



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

Monografía de práctica

Intervención Musicoterapéutica

Hogar Los Jazmines, Coanil

"Musicoterapia grupal en jóvenes con Parálisis Cerebral"

Alumno: Víctor Matamala Petruzzi

Profesora Guía: Silvia Andreu

SANTIAGO DE CHILE

Abril 2014

TABLA DE CONTENIDO

I INTRODUCCIÓN.....	5
II CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	7
III MARCO TEÓRICO.....	11
3.1. La discapacidad como constructo social.....	12
3.2. Parálisis cerebral.....	18
3.3. Vínculo y grupo pequeño.....	22
3.3.1 El vínculo.....	23