va transformando, cambia su forma, se regenera, cambiando los movimientos y las relaciones con otros.

El **cuerpo multidimensional**, hace referencia a tener un cuerpo físico, anatómico y energético. Al mirar el cuerpo de una persona se puede observar su respiración, su amplitud o constricción; el tono muscular, la rigidez, además, podemos observar el brillo de los ojos, el color de su piel, la calidad del movimiento, etc. y a través de esto, darse cuenta de toda la energía de vida que habita en esa persona.

Se puede observar todo lo **emocional y anímico en un cuerpo**. Un cuerpo temeroso, con rabia, con goce, con amor, con necesidades emocionales como el ser abrazado o con carencias afectivas.

Está también el **cuerpo sensorial**, que a través de las percepciones (conscientes o implícitas), intuiciones y sentidos (olfato, visión, tacto, audición) crean la conexión necesaria consigo mismo y su entorno

El **cuerpo relacional**, es aquel que se ha ido formando e interactuando continuamente con otros cuerpos. Algunos provienen de un ambiente relacional disponible, empático y cálido y otros son producto de relaciones que generan incertidumbre, confusión, inseguridad, y frialdad.

El **cuerpo esencial**, es misterioso y además, poseedor de un “centro”, lugar intacto donde habita lo espontáneo, creativo, libre, incierto, y sólido a la vez.

Tomando en cuenta el concepto de cuerpo multidimensional que describe Araneda (2005), lo cual sirvió para conocer más al paciente desde la observación de su cuerpo en movimiento, se revisaran las técnicas corporales utilizadas con el niño:

1. Técnicas Corporales

1.1 Intervenciones Operativas: son herramientas que están al servicio de sensibilizar el cuerpo y aumentar motricidad. Estas van más allá de lo corporal, y de las disciplinas como la eutonía, la danzoterapia, etc. incluye también, otras metodologías derivadas de terapias psicológicas como la Gestalt, el Psicodrama, etc. estas pueden favorecer estados creativos, utilizando ejercicios, juegos corporales, ensueños dirigidos, escenas psicodramáticas, respiraciones, toques, etc.

“Otra característica de una intervención operativa es que no sólo se trata de cursos que provienen de métodos reconocidos, también pueden serlo otros como: poner una mano en el hombro, profundizar el silencio, acentuar una distancia, exagerar una emoción, verbalizar una sensación, un pensamiento, una imagen ocasional” (Gainza, 2003, pág. 22)

La musicoterapia corporal sirve para que al observar al paciente, el terapeuta pueda ser consciente como terapeuta de toda la información que pueden entregar las multidimensiones del cuerpo de este.

Por otra parte, las técnicas descritas anteriormente fueron utilizadas para trabajar lo corporal con Lucas, sacarlo de su comportamiento con tendencia a la rigidez y a las conductas repetitivas. Y sumergirlo en el baile y movimiento a través de la música.

V. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

La Aproximación Diagnóstica está relacionada con los primeros acercamientos al paciente, desde recolectar información de este a través de diferentes medios hasta el conocimiento y contacto en las primeras sesiones de musicoterapia. De esta manera, se explicará cómo se fueron dibujando estos momentos, entrevistas con las profesionales del Centro Manantial, conversaciones con las educadoras, pasando por las observaciones de la conducta realizadas en la sala de clases y patio, hasta el desarrollo de las primeras sesiones de musicoterapia con Lucas las que favorecieron el proceso de conocimiento teniendo como base los planteamientos del autor G. Gauna (2009).

1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

1.1 Entrevistas con la Directora del Centro de Rehabilitación Manantial:

Se realizaron constantes entrevistas y conversaciones con la Directora del Centro Manantial, las cuales arrojaron la siguiente información acerca de la situación del paciente:

Motivo de Consulta

La Dirección del Centro propone al niño Lucas para que ingrese al proceso musicoterapéutico, por ser un niño de difícil manejo, su cuadro clínico TGD, lo mantiene aislado y con problemas de contacto social, a esto se suma, que presenta conductas catastróficas y un marcado egocentrismo.

La Dirección informa que Lucas es un niño que viene de una familia disfuncional, padre con Antecedente de enfermedad Bipolar y madre que impresiona un Trastorno de Personalidad, situación que preocupa a la Dirección del Centro, debido a que son padres de difícil manejo y que además, no se integran a la rehabilitación de su hijo. Además, existe un bajo compromiso de parte de sus progenitores por establecer un vínculo afectivo genuino con el niño.

Por otro último, este niño llegó hace unos años con conductas bastante catastróficas de difícil manejo, pero que con el tiempo y el trabajo de las personas que están a cargo de él, estas han disminuido considerablemente.

1.2 Conversaciones con Educadoras:

Se realizaron conversaciones con la mayoría de las Educadoras que trabajan la mayor parte del tiempo junto al niño. Estas refieren que Lucas es un niño cariñoso que “hay que saber tratarlo”, y que el objetivo principal del tratamiento de este es organizar su conducta, que aprenda a tolerar las frustraciones, para que pueda establecer vínculos con otros, y así, lograr estimular un desarrollo favorable.

1.3 Observación da la conducta de Lucas en sala de clases y patio de Juego:

Al observar la conducta de Lucas se puede apreciar una marcada tendencia al aislamiento, y baja capacidad para compartir con compañeros de su mismo nivel, sin embargo, cuando se daba cuenta que la terapeuta lo estaba observando, le

gustaba llamar la atención molestando insistentemente a los compañeros, y manifestando algunas conductas regresivas orales.

Una de las conductas más frecuentes observadas en él, era su gusto por tomar sol en la ventana. Luego, al ir a buscarlo para iniciar la sesión de musicoterapia, salía de la sala sin saludar a la terapeuta, le tomaba la mano y la acompañaba al gimnasio donde se realizaban las sesiones.

1.4 Revisión Ficha de Lucas

El cuadro que se presenta a continuación es un resumen de la ficha del paciente, la cual fue elaborada por el equipo profesional del Centro Manantial:

Nombre: Lucas
Edad: 9 años
Diagnóstico Clínico: Trastorno Generalizado del Desarrollo. Tratamiento con Médico Neurólogo. Medicamento Dagotil
Síntomas: Lenguaje estereotipado y ecolálico, conductas disruptivas, frente a estímulos auditivos (arreglos en departamentos.), se lanza sobre la madre solicitando ayuda. Sus pataletas han disminuido. Madre refiere que realiza la misma rutina, probándose prendas de color rosado, ve TV, no permite que la madre se incorpore al juego. Muerde a la madre, se muestra auto y heteroagresivo. Desordenado, se cambia ropa utilizando ropa de niña. En la casa no se lava los dientes, muerde los cepillos. Esconde comida tras la cama. Padre refiere que en Diciembre 2008, el niño tuvo un accidente, mostrando un bajo nivel de respuesta al dolor (corte de piel a nivel de muñeca).
Antecedentes Familiares: Padres con períodos de separaciones, Disfunción familiar.
Área Social: Lucas es un niño afectuoso y con iniciativa, que coopera en la sala entregando los materiales, ordenando y estimulando a sus compañeros a responder, pero se han acentuado conductas de celos, frente a compañeros que puedan quitarle la atención preferencial del adulto.

Aparentemente debido a lo mencionado anteriormente, intenta manejar el ambiente para provocar situaciones catastróficas, de las cuales parece disfrutar (ej. Hacer llorar a un compañero). Esta conducta se acentuó un tiempo, repitiéndose además, ante los adultos, llegando a botarse en el suelo en medio de ellos para obtener su objetivo. También, ha sido reiterativo con conductas de apagar y aprender luces o tocar timbres, sin embargo, su conducta es factible de redirigir.

Es importante mencionar que aparentemente genera una dinámica de manipulación hacia su cuidador para obtener ganancias secundarias (atención, cariño). Todo lo anterior experimenta cambios a partir del aumento de la dosis de su medicamento (Risperidona) después de lo cual se aprecia una disminución de las conductas catastróficas. Se sugiere de vital importancia el trabajo con sus padres.

Se presta a trabajar, manteniéndose atento durante algunos minutos, (20 min. en trabajo individual), evadiéndose cuando el trabajo se dificulta. En actividades de su interés, puede permanecer durante tiempo prolongado, perseverando en algunas actividades que para terminarlas necesitan a veces manejo conductual adecuado.

Su mejor contacto con los niños es imitando al adulto, en cuyo caso es afectuoso y colaborador. En otras oportunidades busca la forma de irritar a algunos de ellos, sabiendo exactamente la forma de gatillar a cada uno. Aún no logra realizar juego cooperativo con sus pares.

Actividades de la vida cotidiana:

Presenta independencia en las actividades de la vida diaria básicas; alimentación, vestuario e higiene, en algunas ocasiones es necesario de supervisión y apoyo verbal. Se continúa trabajando en uso del servicio (tenedor y cuchillo) y la realización de nudo completo.

Aspecto Pedagógico:

En las actividades pedagógicas y juego en la sala Lucas mantiene el interés y obtiene éxito en sus tareas. Su nivel comprensivo es bueno en general. Durante el año se ha trabajado en actividades de apresto escolar con buenos resultados y disfruta mirando estos libros, pudiendo seguir instrucciones para realizar actividades. En algunas ocasiones se le dificulta respetar turnos en las actividades de grupo y desea ser siempre el primero.

También se ha visto progresos en el juego constructivo con legos de tamaño grande. Se aprecia los que agrupa por colores. Para ejecutar su juego ocupa un gran espacio de la sala y se molesta si se lo desarman.

En relación al dibujo ha habido oportunidades en que dibuja a su familia completa, incluyendo también a las personas del Centro. Incorpora los elementos de la naturaleza (flores, pájaros, sol, luna, nubes).

Es importante mencionar que dibujaba algunos miembros de su familia de un modo especial, expresando sentimientos de enojo y de inseguridad. Estos dibujos los realizó en forma reiterativa, actualmente ha dejado de dibujarlos.

Lenguaje:

Ha logrado control de instrucción, aceptando las reglas de la Fonoaudióloga. Actualmente es posible hacer transacciones para que acepte las actividades a cambio de premiarlo finalmente con la actividad que él quiere.

Perseverando, se logra que corrija sus enunciados repitiéndolos en la forma que se le indica. Una vez que lo hace, aprende la oración incapaz de repetirlo sin modelo. Ha aumentado su léxico, sin embargo, aún no es posible pasarle pruebas estructuradas que permitan afirmarlo en forma objetiva.

En las últimas sesiones se le ha permitido jugar solo en el computador (controlando el mouse) con un programa que le gusta, con el objetivo de que logre una forma de entretenerse en su casa. Cabe mencionar que cuando se enfrenta a una Fonoaudióloga diferente, reaparecen sus obsesiones, perseveraciones y conductas catastróficas.

Motricidad Fina:

En general le agradan los juegos motores gruesos y de construcción en donde expresa sus mejores capacidades. Sin embargo, mantiene un juego poco flexible en donde pueden participar otros pero siguiendo las reglas que el mantiene. Se muestra reticente a los cambios y tiende a repetir lo mismo de sesión a sesión. Sólo ocasionalmente mantiene contacto ocular pero solicita ayuda cuando lo necesita. En la terapia, se busca que desarrolle un juego cooperativo en donde respete reglas y se adapte a los cambios. Se trabaja en el desarrollo de habilidades grafo motoras tanto en percepción como en copia.

Actualmente, Lucas mantiene una adecuada prensión, puede colorear respetando márgenes, pero no realiza un trazo uniforme, logra unir puntos con una línea. Tiene todas las habilidades para hacer copia, sin embargo, no copia trazos simples a la orden. Logra realizar actividades bimanuales como corte de papel, hilado, hilado abotonado y encaje y mantiene una adecuada percepción trabajando en aspectos espaciales como arriba-abajo, adelante-atrás.

2. SETTING MUSICOTERAPÉUTICO

Uno de los elementos que son relevantes en las sesiones de musicoterapia es el llamado Setting, que es el encuadre terapéutico en donde se realizan las sesiones. Este se establece desde fijar un horario, el cual se desarrolló en un total de 15 sesiones una vez por semana (Martes), con una duración de entre 20 a 30 minutos aprox. (entre las 14:00 y 14:30 horas), sin embargo, por el cuadro gripal que lo afectaba en forma recurrente, y agudizado en una oportunidad, es que no se realizó una sesión.

La sesión de musicoterapia se estructura en tres momentos; el primero, **“El Inicio”** donde se va a buscar al paciente, se canta la canción de bienvenida, y es invitado a explorar y a tocar los instrumentos; el segundo **“Desarrollo de la Sesión”**, es en donde se realizan las actividades preparadas con anterioridad en los protocolos, aquí, es importante también dejar espacio para la improvisación y creatividad de la terapeuta, en situaciones que lo requieran; por último, el tercer momento, **“El Cierre”**, donde se observa el comportamiento del paciente para ir terminando la sesión, en este caso Lucas era el que definía este momento, desde lo espontáneo comenzaba a nombrar a la “Tía Estrellita” (Educadora), casualmente esto siempre ocurría a los 20 min. de la sesión. Las últimas sesiones tuvieron más duración y el cierre lo realizaba la musicoterapeuta cantando la canción de despedida.

El primer encuentro con Lucas fue el día 12 de Marzo del 2013, la primera sesión de musicoterapia se llevó a cabo el día 19 de Marzo y la última sesión se realizó el 13 de Agosto 2013.

1. Instrumentos Musicales

Otros de los elementos del Setting son los instrumentos musicales y como se disponen para que el paciente y terapeuta trabaje con ellos.

En esta ocasión se presentaron los siguientes instrumentos: bombo chilote, baquetas, pandero, toc-toc, kalimba, triángulo, pescado, pezuñas, flauta dulce, campanitas, melódica, armónica, huevos, maracas, metalófono. Se agregaron dos más en sesiones posteriores como la guitarra en cuarta sesión y palo de agua en la quinta sesión.

Importante rescatar, que la disposición de los instrumentos musicales en el espacio y el número de estos mismos fueron variando durante el proceso musicoterapéutico como estrategia para lograr algunos objetivos con el paciente.

2. Materiales Artísticos

Los materiales artísticos fueron expuestos como elementos complementarios tomados de la técnica del Psicodrama, los cuales fueron mantas de colores, ropa de disfraz, accesorios, juguetes, lápices de colores, plasticina, pictogramas. Estos materiales sensibles como refiere G. Gauna (2009), dan espacio a las vivencias emotivas que van: de lo conocido a la sorpresa, de lo excitante a lo tranquilizante, de lo que zozobra en alegría a lo que pone triste, de lo que agrada a lo que enoja, de lo que da seguridad a lo que resulta extraño y/o de lo que distiende a lo que tensiona. De esta manera trabajamos estos materiales con Lucas.

3. Audiovisual:

Las grabaciones de las sesiones en el computador, ayudaron a tener un registro del proceso musicoterapéutico, lo cual, aportó para realizar la supervisión con la Profesora Guía y para observar y articular (analizar) en detalle la conducta y la manera de expresarse del niño.

4. **Otros:** radio, cds de música “Comunicantando”, colchonetas, pelotas grandes, espejo que estaba puesto en el gimnasio.

3. MUSICOTERAPIA: SESIONES DE APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

1. Primeras Experiencias Musicoterapéuticas

1.1 Primer Encuentro

El día 12 de Marzo 2013, se visita por primera vez el Centro Manantial, en donde se conoce a Lucas. Fue un primer acercamiento complejo, en que el niño se ve desconfiado, y utiliza los instrumentos musicales para “poner a prueba” la tolerancia de la terapeuta, tocándolos extremadamente fuerte. Además, presenta algunas conductas regresivas orales con los instrumentos, se acerca desafiante, la terapeuta mantiene una actitud silenciosa, como diría Gauna “como si nada pasara”, para darle espacio a su personalidad expresiva. De pronto, rompe un instrumento, se asusta y se va.

1.2 Hitos que marcaron el desarrollo de las sesiones de Aproximación

Diagnóstica

- **Sesión 1:** La terapeuta es consciente que debe mantener una cierta distancia corporal frente al paciente para no invadir su espacio, por lo que no se toca la canción de bienvenida hasta que el niño entre en confianza. Se deja este espacio para su expresividad, a lo que el niño se responde con distancia tocando los instrumentos en solitario. Toca de manera impulsiva y con gran intensidad mientras la terapeuta sólo observa y no interviene sonoro-musicalmente. A veces se queda pegado en un sonido y hay escaso contacto ocular.

Le llama la atención la textura del bombo, realizando una vocalización “suavecito”. Cierra la sesión nombrando a la Tía Estrellita (Educadora). No se realiza canción de despedida por la baja conexión que presenta el paciente.

- **Sesión 3:** En esta sesión Lucas comienza a interactuar con la terapeuta, realiza mirada referencial. Se observa un cambio al tocar los instrumentos musicales, ya no es tan impulsivo y baja la intensidad, sin embargo, tiende a ser repetitivo. Se mantiene la distancia corporal y el silencio de la terapeuta. Utiliza los instrumentos como un cascaron protector, los ordena en forma de cúpula alrededor de él. Aparece un elemento espontáneo del setting “El Espejo”, el niño comienza a mirarse al espejo mientras toca los instrumentos. Empieza a hacer ritmos en 7/8. Rechaza el intento de la terapeuta de tocar un instrumento. Cierra nuevamente la sesión nombrando a la Tía Estrellita (Educadora). No da espacio para la interacción.

- **Sesión 5:** La terapeuta comienza poco a poco a interactuar más con el paciente. Dispone menos instrumentos en el setting. Utiliza un pañuelo rosado (color favorito del niño) para tapar el bombo. En esta sesión se incorpora un instrumento melódico, la guitarra, con la cual toca la canción de bienvenida “Hola hola Luquitas cómo estás tú”. El niño se pone el pañuelo rosado en la cabeza, parece gustarle, mientras se mira al espejo. Hace una vocalización “la rosada”, mientras la terapeuta repite lo que él dice para entrar en un diálogo. Lucas vuelve a verbalizar “un zapato” y la terapeuta realiza un canto improvisado sobre lo que está pasando en ese momento. El niño vuelve a tocar un ritmo en 7/8, mientras terapeuta sincroniza con él, tocando la guitarra, Lucas se da cuenta de esto, se ríe, y sigue tocando con motivación. Realiza una variación en el ritmo, la terapeuta lo sigue. El niño se mira varias veces al espejo, éste (el espejo), parece estimular la acción, mientras Lucas se mira, se toca el pañuelo rosado en su cabeza como si fuera cabello, el niño parece fantasear con esto. Seguidamente toca el bombo y comienza a decir: “Un cabello, un cabello”. La terapeuta lo sigue con la guitarra y ambos comienzan a realizar un canto conjunto con esa frase. El niño expresa alegría. Más adelante, vuelven a cantar “un cabello”, terapeuta intenta ponerle una melodía. Esta canción que está relacionada con la fantasía de Lucas de tener el pelo largo y rosado, al cantarla juntos favorece el acercamiento sonoro-musical entre ambos. Expresa más emociones de goce y aumentan sus vocalizaciones, la mayoría con problemas de pronunciación. Un momento grita muy fuerte, mientras se mira al espejo, terapeuta lo imita y grita también. Comparten la guitarra para tocar cooperativamente el niño lo hace con la baqueta del bombo.

Cuando la terapeuta le hace una pregunta, se pone a cantar “un cabello”. Aparece la primera catarsis de Lucas. Se acuerda de su Tía Estrellita (Educatora) y acepta que la terapeuta cierre con la canción de despedida.

A partir de lo observado y escuchado en estas sesiones, se realiza un análisis tomando en cuenta la musicalidad de Lucas y sus formas de expresión.

La musicalidad de Lucas, muestra en una primera instancia, un acercamiento y exploración de los instrumentos de manera impulsiva e intensa, con sonidos muy fuertes. Esto suena paradójico al recordar que los estudios con niños autistas demuestran que a estos no les gustan los sonidos muy fuertes porque suelen tomarlos como sonidos intrusivos, lo cual no lo toleran.

Las producciones sonoras muestran un ritmo que tiende a ser compulsivo y automático, sin variaciones. No construye motivos melódicos.

En el ámbito de la expresividad, Lucas ha mostrado gran motivación hacia el espacio musicoterapéutico. Es posible inferir que se siente cómodo con el espacio amplio del gimnasio y la distancia corporal de la musicoterapeuta. Logra en una primera instancia conectarse bastante con los instrumentos musicales. Sin embargo, el vínculo con la terapeuta se irá dibujando desde un acercamiento sutil, la cual se integrará con mucho cuidado en el mundo musical del niño para que éste vaya tomando confianza y se sienta contenido y no invadido por ésta.

A continuación se publicará un cuadro con los resultados obtenidos en estas sesiones, tomando en cuenta los Estilos Expresivos del paciente.

Este cuadro se configuró para sistematizar las sesiones que fueron tomadas en cuenta para realizar la aproximación diagnóstica del paciente.

1.3 Cuadro: Resultados de los Estilos Expresivos del paciente en la Aproximación Diagnóstica (sesiones 1,3 y 5) ¹

ESTILOS EXPRESIVOS	RESULTADOS
Personalidad Expresiva²	Lucas se presenta como un niño con una personalidad más narcisista, es voluntarioso, controlador, le gusta llamar la atención. Muestra tendencia a aislarse y tocar los instrumentos en solitario.
Lenguaje y Comunicación³	En las primeras sesiones muestra un lenguaje reducido, lacónico y ecolálico, pero con tendencia a querer expresarse y comunicarse.
Producciones Sonoro-musicales⁴	Producción de sonidos fuertes, estridentes, le cuesta escuchar al otro, es un niño que logra conectarse con los instrumentos, pero, se interesa más por el bombo.
Canto⁵	Lucas crea una canción “un cabello” (relacionada con sus fantasías de tener un pelo largo y rosado) la cual se cantaba conjuntamente en todas las sesiones. Esto producía mucho goce en el niño.

¹ Protocolos Anexos 1

² Gauna refiere que “es el conjunto de permanencias en la expresividad del paciente”, que constituye un modo identificable y diferenciado de relación con el afuera, incluyendo tanto a los objetos como a los sujetos, y que es representación de los objetos internos del paciente (Gauna, 2009)

³ “El lenguaje se puede definir como el resultado de una actividad neurológica compleja que permite la comunicación interindividual a través de la materialización de signos de acuerdo con una convención propia de una comunidad lingüística” (Montenegro, 1994, pág. 186)

⁴ Gauna las describe como producción de sonidos, silencios, pausas, miradas, apariciones, ausencias, imitaciones, variaciones, espera, repeticiones, sorpresas, acciones, representaciones, gestos. ritmos, melodías, canto. Esto puede darse en un espacio de interacción y vínculo con el terapeuta (Gauna, 2009)

⁵ El canto comienza en el cerebro. Impulsos eléctricos, viajan desde diferentes puntos en el cerebro hasta los correspondientes músculos. Una vez que reciben la orden, los músculos pueden tanto contraerse como relajarse. El cerebro está dividido en secciones y cada una tiene una función específica. “El lado derecho es el responsable de tus habilidades creativas y el izquierdo se ocupa de la lógica y el razonamiento. El acto de cantar comienza como un pensamiento inspirado (cerebro derecho) y luego como una función motora (cerebro izquierdo), combinado con el constante monitoreo de la actividad refleja. Cantar es el único evento atlético que combina estas tres fases en el cerebro” (Baxter, 1990, pág. 49)

Expresión Corporal⁶	Se realizan intervenciones operativas como ser consciente de mantener la distancia en un principio, después un sutil acercamiento hacia él, el que no es aceptado por este, no realiza mirada referencial, se protege con un cascara autista utilizando los instrumentos musicales.
Comportamiento Y Flexibilidad⁷	Comportamiento rígido con tendencia a conductas estereotipadas, repite los mismos ritmos, se queda pegado con los mismos instrumentos por tiempo prolongado.
Juego Musical⁸	En estas primeras sesiones de aproximación diagnóstica no se incluye el juego musical.
Interacción con Terapeuta⁹	Se evidencia una sordera aparente paradójica cuando la terapeuta le habla o le pregunta algo, sin contacto ocular, tendencia al aislamiento y a no tener contacto con la terapeuta.
Núcleos De Salud¹⁰	Inmediatamente dispuesto a tocar los instrumentos, con iniciativa, cooperador con las sesiones, desde un modo autista.
Conclusiones	Lucas es un niño con gusto por la música, logra conectarse en una primera instancia por lo menos con los instrumentos, pero, lo hace en solitario, se muestra con una actitud más bien hacia adentro, sin posibilidades de interacción, sin embargo, busca expresarse sin dificultad a través del sonido y de la música.

⁶ Es la expresión de nuestra corporalidad, como resuena, sintoniza, se regula, se simbiotiza, se duele, se aísla, expresa emociones, se contenta, crece, se apoya, se sana y se enferma, en un mundo consigo mismo y con otros (Araneda, 2005)

⁷ Según el Doctor Pichon Rivière, la conducta humana se considera en tres áreas de expresión: 1. Área mental; 2. Área corporal y 3. Área social. Estas son sucesivas, simultáneas o alternadas, a veces son contradictorias. Si las barreras entre las áreas son rígidas o poco flexibles, se establecerán conductas estereotipadas, vale decir, personas que no sienten como piensan, etc. (Gainza, 2003)

⁸ Martínez relata que el Juego abarca toda actividad lúdica definida en función de la presencia de patrones rítmicos y/o melódicos recurrentes y elaborados (de acuerdo a la estructura repetición-variación). (Martínez, 2009)

⁹ Acciones relacionadas con intenciones comunicativas con la terapeuta, puede ser desde lo no verbal hasta operaciones conjuntas en producciones sonoro-musicales.

¹⁰ Gauna, expresa que es la capacidad por medio de la "acción expresiva" de "quebrar" la inmovilidad que acoge a toda situación de enfermedad o falta de salud (Gauna, 2009)

2. Conclusiones de la Aproximación Diagnóstica

De acuerdo a toda la información anteriormente recopilada sobre Lucas, se vislumbraron varios aspectos de su vida que conllevan a un complejo abordaje por parte de la terapeuta. Comenzando por su historia familiar, siguiendo por su cuadro clínico (TEA), y su forma de relacionarse con los otros, pero, al conectarse con su personalidad expresiva y núcleos de salud se pueden potenciar bastante los aspectos sanos del niño.

Desde su historia familiar, de la cual existe escasa información, dejando muchos espacios de dudas, se puede apreciar un apego inseguro entre Lucas y sus padres, paradójicamente estos son la base más importante de lo que es el proceso de rehabilitación del niño. De su ficha, se extrae valiosa información sobre sus emociones plasmadas en los dibujos, donde se aprecia enojo y agresividad activada por alguna razón en su hogar y entorno familiar. Como no se pudo acceder a citas con los padres, no se logró construir su historia sonora.

Entonces, hay que plantearse la siguiente pregunta: Lucas siendo un niño con mucho potencial a desarrollar y con variados núcleos de salud ¿cómo podrá alcanzar la meta de un desarrollo más sano con estas faltas interactivas crónicas y persistentes durante etapas tempranas? Tronick (1998).

Todo el equipo del Centro Manantial se ha preocupado de solucionar este tema, por consiguiente, el niño ha presentado avances significativos en su desempeño y ha logrado por lo menos ajustar más su conducta para adaptarse al medio y lograr establecer vínculos con otras personas, sobre todo con las Educadoras, quienes con dedicación y disciplina, estableciendo límites diarios, han logrado que Lucas acepte figuras de autoridad y tenga vínculos significativos con otros.

Con respecto a su cuadro clínico “Trastorno del Espectro Autista”, se pudo observar que el niño asiste a controles médicos con Neurólogo quien se ha encargado de medicarlo, esto ha producido un efecto positivo en cuanto al bajar sus conductas catastróficas, estereotipadas y obsesivas, sin embargo, en algunas sesiones de musicoterapia se encontraba con una energía más baja y somnoliento producto de estos mismos remedios.

Cuando el musicoterapeuta se encuentra frente a un niño autista, es importante investigar en qué nivel del Inventario del Espectro Autista (IDEA) de A. Rivière (2002), se encuentra, así de esta manera, poder elegir las técnicas y actividades más apropiadas para él. En el caso de Lucas, este se encontraba en un nivel medio, donde presentaba lenguaje con problemas de expresión, lacónico, lograba tener vínculos con algunas personas, con sordera aparente paradójica, escaso juego simbólico, y con algunas conductas catastróficas.

Específicamente mostraba un interés especial por ponerse ropa de niña en casa y obsesiones con el color rosado (todo lo que fuera de ese color lo hacía suyo), se observan también, conductas muy femeninas que en algún momento preocuparon a las personas que trabajaban con él en el Centro de Rehabilitación.

De acuerdo a su musicalidad, la variedad de instrumentos presentes en las sesiones, de fácil manipulación y que no requieren grandes técnicas en la ejecución, ayudan a que fluya la exploración de estos de una manera más creativa y su experimentación en la variedad de sonidos. De esta forma y por medio de bases simples e improvisaciones, la manipulación de los instrumentos (motricidad) ganó en seguridad, inquietud y confianza.

Curiosidad por las formas: Los instrumentos y sus variadas texturas son la primera exploración y acercamiento realizadas por el niño, como por ejemplo, cuando tocaba los pelos del bombo y decía “suavecito”.

Instrumentos de percusión: destacan la capacidad del niño de crear ritmos y organizar algunas melodías. En las sesiones demostró coordinación e improvisación en un ritmo de 7/8.

Instrumentos de viento: instrumentos de simple manipulación. Lucas manifestaba una respiración agitada e intensa al ejecutarlos. Más adelante y de forma espontánea, fue interesándose por conseguir fluidez al bajar la intensidad.

Instrumentos kalimba, cascabeles, metalófono: Destacar la respuesta emocional que generan en Lucas los sonidos de estos instrumentos, sonidos que vienen a contener al niño, que además organizaron su conducta, y que estimulaban su estado de relajación.

Cuerdas acústicas y voz con improvisaciones en la letra: Ayudó a trabajar la correcta estructura de las palabras, sin embargo, no lo logró aunque lo hacía desde una motivación intrínseca. La improvisación instrumental da al niño la libertad de tocar o cantar lo que quiera, dentro de algunos límites y en los que la expresión espontánea y la creatividad van perdiendo rigidez en el niño en la medida que avanzan las sesiones.

3. HIPOTESIS DIAGNÓSTICA

“Un cuadro clínico complejo desde los primeros años de vida, faltas interactivas crónicas y persistentes por parte de sus progenitores, han configurado en el niño un apego inseguro dentro de un Trastorno Generalizado del Desarrollo, con escasas posibilidades de avances para lograr una mayor conexión e interacción con los otros, esto lo expresa en una tendencia al aislamiento en las primeras sesiones de musicoterapia, poca capacidad de escucha, manifestaciones de molestia cuando la terapeuta intenta integrarse a realizar una musicalidad conjunta.

Sin embargo, se observaron varios núcleos de salud en Lucas como ser un niño con motivación hacia las sesiones de musicoterapia, alegre, colaborador con las actividades de manera espontánea, un niño al que le gusta la música, le produce mucho goce el ejecutarla a través de los instrumentos musicales, y que además, le encanta cantar. La apertura de su personalidad expresiva se fue dando en la medida en que fue entrando en confianza con la terapeuta, la cual se preocupó de tener acercamientos sutiles, respetando su espacio, y sobre todo respetando sus gustos por el color rosado, y sus formas de expresarse”.

4. OBJETIVOS

De acuerdo al Diagnóstico obtenido anteriormente, se plasman los siguientes objetivos a trabajar con Lucas:

5.1 Objetivos Generales

- 1. Colaborar en su proceso de interacción con el otro.**
- 2. Estimular el desarrollo de habilidades sociales.**
- 3. Enriquecer el desarrollo de su creatividad.**

5.2 Objetivos Específicos:

- Promover la conexión con la terapeuta.
- Fomentar la aceptación del contacto físico con el otro.
- Estimular habilidades sociales básicas como saludar, escuchar, y conversar.
- Favorecer la creatividad del niño a través del juego musical.
- Disminuir conductas repetitivas.

VI. DESARROLLO DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

Definitivamente el establecimiento del vínculo con Lucas, parte desde la base que deja la Aproximación Diagnóstica. La cual, permitió tomar las primeras interacciones y conexiones con el paciente como plataforma para el desarrollo del trabajo musicoterapéutico. A esto se suma, las constantes observaciones del niño en el patio y las conversaciones con todo el equipo técnico y profesional del Centro Manantial, lo cual, fue incorporando información importante para la terapeuta, sobre la situación actual del niño, su vida familiar y los cambios conductuales positivos que había mostrado el paciente.

1. DESCRIPCIÓN DE SESIONES QUE MARCARON HITOS

A continuación se realizará una descripción y análisis de las sesiones que se presentan como significativas y que definen etapas dentro del Proceso Musicoterapéutico.

1.1 Establecimiento del Vínculo

- **Sesión 7:** Cambio en el setting.

Se tapan todos los instrumentos musicales y los materiales artísticos con pañuelos de colores para incorporar el factor sorpresa. Se espera a Lucas con una suave canción infantil de fondo, mientras la terapeuta interpreta un canto de bienvenida, el niño la escucha. Le llama la atención una muñeca y se pone a jugar con su pelo. Más motivado al diálogo. Mirada referencial. Hace una inducción evocativa inconsciente de la canción "Un cabello". Realizamos canto conjunto con esta. Se pone el pañuelo rosado en la cabeza (acto que es

reiterativo en todas las sesiones), y se mira al espejo. Canta nuevamente “Un cabello”, le produce mucho goce cantar esa canción. Se incorpora un motivo musical para que el paciente improvise. Toca el bombo, siempre llama la atención la textura “suavecito”. Se utiliza la técnica del Paseo en guitarra para encajar en la intensidad y velocidad de Lucas, la cual es fuerte y rápida. Descubre los instrumentos, toca el toc-toc en 7/8 (otro patrón rítmico que se repite). La terapeuta aprovecha esta conexión para acercarse más al paciente, le toca un fondo rítmico mientras él se prueba los disfraces, el niño muestra interés por esta acción. Cuando ya está disfrazado se le ponen las canciones envasadas del CD Comunicantando sobre los personajes. Entra en el Juego Musical. El niño se mira largamente en el espejo con movimientos corporales suaves, muy femeninos moviendo el abanico. Esto lo hace en solitario, no integra a la terapeuta. Más adelante, la terapeuta entra en su juego, el niño lo acepta, se ríe. Integra el movimiento corporal, y baila al ritmo de la música. Le canta una canción suave a la terapeuta, mayor acercamiento físico y afectivo entre ambos. El niño toma un rol de fantasía por un momento. Sigue disfrazándose con muchas cosas mientras la terapeuta utiliza musicoterapia receptiva y le canta canciones infantiles suavemente para entrar en un espacio más relajado y cómodo. Después de un rato vuelve a cantar “Un cabello”. Canción de despedida.

- **Sesión 9:** Esta sesión tiene más estructuración previa de acuerdo a la elección de actividades específicas para Lucas, la idea es integrarlo al juego musical, que adopte un rol y que entre en una historia que le irá relatando la terapeuta. Se disponen menos instrumentos en el setting tapados con los pañuelos. El niño muestra gestos de sorpresa “ohh mira!!!”. Se le canta la canción de bienvenida. Y la terapeuta comienza a relatarle el cuento. Ambos se disfrazan para jugar en conjunto. Acepta el acercamiento físico de la terapeuta quien lo ayuda a disfrazarse. Pone música de naturaleza de fondo con sonidos de pajaritos que le gustan mucho a Lucas. Mientras juegan hacen una improvisación libre. Nuevamente el niño hace una inducción evocativa esta vez más consciente de la canción “Un cabello”. Sigue las instrucciones de la terapeuta. Toca otros instrumentos, ya no se queda pegado con el bombo. Canto conjunto de canciones infantiles “caballito blanco”, sigue el ritmo con los instrumentos. El niño toca a la terapeuta con un material artístico. Improvisación libre conjunta en 7/8. Terapeuta sigue relatando el cuento y pone su canción favorita “Dos Pajaritos”. Se produce el primer encuentro físico directo motivado desde el paciente hacia la terapeuta, la toma de las manos y bailan la canción de los pajaritos. Al terminar dice con mucha energía “sii!!!”. Lo disfruta, no hay atención en el exterior, vive el momento, el vínculo con la terapeuta se ha establecido.

1.1.1 Análisis del Establecimiento del Vínculo

Este momento comenzó durante las sesiones de aproximación diagnóstica. La interacción y conexión con la terapeuta fue uno de los primeros objetivos propuestos en este trabajo musicoterapéutico con el paciente. Para esto es importante explicar que los niños autistas presentan formas diferentes y complejas de vincularse, por lo que había que conocer bien la personalidad expresiva de Lucas para saber desde donde poder relacionarse con él. Lucas es un niño al cual le gusta mucho la música, pero que a veces su ritmo se tornaba repetitivo y compulsivo, entonces, sacarlo de ese comportamiento estereotipado tan clásico de estos niños era un gran desafío.

En estas sesiones se establece una confianza, el niño posee una motivación intrínseca a asistir a las sesiones de musicoterapia, se siente cómodo, le gusta tocar los instrumentos, realiza exploraciones más creativas de estos y forma constantemente el mismo patrón rítmico de 7/8. Acepta el acercamiento de la terapeuta, ella se integra a su improvisación musical, realizan canto conjunto. Existen dos canciones significativas para Lucas, la primera "Un cabello" (canción creada por él mismo), canción que viene a unir al niño con la terapeuta y que además sostiene la conexión entre ambos en todas las sesiones. Y la segunda "Dos Pajaritos", canción favorita de Lucas, los sonidos de los pajaritos de fondo le producían muchas emociones relacionadas con el júbilo. Estas canciones favorecían el movimiento corporal, en un principio en solitario y más adelante conjunto con la terapeuta.

Desde su psiquismo, se puede explicar la integración potente del elemento espontáneo que se encontraba presente en el setting “**El Espejo**”, el cuál ayudó a organizar la conducta del niño, como dice J. Lacan (1949), colaboró a estructurarlo, a tener una mayor coordinación motriz, vista en sus movimientos y bailes, además, aportó a darle sentido a sí mismo (sentido que tienen alterado los niños autistas, por eso se aburren fácilmente). Este “Espejo”, como diría Lacan (1949), vino a establecer la identificación consigo mismo y con el otro, lo que logró establecer un vínculo más subjetivo (en un nivel básico) con la terapeuta.

Desde lo corporal el niño se miraba al espejo en cada acción que realizaba, y como dice Violeta Hemsy (2003) mente y cuerpo fueron unificados por el niño, se observaba que fantaseaba y que este elemento parecía estimular más su motivación a las expresiones corporales, sonoro-musicales, juegos musicales, empoderarse de roles de fantasía, bailar e integrar al otro (terapeuta), en ese mundo (imagen en el espejo) que consigue centrar y conducir sus conductas.

También, en estas sesiones se logran vislumbrar plenamente los núcleos de salud de Lucas, mostrándose como un niño muy afectuoso, sensible, simpático, alegre y lo que más llamó la atención fue su flexibilidad, los cambios en el setting no le afectaron, los aceptó y los incorporó creativamente en el juego musical. Todo esto favoreció el establecimiento del vínculo con la terapeuta, el cual se fue dando espontáneamente y de manera gradual en cada sesión.

A continuación se expondrá un cuadro con los resultados obtenidos en estas dos sesiones. Este cuadro sigue el mismo patrón del que se utilizó en la aproximación diagnóstica, el cual en este caso sistematiza los cambios observados en el paciente en el Establecimiento del Vínculo.

1.1.2 Cuadro: Resultados de los Estilos Expresivos del paciente en el Establecimiento del Vínculo (sesiones 7 y 9) ¹¹

ESTILOS EXPRESIVOS	RESULTADOS
Personalidad Expresiva	En la medida en que Lucas fue tomando confianza con la terapeuta, tuvo una mayor apertura a mostrarse como un niño cariñoso, alegre y que le gusta cantar.
Lenguaje y Comunicación	Su lenguaje comenzó a ser más extenso, se escucha espasmofemia aunque con frases más claras, que denotaban una emoción (alegría o desagrado), más dispuesto a comunicarse.
Producciones Sonoro-musicales	El niño se queda en silencio cuando la terapeuta le canta. Desarrolla la habilidad de escuchar. Le gusta acompañar tocando el bombo siguiendo el ritmo de las canciones. Realiza ritmos en 7/8 con toc-toc y bombo.
Canto	Realiza canto conjunto con la terapeuta, con canciones como “un cabello”, “dos pajaritos” las que le produce mucho goce. Evocación inconsciente de la canción “Alicia va en el coche”. A pesar de que le gusta mucho cantar presenta problemas de pronunciación de la letra de las canciones pero sigue muy bien la entonación.
Expresión Corporal	Se siguen realizando intervenciones operativas, en donde existe más acercamiento hacia el niño por parte de la terapeuta. Para esto, se utilizan objetos intermediarios, objetos utilizados para no tocar directamente al niño, estos son los instrumentos musicales y los materiales sensibles artísticos, los cuales a veces acepta y otras veces rechaza. También, se exageran gestos sobre todo faciales con sonidos fuertes que llamen su atención, esto ayudo a la expresividad de Lucas, el niño logra gracias a esto imitar a la terapeuta, expresaba sus emociones, y también realizaba gestos que ayudaban a la interacción.

¹¹ Protocolos Anexo 1

<p>Comportamiento y Flexibilidad</p>	<p>Su comportamiento siempre apuntó hacia una motivación personal en realizar las actividades de las sesiones, aunque, a veces se tornaba algo repetitivo, se lograba revertir esa situación a través de la música. Aparecen conductas de mirarse al espejo mientras hace las actividades. A medida que pasaban las sesiones se fue flexibilizando y mostrando tendencias al cambio.</p>
<p>Juego Musical</p>	<p>En estas sesiones se realizó arriesgadamente un cambio en el setting, dejando menos instrumentos y facilitándole los materiales artísticos dispuestos para el juego musical. Lucas tolera el cambio y logra conectarse con el factor sorpresa. Si bien el estímulo al juego viene desde la musicoterapeuta, entra en una dinámica conjunta con baja capacidad de simbolización.</p>
<p>Interacción con Terapeuta</p>	<p>Se aprecia musicalidad conjunta, mirada referencial, más complicidad, expresión de emociones, acercamiento hacia la terapeuta. Escucha y sigue las instrucciones que le da la terapeuta.</p>
<p>Núcleos de Salud</p>	<p>Lucas es un niño del espectro autista que toca los instrumentos de manera más flexible, que canta a pesar de que le cuesta pronunciar algunos fraseos, que le gusta bailar acompañado de la terapeuta. Y que mantiene un juego simple, ahora menos pendiente del exterior y más entregado a la experiencia y a compartir emociones.</p>
<p>Conclusiones</p>	<p>En estas sesiones se ha establecido el vínculo con Lucas. Este niño se observa cómodo y seguro con la terapeuta, aquí se plasma el primer contacto físico entre ambos sin objetos intermediarios. El niño expresa verbalmente que se siente bien.</p>

1.2 Juego Musical y Consolidación del Vínculo

Los hitos que marcaron la consolidación del vínculo entre la terapeuta y el paciente dentro del Proceso Musicoterapéutico se observó principalmente en la sesión 12 la que se describirá y analizará a continuación:

Sesión 12: Cambio de setting nuevamente, esta vez para estimular la flexibilidad en el niño y favorecer su creatividad. Esta sesión, tiene actividades más estructuradas, con una temática de fondo “El Invierno”. Se le canta la canción de bienvenida, mientras toma sorprendido un paraguas, va a mirarse al espejo inmediatamente. Realiza movimientos corporales con el paraguas. La terapeuta le canta una canción personalizada, utilizando su melodía favorita. Responde lo que le pregunta la terapeuta, abierto al diálogo y la comunicación con esta. Musicoterapia receptiva con canto de canciones infantiles del gusto de él. Hacemos canto conjunto de éstas. Comienza a ser más flexible y toma un pañuelo de otro color para ponérselo como “cabello”. Tiene una evocación inconsciente de una canción infantil “Dos Pajaritos”. Recorre el camino dibujado en el suelo, lo hace en punta de pies con movimientos un tanto desorganizados. La terapeuta pone su canción favorita “Dos Pajaritos”, y utiliza unas plumas como objeto intermediario para tocar al niño. Este juega con esa acción al corre que te pillo. Los movimientos corporales de la terapeuta siguen siendo conscientemente suaves a diferencia de los del paciente. La proxemia entre ambos es mínima. Sorprendentemente Lucas realiza un paso de baile muy organizado y rítmico al término de la canción. Se pone música suave referente al invierno, se incentiva al paciente a tomar los elementos artísticos para entrar en el juego musical vincular.

El niño entra en este juego, sigue el ritmo de las canciones con el bombo, la terapeuta hace movimientos con el paraguas arriba de él. Acepta el acercamiento y parece gustarle. Se usa la técnica de acompañamiento instrumental de música editada, ambos terapeuta y paciente utilizan los instrumentos musicales para realizar acompañamientos de la música, el paciente participa activamente de este proceso, le gusta hacerlo con el bombo. Cuando suena nuevamente la canción de los pajaritos, el niño parece experimentar muchas sensaciones que no logra descifrar bien, por una parte, se ríe muy fuerte, grita y después cuando la terapeuta se acerca con esta canción parece asustarse diciendo “alto!!!”. Sigue realizando todas sus acciones mirándose al espejo. Esta vez la terapeuta se acerca mucho más al niño. Se logra el objetivo de esta sesión, niño y terapeuta caminan juntos abrazados debajo del paraguas en un imaginario de viento y lluvia. Vuelven a jugar al corre que te pilló, lo que le produce mucho goce a Lucas, la terapeuta lo pilla y lo abraza, este acepta el contacto físico directo. El niño se cansa y comienza a sacarse el disfraz. La terapeuta refuerza esta conducta del paciente “muy bien Luquitas!!!”. Esta le pide un abrazo para cerrar y él se lo da. El vínculo se ha consolidado.

1.2.1 Análisis de la Consolidación del Vínculo

Este es uno de los momentos más significativos del Proceso Musicoterapéutico. Se encuentra establecido el vínculo entre terapeuta y paciente, existe de base una confianza en el otro y el setting se muestra como un espacio contenedor para el niño.

Esta sesión vino a demostrar sorprendentemente que se puede favorecer la creatividad en estos niños, es una sesión más estructurada que ayuda bastante a conservar el interés del niño, a través de actividades lúdicas entretenidas, un setting diferente, fueron aspectos positivos para lograr los objetivos propuestos. Sobre todo el relacionado con “Enriquecer el desarrollo de la creatividad”. El juego musical conjunto con la terapeuta fue la base para que Lucas se expresara y mostrara lo creativo y flexible que puede llegar a ser. Un factor importante en este punto es que además de mostrarse creativo en su forma de disfrazarse, de tocar los instrumentos, de jugar, demostró expresiones de emociones de alegría, goce, y cariño por la terapeuta, lo que se confirma en el abrazo final.

Por último, es relevante declarar que desde la musicoterapeuta, existe una aceptación del niño tal y como es, con sus problemas de lenguaje (que no fueron impedimento para la comunicación), con su musicalidad más repetitiva, con sus producciones sonoras fuertes e intensas, con sus movimientos algunas veces desorganizados, con sus obsesiones por el bombo y el color rosado. Vale decir, cuando se trabaja desde la aceptación de estos niños autistas, y de la tolerancia de sus conductas, pareciera que ellos se dieran cuenta que hay un otro que

intenta vincularse con ellos desde la empatía y el afecto. Esto abre los caminos hacia descifrar el misterio de los niños llamados “autistas”, ayuda a entrar en su mundo y a lograr ciertas formas de comunicación, vinculación y en este proceso sería conseguir una musicalidad conjunta.

A continuación se expondrá el tercer cuadro con los últimos resultados obtenidos en la Consolidación del Vínculo.

1.2.1 Cuadro: Resultados de los Estilos Expresivos del Paciente en la Consolidación del Vínculo (sesión 12) ¹²

ESTILOS EXPRESIVOS	RESULTADOS
Personalidad Expresiva	En esta etapa ya se encuentra establecida la confianza con la terapeuta, lo que abrió paso a la expresión de su personalidad mostrándose como un niño extrovertido, afectuoso, bueno para reírse, proactivo, con mucha energía y sobre todo con un buen sentido del ritmo y muy afinado para cantar.
Lenguaje y Comunicación	Logra articular frases más largas, tendencia a una conversación más extensa, sigue con una marcada espasmofemia, pero, igual logra verbalizar sus emociones y estados de ánimo. Existe una comunicación directa con la terapeuta.
Producciones Sonoro-musicales	El paciente escucha el canto de la terapeuta, respeta turnos, realiza canto conjunto con expresión de emociones. Sigue realizando ritmos en 7/8 con toc-toc y bombo. Baja la intensidad para tocar los instrumentos, se observa más organizado en lo musical.
Canto	Ejecuta canto conjunto “Un Cabello”, y canciones infantiles que le canta la terapeuta, expresando alegría. Pide verbalmente que le pongan en la radio su canción favorita “Dos Pajaritos”.

¹² Protocolos Anexos 1

<p>Expresión Corporal</p>	<p>La terapeuta realiza intervenciones operativas directas, en donde existe mayor acercamiento corporal, toques directos a su cuerpo sin objetos intermediarios. El niño acepta estos acercamientos y demuestra sentirse tranquilo.</p> <p>El paciente realiza movimientos corporales al ritmo de la música, ejecuta pasos de baile más estructurados, también, rondas tomadas de las manos con la terapeuta. Despedida con abrazos y besos.</p>
<p>Comportamiento Y Flexibilidad</p>	<p>Su conducta es más organizada, respeta las actividades propuestas por la terapeuta, accede a la experiencia y la disfruta. Acepta el cambio en el setting, mostrándose mucho más flexible y creativo.</p>
<p>Juego Musical</p>	<p>El paciente se incorpora en el juego musical con la terapeuta, lo hace desde lo espontáneo, lo disfruta, expresa emociones, sin embargo, muestra baja capacidad de simbolizar. El juego musical sirvió como medio para consolidar el vínculo con la terapeuta.</p>
<p>Interacción con Terapeuta</p>	<p>En esta etapa el vínculo se ha consolidado, niño y terapeuta ahora son cómplices, paciente completamente abierto a la expresión de emociones, la proxemia es reducida entre ambos, existen más momentos de intimidad.</p>
<p>Núcleos de Salud</p>	<p>Lucas expresa su expresividad abiertamente, se muestra contento y hace todas las actividades con mucha más energía, se observa con más movimiento, momentos de catarsis en los cuales queda cansado al término de la sesión. Verbaliza que lo pasó bien.</p>
<p>Conclusiones</p>	<p>Se aprecia un vínculo consolidado que se proyecta hasta afuera del setting musicoterapéutico. Lucas manifiesta haber desarrollado habilidades sociales básicas plasmadas en saludar con un beso a la terapeuta cuando la ve en otra parte. Logra conectarse consigo mismo y sus núcleos sanos, despliega un comportamiento más flexible y creativo.</p>

1.3 Cierre del Proceso Musicoterapéutico con Lucas

El proceso de cierre de la experiencia musicoterapéutica con Lucas, se fue movilizándolo desde la sesión número 14. Fue un proceso difícil debido a que recién en las sesiones previas se había logrado la consolidación del vínculo con el niño, por lo tanto, el pensar en un cierre activaba muchas emociones, de las cuales se desprendían algunas preguntas tales como: ¿qué sentirá Lucas en esta etapa?, ¿cómo se le explicará al niño que este proceso está llegando a su fin?

Se decidió finalmente tomar los elementos más importantes de las sesiones anteriores y que aportaron al logro de los objetivos propuestos.

Primero que todo, se trabajó con su instrumento favorito (bombo), también se integró, el pañuelo rosado que era utilizado de “cabello”, se realizó canto de las canciones que más le gustaban como “Arroz con leche” y “Alicia va en el coche”, además, se expuso su canción favorita en la radio “Dos Pajaritos” para seguir favoreciendo la interacción cercana con la terapeuta, se estimuló el canto conjunto de su canción (inventada por él) “Un cabello”, la cual le produce mucha alegría.

Importante rescatar también, que en estos últimos momentos ya establecida una confianza entre paciente y terapeuta, se abrieron espacios de interacción y comunicación bastante enriquecedores para ambos, en los cuales se vislumbran en su totalidad los núcleos de salud de Lucas y lo mucho que le gusta el espacio musical, aceptando las invitaciones que le hace la musicoterapeuta a realizar improvisaciones libres y bailes en conjunto el cual acepta muy contento.

Por otra parte, a pesar de que su lenguaje expresivo no era claro, se logra el diálogo por tiempos más extendidos, Lucas establecía un contacto ocular por más tiempo, con mirada referencial, también, se fundó una especie de complicidad y esfuerzo de parte de él por decir algunas frases para poder comunicarse.

A nivel corporal, se logró más acercamiento, el niño aceptaba el contacto físico con objetos intermediarios como algunos instrumentos musicales, y materiales sensibles y también, acepta un contacto directo. Se entrega igualmente al juego musical, pero de manera diferente por sus conductas autistas. A pesar de que muestra un pseudo juego, y poca capacidad de simbolizar, se observa más flexible, dispuesto, colaborador, expresa que lo disfruta y se observa que experimenta una sensación de alegría la que manifiesta en su corporalidad y en su musicalidad.

La última sesión se utilizó entre otras técnicas lo que nombra K. Bruscia (1999), como la Técnica de Procedimiento “Rebobinar”, en donde se elige la mejor improvisación grabada de Lucas y se le muestra para que la vea, esto a modo de un “Espejo”, donde logra verse y reconocerse como diría J. Lacan (1949), reconocer que el que está en la pantalla es él, mostrando su personalidad expresiva y sus núcleos de salud según Gustavo Gauna (2009). Además, puede ver que es un espacio en donde se vislumbra una interacción con otro que contiene y que acompaña, esta conexión se da con la Terapeuta.

Finalmente, se puede decir que llega un momento muy significativo para la musicoterapeuta en donde logra el acercamiento físico directo con el niño, sin objetos intermediarios, y el cual acepta el acercamiento corporal de manera constante, ya no rechaza el contacto. Lucas da luces en estas sesiones de cierre de haber desarrollado las habilidades sociales básicas como saludar por ejemplo cuando llegaba al Centro y me veía hacía gestos con la mano o simplemente se acercaba a mí y me decía hola con un beso, además, se despedía al término de las sesiones o cuando me iba del Centro, esto demuestra que cambio su forma de ver y abordar al otro no como objeto sino como alguien que lo acompaña y logró vincularse con él. También, se pudo observar en varias ocasiones que lo hacía con las otras personas que trabajaban en Manantial, a esto lo acompañaba una expresión de agrado.

VII. ANÁLISIS DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

1. LA EXPERIENCIA DE LUCAS

Los avances observados en Lucas están relacionados con las tres Dimensiones expuestas en los Objetivos Generales, en estas se encuentran La Dimensión de Interacción con la Terapeuta, La Dimensión de Habilidades Sociales Básicas, y La Dimensión de la Creatividad.

Por su parte, la Dimensión de Interacción con la Terapeuta, se dio desde el aislamiento propio del autismo, avanzando sesión a sesión al establecimiento del vínculo, esto se fue logrando a través de los instrumentos musicales como objetos intermediarios entre el niño y la terapeuta. Estos instrumentos fueron explorados por el niño de una manera bastante creativa, destacando lo musical que era Lucas y lo mucho que le gustaba la música en general. Esta dimensión parte desde los diferentes estilos expresivos observados en el paciente en las sesiones de musicoterapia, por ejemplo, para poder lograr la interacción con el niño fue necesario inicialmente conocer la **personalidad expresiva** de este, además, escuchar cómo articulaba su **lenguaje** y qué recursos ocupaba para **comunicarse**.

A través, de sus **producciones sonoro-musicales**, se consigue realizar una musicalidad conjunta lo que favoreció el vínculo paciente terapeuta. Por su parte, el **canto** conjunto aportó a la expresión de emociones del niño, las que fueron contenidas por la terapeuta desde lo sonoro-musical.

La **expresión corporal** entregó pautas a la terapeuta para obtener la proximidad física con el paciente, la que se consolidó con el **juego musical**.

Desde su psiquismo se puede interpretar el uso de estos instrumentos musicales y materiales artísticos como objetos autistas de sensación, que le proporcionaban “seguridad”, sobre todo el bombo y el pañuelo rosado. Es más, en las primeras sesiones de Aproximación Diagnóstica, dispuso todos los instrumentos alrededor de él como un “Cascaron Protector”, y cuando yo tomaba alguno para entrar en una acción conjunta, el niño se molestaba y me los quitaba.

Si bien, Lucas demostró ser un niño al que le gusta mucho la música y con algunas habilidades para ejecutar melodías, ritmos, su sonoridad era más bien con sonidos fuertes, intensos, le gustaba utilizar ambas manos con diferentes instrumentos musicales, tocando ritmos distintos. Además, expresó su gusto por el canto, y el baile, a veces se quedaba como “pegado” con ciertas canciones que evocaba en cada sesión, las cuales aportaron al vínculo entre él y la terapeuta realizando canto y baile conjunto, lo que le producía mucho júbilo.

Aparece también, un elemento improvisado importante en el setting, “**El Espejo**”, el cual espontáneamente fue un aporte a todo el proceso musicoterapéutico con Lucas. El espejo como formador del yo como dice Lacan (1949), en la medida que el niño fue avanzando musicalmente, lo hacía mirándose al espejo, parecía como que su imagen reflejada en el espejo lo estimulaba a realizar acciones individuales e integrar al otro (terapeuta), el cual también se

reflejaba en el espejo junto con él, en acciones conjuntas, utilizando el cuerpo, la voz y la música.

De acuerdo a la Dimensión Habilidades Básicas como saludar, escuchar y conversar, parte del hecho de que podía observar que Lucas veía a la terapeuta como un objeto más del setting musicoterapéutico, por lo tanto, cuando lo iba a buscar en las primeras sesiones, no había contacto ocular, no saludaba, sólo tomaba la mano de la terapeuta y la llevaba donde se encontraban los instrumentos musicales, ahí el niño tocaba para él, sumergido en su mundo sin espacio para nadie más, lo hacía generalmente con ritmos estereotipados, sin variaciones. Sin embargo, en la medida que se fue estableciendo la confianza en la terapeuta, toda su conducta fue cambiando hacia estados de salud, hacia lo estético y movimiento.

En las sesiones post Aproximación Diagnóstica, ya comenzó a saludar, incluso lo hacía en los pasillos del Centro, su cuerpo se disponía hacia el cuerpo de la terapeuta, sobre todo cuando se sentía contento. Se pudo observar su capacidad de escucha al respetar turnos para hablar y cantar, ya dejaba que la terapeuta tocara los instrumentos, se realizaron improvisaciones libres vinculares, sacó el cascaron protector que los dividía, su **comportamiento** comenzó a ser más **flexible**, colaborador, y se apreciaba un “goce”, en la forma de expresarse.

En las últimas sesiones, se establecieron conversaciones verbales, improvisaciones musicales, y acercamiento físico en función de un **juego musical** compartido.

Finalmente la Dimensión Creatividad, fue desarrollada a través del llamado Juego Musical del cual habla Martínez (2009). Para realizar esto, se dispusieron elementos sensibles como pañuelos, disfraces y accesorios, pensado en realizar cambios en el setting para flexibilizar algunas conductas estereotipadas de Lucas. De esta manera, el juego de Lucas fue en un principio pobre, sin poder entrar en la simbolización, pero que al establecerse el vínculo con la terapeuta, el juego se enriquece mostrándose más funcional, con dificultades para diferenciar la realidad de la ficción.

Se puede apreciar una tendencia al **comportamiento más flexible**, más **creativo** en un espacio más estructurado, esto da pie a las acciones de imitación, en donde Lucas reconoce en estas acciones a un otro (terapeuta) que lo imita o que puede imitar, esta es la esencia de la reciprocidad.

Finalmente, se logra encontrar al **Niño** detrás de ese niño con autismo, el cual mostró su **personalidad expresiva** y sus **núcleos de salud** abriéndose a la experiencia, motivado a participar en las sesiones, enérgico, expresando emociones de alegría y goce, viviendo y disfrutando el espacio musicoterapéutico que le fue entregado.

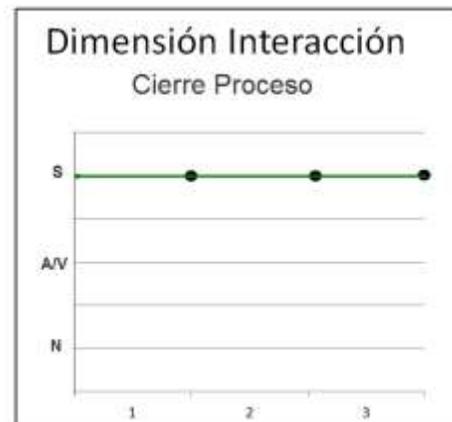
2. EVALUACIÓN DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

Para realizar una evaluación del proceso musicoterapéutico con Lucas se confeccionó un cuadro con los Criterios de Evaluación, el cual se aplicó en un primer momento en las sesiones de aproximación diagnóstica y finalmente al cierre del proceso¹³

Por consiguiente, se expondrán los gráficos con los resultados obtenidos de acuerdo a las tres dimensiones presentadas en los objetivos. Seguidamente se realizará un análisis comparativo de los gráficos, con los resultados obtenidos.

¹³ Anexos 2

1. Gráficos Dimensión Interacción



S= Siempre

A/V= A veces

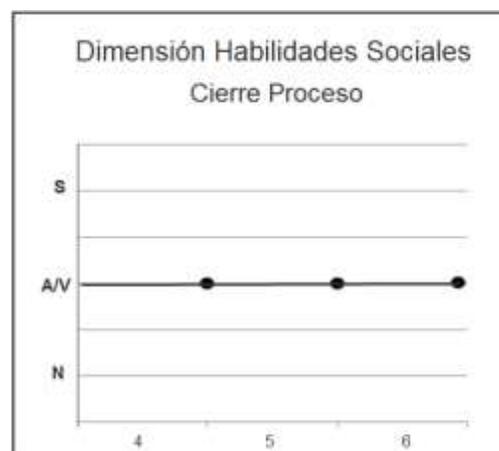
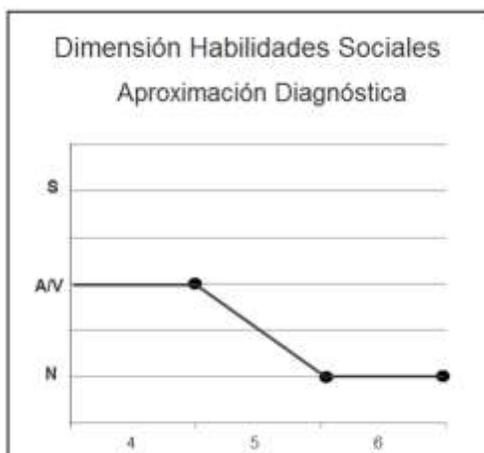
N= Nunca

1, 2, 3= Números de las preguntas que corresponden a la Dimensión Interacción con la terapeuta.

1.1 Análisis Comparativo de Resultados

De acuerdo a los gráficos expuestos arriba se puede observar un cambio considerable en la Dimensión Interacción con la terapeuta. Estos criterios evaluaron en un primer momento cómo el niño se relacionaba con la musicoterapeuta, cómo fueron sus primeros encuentros en la aproximación diagnóstica, por ejemplo, si la miraba, si le sonreía y si aceptaba el acercamiento a través de lo sonoro musical. Se puede observar que en un principio esto ocurría de vez en cuando o simplemente no lo hacía. Sin embargo, al término del proceso su comportamiento en relación a estos criterios fue más constante y homogéneo. Lo cual significa que se lograron los objetivos propuestos.

2. Gráficos Dimensión Habilidades Sociales



S= Siempre

A/V= A veces

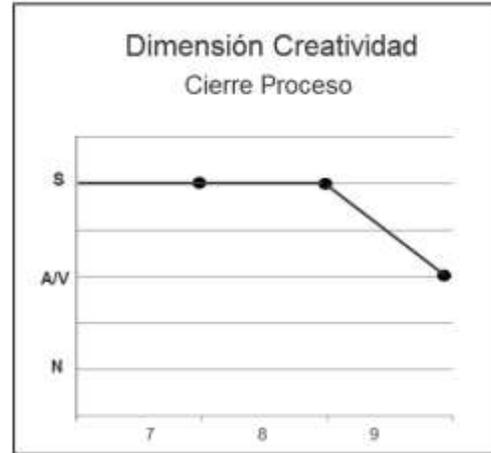
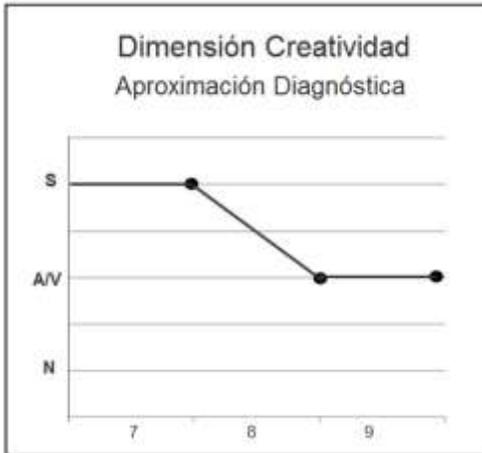
N= Nunca

4, 5, 6= Números de las preguntas que corresponden a la Dimensión Habilidades Sociales.

2.1 Análisis Comparativo de Resultados

De acuerdo a los gráficos expuestos arriba se puede observar un desarrollo evolutivo importante en la Dimensión Habilidades Sociales. Estos criterios evaluaron en un primer momento de Aproximación Diagnóstica habilidades sociales básicas en el niño como escuchar, responder y conversar. Se puede observar el paso de un comportamiento heterogéneo a un comportamiento más estable de acuerdo a estos criterios. Sin embargo, en esta dimensión no se puede decir que se lograron 100% los objetivos propuestos.

3. Gráficos Dimensión Creatividad



S= Siempre

A/V= A veces

N= Nunca

7, 8, 9= Números de las preguntas que corresponden a la Dimensión Creatividad.

3.1 Análisis Comparativo de Resultados

De acuerdo a los gráficos expuestos arriba se puede observar un desarrollo evolutivo en la Dimensión Creatividad. Estos criterios evaluaron en un primer momento de aproximación diagnóstica la capacidad de realizar cambios y variaciones en su musicalidad, en su juego, utilizando los diferentes materiales artísticos dispuestos para él. Se observa, que existe un desarrollo aumentado hacia esta conducta más creativa. Sin embargo, en esta dimensión que era la más complicada, ya que, el paciente necesita de elaboraciones mentales más profundas, se puede concluir que los objetivos propuestos fueron medianamente logrados.

3. LA PRÁCTICA DE LA MUSICOTERAPÉUTA

Todo lo que envuelve el tema del Autismo, es muy interesante para mí, debe ser porque hay una identificación con algunas formas autistas de vivir.

Como dice A. Rivière (2002) no es que los niños autistas no se vinculen, sino que tienen una forma más compleja de relacionarse con los otros. Al situarse en una posición empática, y contenedora frente a un niño del espectro autista, uno logra comprender que su mundo interior es complicado, pero, que al tener presente los llamados núcleos de salud al cual refiere G. Gauna (2009), uno logra visualizar la personalidad del niño y todo lo que se puede potenciar con un trabajo musicoterapéutico que apunte al alcance de los objetivos propuestos.

Cuando se habla de “espectro autista”, se cae en una amplitud de conductas que terminan siendo impredecibles para quienes trabajamos con estos niños, ellos pueden pasar desde el aislamiento completo, en silencio y sin ninguna interacción hasta vivencias en las cuales logran compartir como lo hizo Lucas conmigo.

Mi pregunta al principio del proceso musicoterapéutico era si Lucas iba a lograr conectarse por lo menos con los instrumentos musicales y como dice Tustin (1992), estos fueron tomados como Objetos Autistas de percepción los cuales fueron utilizados para crear su cascaron protector en un primer momento de la terapia. Pero, veamos el lado positivo, el lado estético, el lado sano de Lucas, en donde se despliega toda su personalidad expresiva, es un niño que logra tocar

todos los instrumentos, hace ritmos repetitivos, canta y baila, conectándose desde su modo de ser con mi expresividad y emocionalidad.

Contratransferencia

Las primeras sesiones fueron de mucha incertidumbre, este era el primer contacto en un terreno de terapia con un niño del espectro autista, solo Lucas y yo. Sentí muchas dudas sobre qué técnicas utilizar y sobretodo como estructurar una sesión de musicoterapia en la que él se sintiera cómodo, contenido y lograra entrar en confianza conmigo. Hubo una especie de “coterapeuta” (el espejo), que me facilitó en una gran proporción mi trabajo con Lucas.

Cuando leí por primera vez la ficha de Lucas, me imaginé que todo sería más complejo por lo difícil que era abordar el tema de su comportamiento, sin embargo, sólo en el primer encuentro se mostró agresivo y desafiante, como poniéndome a prueba, pero, me situé en un rol de escucha y aceptación de su personalidad, esto ayudó inmediatamente a que en las siguientes sesiones el niño se mostrara más dispuesto a compartir un espacio musicoterapéutico.

Cada vez se fue haciendo más amigable el trabajo con el niño, logrando integrar a las sesiones elementos que ayudaban a realizar un trabajo completo y estético, y cuando digo estético me refiero al trabajo realizado con algunas técnicas de psicodrama (pañuelos, disfraces) y sobre todo al Juego Musical, el ver la expresión de gozo de Lucas, movió muchas emociones en mi, dentro de la terapia, emociones que impulsaron a seguir trabajando y que se conectaban cada vez más con los núcleos de salud de mi paciente.

Supervisión

Un elemento importante en un proceso musicoterapéutico es la grabación de las sesiones, lo que te permite observar posteriormente cada detalle que sucedió en la terapia. Mejor aún, si existe una persona con más experiencia que pueda supervisar tu trabajo, realizar feedback de tu desempeño y entregarte algunas herramientas para sesiones posteriores. A través de esta supervisión logre pulir aspectos personales y técnicos de los cuales no tenía conocimiento.

Debilidades del Proceso

- Setting

Empezaré por lo más general y tiene que ver con la utilización de instrumentos musicales. Pienso que deberían ser facilitados en el lugar de práctica o por la Universidad. El traslado de estos fue complejo debido a que tenía que llevarlos después a mi lugar de trabajo.

- Resistencias de los padres

Los padres de Lucas presentaron muchos problemas desde antes para asistir a reuniones en el Centro. Ambos padres con historias de vida complejas y con poca disposición a incorporarse en la rehabilitación de su hijo. Fue imposible contactarse con ellos y por lo tanto, no se logró armar la historia sonora de Lucas. La escasa información de la vida en “casa” del niño, no aportó para ver si los cambios y avances también estuvieron marcados en el ámbito familiar.

- Insuficiente experiencia con los instrumentos

Mi formación musical viene del canto, por lo tanto, el tocar un instrumento como la guitarra fue muy difícil, a esto se agrega el tocar y cantar, el improvisar, y realizar algunas técnicas nombradas anteriormente de K. Bruscia (1999). Esta debilidad necesita más ejercitación.

VIII.CONCLUSIONES

La experiencia de haber realizado mi práctica en un Centro de Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Trastornos del Desarrollo fue un gran aporte para mi vida, para mi profesión como Psicóloga y para mi desarrollo como Musicoterapeuta.

Si bien, trabajo en un Hospital donde este tipo de niños asiste periódicamente a procesos de evaluación, no había tenido la experiencia de compartir con estos en un proceso de rehabilitación, por lo tanto, el acercamiento más grande a estos niños lo tuve en Manantial, un Centro pequeño, que fue un gran aporte al conocimiento y relación con niños del espectro autista.

Por otra parte, el trabajo terapéutico con estos niños abarca una serie de tópicos que hay que tener presente a la hora de realizar un abordaje musicoterapéutico con ellos, de esta manera explicaré, todo lo que envolvió esta experiencia tan enriquecedora:

Equipo Técnico y Profesional de Manantial

La práctica se realizó en un Centro de Rehabilitación llamado "Manantial", el cual el trabajo previo de rehabilitación con el niño, fue de gran ayuda para comenzar mi proceso musicoterapéutico con Lucas. Rescatar que todo el equipo de Manantial fue muy generoso a la hora de entregar información sobre el niño, además, de ofrecer un espacio cómodo y amplio para realizar las sesiones de musicoterapia, todo esto facilitó un ambiente óptimo para que el niño se sintiera cómodo conmigo y yo me sintiera cómoda asistiendo a mi práctica profesional.

Abrazando el Autismo

El cuadro clínico TEA de Lucas no fue un impedimento para el trabajo musicoterapéutico con él. En una primera instancia después de leer su ficha se abrieron interrogantes de cómo sería el trabajo con este niño y cómo debería estructurarse una sesión de musicoterapia.

Bueno, Lucas me fue mostrando el camino, como dice G. Gauna (2009), hay que dejar el espacio para que el paciente muestre su personalidad expresiva y sus núcleos de salud, estos son términos que tienen un gran peso en la experiencia con estos niños, el observarlos, el investigar, darse el tiempo de ver cómo estos niños van evolucionando porque como dicen varios estudios los niños autistas son muy musicales.

Otras de las cosas que se aprendió en esta experiencia, fue que el trabajo musicoterapéutico debe ser muy estructurado, se debe tener muy claro con anterioridad todas las técnicas y actividades que se van a realizar con él, porque estos niños presentan problemas con el sentido de sí mismo y de estar en una relación con otro, por eso es que tienden a aburrirse fácilmente y pueden abandonar las tareas. Lo positivo es que esto no pasó con Lucas.

Por esta razón, hago referencia al siguiente escrito de Rivière: “Al tratar las dimensiones a las que hemos hecho referencia en el cuadro 2¹⁴, estamos atacando el fondo del autismo. Al hacernos más presentes a las personas autistas, compartir con ellas el placer y la motivación lúdica, enseñarles de forma estructurada palabras y oraciones, ayudarles a descifrar a las personas, compartir

¹⁴ Pág. 19

con ellas referentes conjuntos, estamos deshaciendo la bruma que impide avanzar a las personas autistas. Llenando de sentido su mundo y haciéndole menos ajeno” (Rivière, 2002, pág. 100).

Eso es lo importante “llenar de sentido su mundo”, así como Lucas llenó de sentido el mío como persona, Psicóloga y Musicoterapeuta.

Competencias del Musicoterapeuta

G. Gauna (2009) dice: Es indudable la impronta personal que cada uno de los terapeutas, subjetivamente, ponemos en juego al desarrollar nuestro vínculo terapéutico con los niños con los que tomamos contacto. Y esta impronta conlleva ciertos “modos de hacer” que son propios y que están íntimamente relacionados con la eficacia del proceso terapéutico.

Así como refiere Gauna, es importante rescatar las competencias que debe tener un musicoterapeuta al trabajar con este tipo de niños. Debe ser una persona que sea capaz de mantener una distancia apropiada para que el niño no se sienta invadido, ser sutil en todos los movimientos corporales que realice, ser una persona lúdica, creativa, con mucha tolerancia a la frustración, capacidad de aceptación de un otro (niño TEA) que es completamente diferente y que tiene además, modos de relacionarse que son complejos. También, debe desarrollar la capacidad de improvisación con todos los elementos que se dispongan en el setting, y con las acciones impredecibles de los niños autistas. Sobre todo el trabajo desde el amor y aceptación de éstos.

Proyecciones a Futuro

Cada vez más se están abriendo las puertas hacia el trabajo con niños que tienen capacidades diferentes. Proyectos de integración en los colegios, psicoeducación a los padres en los hospitales, han aportado a que estos niños ya no sean vistos como niños que “pareciera que no están en este mundo” o que son incapaces de manifestar alguna expresión de emoción en sus rostros.

La modernidad y las telecomunicaciones han ayudado a transmitir imágenes de avances significativos en niños con TEA. Es más ya no se habla de “Autismo” como un término aislado sino que se habla de “Espectro Autista”, nombre que viene a definir una amplitud de comportamientos e interacciones que logran realizar estos pequeños y que con un buen programa de entrenamiento principalmente en “**Habilidades Sociales**”, sobre todo en la interacción con el otro, se pueden llegar a obtener resultados tan sorprendentes como se obtuvieron con Lucas.

Es aquí donde entra la importancia del trabajo de la musicoterapia con este tipo de niños que naturalmente les llama mucho la atención la música.

Debo decir, que es importante el rol que cumple la musicoterapia en las proyecciones a futuro con estos niños como un bien social, en donde lo ideal sería incluir en las sesiones a los padres y familiares, los cuales deberían impregnarse de herramientas musicoterapéuticas para alcanzar avances significativos en estos niños y obtener formas diferentes de vincularse con ellos para ganar la conexión tan soñada con éstos llegando así a la llamada intersubjetividad.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andreu, S. (2009). Monografía: El espacio vincular entre Musicoterapia y Educación: Una experiencia Musicoterapéutica en una escuela común. Santiago Chile.
2. Araneda, M (2005). Cuerpo Multidimensional. (PDF).
3. Baxter, M. (1990). Manual de supervivencia para cantantes. Editorial Hal leonard.
4. Blasco, J M. (1992). Escrito: El Estadio del Espejo: Introducción a la Teoría del Yo en Lacan. Barcelona.
5. Bruscia, B (1999). Modelos de Improvisación en Musicoterapia. Salamanca. Editorial AGRUPARTE.
6. Federico, G (2007). El Niño Con Necesidades Especiales. Buenos Aires. Editorial Kier.
7. Gauna, G. (2009). Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y en la niñez. Buenos Aires. Editorial Koyatun.
8. Hemsy de Gainza, V y Kesselman S. (2003). Música y Eutonía. El cuerpo en estado de arte. Buenos Aires. Editorial Lumen.
9. Lecannelier F. (2006). Apego e Intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Santiago Chile. Editorial LOM.

10. Martínez, M. (2009). Juego musical y trastornos del espectro autista. (PDF). Buenos Aires.
11. Montenegro H, Guajardo H. (1994). Psiquiatría del Niño y Adolescente. Santiago Chile. Editorial Mediterráneo.
12. Rivière, A. (2002). IDEA: Inventario de Espectro Autista. Buenos Aires. Editorial Fundec.
13. Saa, Y. (2003). Tesis: Ejecución de un juego de rol de fantasía y sus efectos sobre la autoestima, empatía y resolución de conflictos. Exploración en adolescentes de un programa de riesgo psicosocial. Santiago Chile.
14. Shapira, D. K. F. (2007). Musicoterapia Abordaje Plurimodal. Buenos Aires. Editorial ADIM.
15. Tustin, F (1992). El Cascaron Protector en Niños y Adultos. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
16. Winnicott, D. (1991). El niño y el mundo externo. España. Editorial Laia.
17. Winnicott, D. (1994). Realidad y Juego. España. Editorial Gedisa.

X. ANEXOS

ANEXO 1. PROTOCOLOS

1.1 Protocolo Abreviado Sesión 1

<ul style="list-style-type: none">• Fecha: 19-03-13	Sesión N°: 1	
<ul style="list-style-type: none">• Terapeuta: Yenia Saa	Tiempo Inicio: 14:00 hrs.	Tiempo Terminó: 14:25 hrs.
<ul style="list-style-type: none">• Paciente (s): Lucas		
I. Objetivo(s) de la Sesión : Objetivo General: Observar las posibilidades expresivas que presenta el niño. Objetivo Específicos: Observar la expresividad del niño a través de la manipulación de diversos instrumentos musicales.		
II. Setting y Recursos Materiales Bombo Chilote, baquetas, pandero, toc-toc, kalimba, triángulo, pescado, pezuñas, flauta dulce, campanitas, melódica, armónica, huevos, maracas, metalófono.		
III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz; cuerpo etc.) - Activa. - Improvisación libre.		
IV. Actividades planificadas para la sesión: - Exploración de los instrumentos musicales. - Observación de la expresividad del niño a través de los instrumentos.		
V. Resumen Desarrollo de la Sesión Llega Lucas sin mayor dificultad y comienza inmediatamente a explorar los instrumentos, llama su atención la textura del bombo “suavecito”, en general toca todos los instrumentos con mucha intensidad, dice algunas frases que cuesta entender, de movimientos rápidos, a veces trata de seguir un ritmo, toca con mano izquierda y otras con ambas manos, me mira, sabe como tocar los instrumentos, yo sólo observo en silencio, algunas veces me habla “oye”, me nombra a la tía estrellita, se quiere ir, lo estimulo a seguir explorando y lo hace pero nombra nuevamente a la Tía Estrellita (educadora que trabaja con él en el segundo nivel), se termina la sesión.		

VI. Observaciones Musicales y Corporales.

Producciones Sonoras:

- Vocalizaciones de **Lucas** "Suavecito", "Un cabello", "Ya lo dejo ahí", (algunas frases que no logro entender bien).
- Voz de la musicoterapeuta. Se interviene muy poco verbalmente en toda la sesión.
- Sonido de los instrumentos musicales.

Corporalidad:

- **Lucas** presenta movimientos organizados y sincronizados.
- Movimientos bruscos cuando toma los instrumentos, los toca con mucha intensidad.
- Movimientos rápidos y entrecortados.
- Utilización de ambas manos para tocar los instrumentos, y a veces toca dos instrumentos diferentes al mismo tiempo.

VII. Conclusiones:

Lucas se mostró muy conectado con los instrumentos durante toda la sesión, su modalidad de enlace es exploratoria, es un niño muy musical, pero tiende a quedarse pegado con algunos sonidos mucho rato, le gusta tocar fuerte con gran intensidad. Poco contacto con la Terapeuta.

1.2 Protocolo Abreviado Sesión 3

Fecha: 9-4-13	Sesión N°: 3	
Terapeuta: Yenia Saa	Tiempo Inicio: 14:00 hrs.	Tiempo Termino: 14:23 hrs.
Paciente (s): Lucas		
<p>I. Objetivo(s) de la Sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos Generales: <ul style="list-style-type: none"> - Observar la personalidad expresiva del niño - Explorar en el acercamiento corporal con el niño a través de los instrumentos como elemento de comunicación e interacción. • Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none"> - Observar la expresividad del niño a través de lo sonoro musical. - Fomentar la aceptación del contacto físico con el niño a través de la música y los instrumentos. 		
<p>II. Setting y Recursos Materiales</p> <p>Bombo Chilote, baquetas, pandero, toc-toc, kalimba, triángulo, pescado, pezuñas, flauta dulce, campanitas, melódica, armónica, huevos, maracas, metalófono.</p>		
<p>III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz; cuerpo etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activa. - Improvisación libre. 		
<p>IV. Actividades planificadas para la sesión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exploración de los instrumentos. 2. Improvisación libre no dirigida. 		
<p>V. Resumen Desarrollo de la sesión</p> <p>Lucas inmediatamente se acerca a los instrumentos y se pone a tocar, sigue con sus sonidos fuertes, cuando me mira empiezo a hacerle gestos para observar su respuesta, esta vez su forma de tocar no es tan organizada, sigue llamándole la atención el pelo del bombo “suavecito”, está resfriado, estornuda, acerca su cuerpo hacia mí me muestra las maracas y me dice “mira”, esta vez integra el espejo, se mira mientras toca los instrumentos, a veces se desconcentra con estímulos de la calle, dispone los instrumentos muy pegados unos con otros, y comienza a hablar de la Tía</p>		

Estrellita (Educadora), me doy cuenta que se quiere ir, insisto en que siga, pero no quiere y se encorva y comienza a balancearse, le pregunto si le gustó lo que hicimos y dice que sí, cerramos.

VI. Observaciones Musicales y Corporales.

Producciones Sonoras:

- Vocalizaciones de **Lucas** “mira suavcito”, “Ahhh...chocolate”, “1, 2 y 3”, “bien”, “lo vamo a la Tía Estrellita”, “no...no quiero”, “alto” “no toque”, “no más” “siii” (algunas frases que no logro entender bien).
- Voz de la musicoterapeuta. “Suavecito”, “Chocolate”, “Salud”.
- Sonido de los instrumentos musicales.

Corporalidad:

- Lucas presenta movimientos organizados y sincronizados en general, pero a veces se desorganiza.
- Movimientos bruscos cuando toma los instrumentos, los toca con mucha intensidad.
- Movimientos rápidos y entrecortados.
- Utilización de ambas manos para tocar los instrumentos, y a veces toca dos instrumentos diferentes al mismo tiempo.

VII. Conclusiones:

Lucas se mostró muy conectado con los instrumentos durante toda la sesión, su modalidad de enlace sigue siendo exploratoria y a ratos creativa, es un niño muy musical, pero sigue pegado con algunos sonidos por mucho tiempo, sigue tocando fuerte con gran intensidad. El contacto con la terapeuta es pobre pero ha ido aumentando muy sutilmente con el tiempo.

1.3 Protocolo Abreviado Sesión 5

Fecha: 23-4-13	Sesión N°: 5	
Terapeuta: Yenia Saa	Tiempo Inicio: 14:00 hrs.	Tiempo Termino: 14:20 hrs.
Paciente (s): Lucas		
<p>I. Objetivo(s) de la Sesión</p> <p>Objetivos Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar la personalidad expresiva del niño - Explorar en el acercamiento corporal con el niño a través de los instrumentos como elemento de comunicación e interacción. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar la expresividad del niño a través de lo sonoro musical. - Fomentar la aceptación del contacto físico con el niño a través de la música y los instrumentos. 		
<p>II. Setting y Recursos Materiales</p> <p>Bombo Chilote, baquetas, pandero, toc-toc, kalimba, triángulo, pescado, pezuñas, flauta dulce, campanitas, melódica, armónica, huevos, maracas, metalófono, guitarra. Se agrega palo de agua.</p>		
<p>III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz; cuerpo etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activa - Improvisación libre - Canto 		
<p>IV. Actividades planificadas para la sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Canción de bienvenida. - Acompañamiento con guitarra. - Improvisación libre no dirigida. - Canto Conjunto. - Canción de despedida. 		

V. Resumen Desarrollo de la Sesión

Se disponen menos instrumentos en el Setting, se tapa el bombo con el pañuelo rosado, Lucas se dirige a tocar la guitarra, le canto la canción de bienvenida, se pone el pañuelo en la cabeza y se mira al espejo, dice "la rosada", me acerco, toca el bombo haciendo un ritmo, lo sigo con la guitarra, se mira al espejo, para, toca la textura del bombo "suavecito", hace un silencio, y después de hacer una inducción evocativa inconsciente canta "un cabello", realizamos un canto conjunto, grita "wuuuu", dice algo que no entiendo, pero es como alegre y con intensidad, canto "está feliz, está feliz" y dice "Siiii", y dice "yo soy la princesa", se pega un manotazo en la cabeza, le pregunto ¿qué le paso a la princesa? Y me dice "hay le duele!!!", hace como que está comiendo, busca otros sonidos golpeando el Toc-toc fuerte con el piso fuertemente, ocupa todo su cuerpo para expresarse, se ríe con ganas, se acuerda de la Tía Estrellita y la nombra varias veces, evoca una canción y la canta "el camino que lleva a Belén", se ríe con muchas ganas, su cuerpo se acerca al mío y con la baqueta toca mi guitarra, y me dice "me cansé", le canto la canción de despedida con la melodía del Arroz con leche, él la canta conmigo, ordena los instrumentos y los tapa con el pañuelo cuenta "1, 2 y 3", bravo le aplaudo le digo bien Luquitas, y lo abrazo, acepta el contacto, se queja de cansado.

VI. Observaciones Musicales y Corporales.

Producciones Sonoras:

- Vocalizaciones y cantos de **Lucas**, “la rosada”, “...el zapato”, “suavecito”, “uuun cabello”, “wuuuu”, “un chocolate”, “siiiii”, “yo soy la princesa”, “Hay le duele!!!”, “helado de chocolate”, “bien”, “el camino que lleva a Belén”, “me cansé”, “Tía Estrellita”, “1, 2 y 3”, (algunas frases que no logro entender bien).

- Voz de la musicoterapeuta. Se interviene con mayor frecuencia en esta sesión.

- Sonido de los instrumentos musicales.

Corporalidad:

- **Lucas** presenta movimientos más organizados y sincronizados.

- Movimientos bruscos cuando toma los instrumentos, los toca siempre con mucha intensidad.

- Movimientos rápidos y entrecortados.

- Utilización de ambas manos para tocar los instrumentos, y a veces toca dos instrumentos diferentes al mismo tiempo.

- Su cuerpo se acerca hacia la terapeuta cuando está riendo.

VII. Conclusiones:

Lucas se mostró muy conectado con los instrumentos durante toda la sesión, logra hacer ritmos, expresarse más abiertamente cantando y riendo, sigue tocando fuerte con gran intensidad, parece disfrutar el espacio terapéutico. El contacto con la terapeuta comienza a ser más cercano, acepta el acercamiento y el contacto, lo que es buen indicio para seguir trabajando el vínculo con él.

1.4 Protocolo Abreviado Sesión 7

Fecha: 07-5-13	Sesión N°: 7	
Terapeuta: Yenia Saa	Tiempo Inicio: 14:00 hrs.	Tiempo Termino: 14:24 hrs.
Paciente (s): Lucas		
<p>I. Objetivo(s) de la Sesión</p> <p>Objetivos Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el interés por la interacción con el otro. • Fomentar habilidades sociales básicas en el niño. • Enriquecer la creatividad en el niño. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la conexión con la terapeuta. - Fomentar la aceptación del contacto físico con el otro. - Fomentar las habilidades sociales de saludar, escuchar, y conversar. - Favorecer un setting flexible para fomentar conductas creativas y disminuir conductas repetitivas. - Favorecer la expresividad y creatividad del niño a través del juego musical utilizando diferentes materiales artísticos. 		
<p>II. Setting y Recursos Materiales</p> <p>Bombo Chilote, baquetas, pandero, toc-toc, kalimba, triángulo, pescado, pezuñas, flauta dulce, campanitas, melódica, armónica, huevos, maracas, metalófono, guitarra, palo de agua. Accesorios y disfraces para juego de roles.</p>		
<p>III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz; cuerpo etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activa - Improvisación libre 		

- Voz y cuerpo
- Juego de Roles.

IV. Actividades planificadas para la sesión:

- Canción de bienvenida (melodía arroz con leche).
- Se esconden los instrumentos elegidos y los accesorios del juego de roles con las mantas
- Improvisación libre no dirigida.
- Acompañamiento con guitarra.
- Canciones Infantiles de personajes del CD Comunicantando.
- Juego de Roles, elección libre.
- Canción de despedida (melodía arroz con leche).

V. Resumen Desarrollo de la Sesión

Se disponen los instrumentos arriba de una colchoneta por el frío, también, se ponen los disfraces y accesorios, todos se tapan con los paños de colores, y se pone de fondo la canción "Pin pon", entra Lucas con algunos movimientos desorganizados y no le gusta que me acerque a él, toma inmediatamente la muñeca, tomo la guitarra, Lucas me mira y me dice "le voy a cortar el pelo", le acaricia el pelo, y grita "un cabello", se ríe, lo sigo cantando un cabello!!!, le canto la canción de bienvenida, le pregunto si quiere ver que hay debajo de los pañuelos, le muestro un cabello que lleve y se lo pone en la cabeza, se mira al espejo y comienza a cantar "un cabello", hacemos un canto conjunto, acompañado por la guitarra, toma el pañuelo rosado, y se lo pone en la cabeza, dice "la rosada", "Un cabello", toco un fondo rítmico con la guitarra, toca el bombo, dice "mira!!! ...suavecito", toca el toc-toc, me siento al frente de él, sigo con el fondo rítmico, toma el vestido de tull, se lo pone y dice "uuun vestido", destapa los accesorios, mientras le toco un fondo rítmico, le digo, toma el abanico, me dice algo no le entiendo, se para y canta algo moviendo el abanico, mientras se mira al espejo, se ríe, me dice "Mira!!", se abre, le digo, lo abre y dice "oohhh te gusta??", y dice "soy yo", toma la muñeca y la abanica, me muestra el abanico y me dice "mira", le pongo una canción "la Bruja", se para, se acerca al espejo con movimientos suaves mientras mueve el abanico, toma el sombrero rojo, le hago un fantasma con un pañuelo blanco, se ríe y se arranca, baila al ritmo de la canción del "Enano", lo sigo con las palmas, se pone a cantar muy suave con movimientos lentos, revisa la bolsa de accesorios, tomo la guitarra y le canto canciones infantiles "Alicia va en el coche", se pone un pañuelo blanco en la cabeza, se arregla el disfraz mientras se mira al espejo, escucha la canción hasta el final y cuando termina dice "mira!!!", y canta "Un cabello", le canto el "Arroz con leche", cambio la letra, improviso con la misma melodía, "El

Luquitas que quiere hacer con el disfraz...que personaje quiere hacer”, dice “yaaa”, se saca la ropa de disfraz, se acabó le digo, el mueve su cuerpo y su mano diciendo “Adiós, adiós, adiós”, le canto la canción de despedida, tararea la canción, toma un pañuelo amarillo y se lo pone en la cabeza, le digo vamos!!! Y dice “siii”, muy bien Luquitas!!! Le digo.

VI. Observaciones Musicales y Corporales.

Producciones Sonoras:

- Vocalizaciones y cantos de Lucas, “le voy a cortar el pelo”, “la rosada”, “a ver..mira” “uuun vestido”, “uun corbata”, “oohhh te gusta??”, “suavecito”, “uuun cabello”, “soy yo”, “wooooww”, “Un sombrero, un sombrero”, “mira...ata eto”, “uuu se cayó”, “siii...yupi”, “un oveja”, “bien”, “mi colet”, “yaa”, “Adiós, adiós, adiós”, (algunas frases que no logro entender bien).

- Voz de la musicoterapeuta. Se interviene con mayor frecuencia en esta sesión.

- Sonido de los instrumentos musicales.

Corporalidad:

- **Lucas** presenta movimientos más organizados y sincronizados.

- Movimientos más suaves.

- Utilización de mano izquierda para tocar instrumentos.

- Bailes al ritmo de la música.

VII. Conclusiones:

Lucas se mostró más conectado con los disfraces que con los instrumentos durante toda la sesión, logra hacer ritmos, expresarse más abiertamente cantando y riendo, su forma de tocar es menos intensa, parece disfrutar el espacio terapéutico. El contacto físico con la terapeuta cada vez es más cercano, acepta el acercamiento y el contacto, escucha a la terapeuta, logra respetar turnos para expresarse.

1.5 Protocolo Abreviado Sesión 9

Fecha: 04-06-13	Sesión N°: 9	
Terapeuta: Yenia Saa	Tiempo Inicio: 14:00 hrs.	Tiempo Termino: 14:21 hrs.
Paciente (s): Lucas		
<p>I. Objetivo(s) de la Sesión</p> <p>Objetivos Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el interés por la interacción con el otro. • Fomentar habilidades sociales básicas en el niño. • Enriquecer la creatividad en el niño. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la conexión con la terapeuta. - Fomentar la aceptación del contacto físico con el otro. - Fomentar las habilidades sociales de saludar, escuchar, y conversar. - Favorecer un setting flexible para fomentar conductas creativas y disminuir conductas repetitivas. - Favorecer la expresividad y creatividad del niño a través del juego musical utilizando diferentes materiales artísticos. 		
<p>II. Setting y Recursos Materiales</p> <p>Bombo Chilote, baquetas, pandero, toc-toc, kalimba, triángulo, pescado, pezuñas, flauta dulce, campanitas, melódica, armónica, huevos, maracas, metalófono, guitarra, palo de agua. Accesorios y disfraces para juego de roles.</p>		
<p>III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz; cuerpo etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activa - Improvisación libre - Voz y cuerpo - Canto 		

- Baile
- Cuento Infantil
- Juego de Roles

IV. Actividades planificadas para la sesión:

- Canción de bienvenida (melodía arroz con leche), “Hola Luquitas cómo estás tú”.
- Se esconden los instrumentos elegidos y los accesorios del juego de roles con las mantas.
- Musicalizar un cuento a través del Juego de Roles con disfraces.
- Canciones Infantiles de personajes del CD Comunicantando.
- Canción de despedida (melodía arroz con leche).

V. Resumen Desarrollo de la sesión:

Se disponen menos instrumentos en el setting, y se tapan con los pañuelos de colores, al igual que los disfraces, llega Lucas muy sorprendido por el cambio, “ohhhh”, le digo que vamos a cantar la canción de bienvenida, destapa los instrumentos y dice “ohhh mira!!!”, le canto “Hola Luquitas cómo estás tú”, me muevo y me acerco a él, esta vez no hay rechazo, él se pone el pañuelo rosado en la cabeza.

Lo invito a jugar, mientras destapa los disfraces, le comento “vamos a contar un cuento”, mientras me acerco bastante a él, le explico “tu vas a ser un mago” “quieres ser un mago??”, “si” responde, lo ayudo a disfrazarse y le digo que yo voy a ser una duende, accede a que lo vista, deja que lo toque, le voy narrando un cuento mientras pongo música de naturaleza de fondo, toca la melódica, me siento cerca de él, hace una inducción evocativa inconsciente canta “Un cabello”, le digo “tu con el bombo..vamos!!!”, toma la baqueta toca y canta con mucho entusiasmo, canto “Alicia va en el coche”, sigue el ritmo, me mira y escucha atento la canción, toca la melódica, se pone a cantar conmigo, le cuesta pronunciar algunas palabras, le doy la siguiente instrucción “ahora tu vas a cantar el Arroz con leche...vamos”, toma la baqueta canta y toca al mismo tiempo, toma el pelo, se pone a jugar y me lo pasa por mi cara, cantamos juntos el “Caballito blanco”, toca el toc-toc, le toco fuerte la guitarra y dice “no alto”, bajo el sonido, hace un ritmo de 7/8 con los instrumentos y su voz, lo sigo con bajo volumen, lo sigo con la guitarra con la técnica imitación del espejo, toca la melódica, toca con gran intensidad, sigo contando el cuento y le pongo una canción “El conejito”, lo toco con un instrumento (maraca), no le gusta, canta la canción, le digo “te la pongo de nuevo?”, “si” me responde, le pongo las manos abiertas y me toca con el abanico, suena la canción de los “pajaritos”, se mueve al ritmo de la música, toca el bombo, lo sigo con las palmas, hacemos una improvisación libre con los instrumentos con sonidos suaves, hasta que dice “Un cabello”, alargo la última vocal y se ríe, mientras acerca su cuerpo hacia mí, golpea el suelo con el toc-toc, lo sigo con

un fondo rítmico, canta la canción de los pajaritos, canta y mueve su cuerpo, le digo “te la pongo??”, le pongo la canción “vamos Lucas a cantar!!!”, se para me toma las manos y comenzamos a bailar, cuando termina la canción Lucas dice “siiii!!!”, nos ponemos a bailar de nuevo, nos acercamos y miramos en el espejo, imita mis movimientos, se mira al espejo, se ríe, y aplaude, cuando termina la canción dice “bravo!!!”, Lucas está muy contento levanta las manos y dice una frase que le cuesta mucho pronunciar, canta muy fuerte y baila. Se empieza a sacar el disfraz, y nos vamos.

VI. Observaciones Musicales y Corporales.

Producciones Sonoras:

- Vocalizaciones y cantos de **Lucas**, “ohhh mira!!!”, “no alto”, “la rosada”, “uuun cabello”, “wuuuu”, “siiiii”, (algunas frases que no logro entender bien).
- Canto de Lucas
- Voz y canto de la musicoterapeuta. Se interviene con mayor frecuencia en esta sesión.
- Sonido de los instrumentos musicales.

Corporalidad:

- **Lucas** presenta movimientos más organizados y sincronizados.
- Movimientos más suaves.
- Baile al ritmo de la música.
- Utilización de ambas manos para tocar los instrumentos, y a veces toca dos instrumentos diferentes al mismo tiempo.
- Su cuerpo se acerca hacia la terapeuta cuando está riendo.

VII. Conclusiones:

Esta sesión es una de las más significativas porque es donde se establece el vínculo con Lucas, la interacción es muy cercana, y se observa al niño muy contento y flexible en su conducta.

Cuento Infantil “El Bosque de las Sorpresas”

Lucas vamos a jugar a contar un cuento, tú vas a hacer..mmmm....tú vas a hacer un Mago!! Y yo voy a hacer un duende que te va a acompañar en este cuento.

Había una vez un Mago Llamado “Tom”, que siempre le gustaba caminar por los bosques encantados (se pone música de fondo de naturaleza), tenía una amiguita que era una duende llamada “Azul”, les gustaba mucho reírse juntos, cantar (tomo la guitarra y le canto canciones infantiles) y tocar el Bombo (le digo a Tom que me acompañe con el bombo)...un día iban caminando por el bosque y se encontraron con una fuerte lluvia!! Y los dos tuvieron que ir a refugiarse, se abrazaron para permanecer abrigados y calentitos (abrazo a Tom)...cuando para de llover siguen caminando por el bosque...UUUYYYY Sorpresa!!! Se empezaron a encontrar con los animalitos del bosque, se encontraron con un conejito!!! (canción del conejito bis)...y más allá se encontraron con unos lindos pajaritos!!! (canción de los pajaritos bis)....les gusta mucho a los dos amigos lo que hay en ese bosque encantado lleno de muchas sorpresas!!!....están tan contentos que se ponen a gritar “soy feliz!!! soy feeeeliz!!!”....(acompaña con la guitarra)....se van muy contentos y llegan a la casa de un amigo Enanito (bailar y cerrar cuento)...y se van todos a dormir.

1.6 Protocolo Abreviado Sesión 12

Fecha: 18-06-13	Sesión N°: 12	
Terapeuta: Yenia Saa	Tiempo Inicio: 14:00 hrs.	Tiempo Termino: 14:16 hrs.
Paciente (s): Lucas		
<p>I. Objetivo(s) de la Sesión Objetivos Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el interés por la interacción con el otro. • Fomentar habilidades sociales básicas en el niño. • Enriquecer la creatividad en el niño. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la conexión con la terapeuta. - Fomentar la aceptación del contacto físico con el otro. - Fomentar las habilidades sociales de saludar, escuchar, y conversar. - Favorecer la expresividad y creatividad del niño a través del juego musical utilizando diferentes materiales artísticos. 		
<p>II. Setting y Recursos Materiales Bombo Chilote, baquetas, pandero, toc-toc, kalimba, triángulo, pescado, pezuñas, flauta dulce, campanitas, melódica, armónica, huevos, maracas, metalófono, guitarra, palo de agua. Accesorios y disfraces para juego de roles.</p>		
<p>III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz; cuerpo etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activa - Improvisación libre - Voz y cuerpo - Canto - Baile 		
<p>IV. Actividades planificadas para la sesión:</p>		

- Canción de bienvenida (melodía arroz con leche), “Hola Luquitas cómo estás tú”.
- Se esconden los instrumentos todos y los accesorios del juego de roles con las mantas.
- Sesión Temática “El Invierno” con Canciones Infantiles del CD Comunicantando “Dos pajaritos”, “Gotitas”, “Lloviendo”, mostrar y Bailar con las plumas, el paraguas y las hojas, hacer sonar el palo de agua, utilizar la bufanda rosada.
- Canción de despedida.

V. Desarrollo de la sesión:

Esta vez se dispone un setting muy diferente, se dibuja en el suelo un camino, los instrumentos se encuentran tapados al medio de este camino, se presentan elementos relacionados con la temática de la estación del año, “el invierno”. Le canto la canción de bienvenida, la canto con un ritmo rápido, mientras Lucas toma el paraguas y se mira en el espejo, cuando termino dice “la lluvia?”, le pregunto “te gusta el paraguas??”, “ahhh sii”, me responde. Toco un acorde en la guitarra y Lucas canta “Alicia va en el coche”, ejecutamos un canto conjunto, con música suave mientras Lucas toma un pañuelo y se lo pone en la cabeza, me mira al espejo y canta sonriente “Vuelve Juan..vuelve Pedro”, comienza a disfrazarse y le canto una canción hecha para él, con la melodía de Alicia va en el coche, me mira y se acerca a mí, me dispongo hacia él y se echa hacia atrás, se mira al espejo mientras escucha la canción y se pone un gorro. Se acerca al computador y dice “mira!!!” camina en punta de pies siguiendo el camino. Le pongo la canción “los pajaritos”, toma las plumas y las muevo para ver si llamo su atención, se acerca a mí, le hago cosquillas con estas y se arranca, lo sigo, corre, grita y se ríe, entramos en un juego “corre que te pillo”, le hago sonidos de pajaritos con la boca, sigue arrancando, se ríe muy fuerte, y dice “no...alto!!!”, Lucas baila con la canción mientras se mira al espejo, se limpia la saliva y hace un paso de baile para el termino de la canción. Tomo el paraguas con la canción “el otoño”, el niño toca el bombo, le acerco el palo de agua y lo hago sonar, me mira y se ríe, utilizo el paraguas en movimiento para acercarme a él, lo mismo hago con el palo de agua, se pone el pañuelo rosado en la cabeza, le toco la maraca, suena los pajaritos en la radio y se emociona, tomo las plumas de nuevo y me acerco a él, grita muy fuerte “alto”, toca el xilófono, me acerco nuevamente con el paraguas, se mira en el espejo y arregla su “cabello rosado”, se acerca al espejo, me acerco a él y me pongo atrás. Tomo los globos para tener un contacto más cercano con él, y poder tocarlo con estos, me acerco muy despacio para no asustarlo, se corre, lo toco despacito con un globo, grita. Bailo cerca de él con los globos, toma un globo, y jugamos con estos. Toma el paraguas, le digo que está lloviendo y que se tiene que abrigar, le paso una bufanda rosada y me la recibe, se la pone mirándose al espejo, lo abrazo (acepta el contacto), me pongo debajo del paraguas junto con él, nos movemos juntos por el camino al ritmo de la canción “las gotitas”. Lo suelto, avanza y me mira, lo empiezo a perseguir, corre y grita, se ríe, dice muchas frases que no logro entender. Lo abrazo y le digo “te pille!!!”, se

saca el disfraz, le pido un abrazo y me lo da, se termina la sesión.

VI. Observaciones Musicales y Corporales.

Producciones Sonoras:

- Vocalizaciones de **Lucas** “la lluvia”, “Ahhh siiii”, “mira!!!”, “no ..alto!!!”, (algunas frases que no logro entender bien).
- Voz de la musicoterapeuta. Se estimula la conversación.
- Sonido de los instrumentos musicales y de las canciones envasadas.
- Canto de Lucas.

Corporalidad:

- Lucas presenta movimientos mucho organizados y sincronizados.
- Camina en punta de pies.
- Movimientos más suaves.
- Acercamientos a la terapeuta.
- Utilización de ambas manos para tocar los instrumentos.

Emergentes Verbales:

- Palabras y frases nuevas de Lucas.

VII. Conclusiones:

Esta sesión fue la más significativa para mí, en el sentido de poder lograr el objetivo de jugar con Lucas y ver como el vínculo se hace más fuerte, basado en la confianza del niño y la expresión de este.

ANEXO 2. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cuadro 1: Criterios de Evaluación en Aproximación Diagnóstica

S= Siempre

AV= A Veces

N= Nunca

X= Respuesta que más se acerca a lo observado.

Dimensión Interacción	1	¿Mantiene un contacto visual permanente con la terapeuta?	S	AV X	N
	2	¿Sonríe al ver a la terapeuta o cuando esta le sonríe?	S	AV X	N
	3	¿Acepta el acercamiento sonoro musical de la terapeuta?	S	AV	N X
Dimensión Habilidades Sociales	4	¿Responde cuando se le llama por su nombre?	S	AV X	N
	5	¿Escucha y acepta la propuesta sonoro musical de la terapeuta?	S	AV	N X
	6	¿Es capaz de establecer un diálogo verbal con la Musicoterapeuta?	S	AV	N X
Dimensión Creatividad	7	¿Tiende a realizar variaciones sonoro musicales?	S	AV X	N
	8	¿Utiliza los diferentes materiales artísticos para jugar con la Musicoterapeuta?	S	AV	N X
	9	¿Integra creativamente los instrumentos musicales accesorios dispuestos en el setting?	S	AV	N X

Cuadro 2: Criterios de Evaluación al Cierre del proceso

Dimensión Interacción	1	¿Mantiene un contacto visual permanente con la terapeuta?	S X	AV	N
	2	¿Sonríe al ver a la terapeuta o cuando esta le sonríe?	S X	AV	N
	3	¿Acepta el acercamiento sonoro musical de la terapeuta?	S X	AV	N
Dimensión Habilidades Sociales	4	¿Responde cuando se le llama por su nombre?	S	AV X	N
	5	¿Escucha y acepta la propuesta sonoro musical de la terapeuta?	S	AV X	N
	6	¿Es capaz de establecer un diálogo verbal con la Musicoterapeuta?	S	AV X	N
Dimensión Creatividad	7	¿Tiende a realizar variaciones sonoro musicales?	S X	AV	N
	8	¿Utiliza los diferentes materiales artísticos para jugar con la musicoterapeuta?	S X	AV	N
	9	¿Integra creativamente los instrumentos musicales accesorios dispuestos en el setting?	S	AV X	N

ANEXO 3: FOTOGRAFÍA DEL SETTING MUSICOTERAPÉUTICO

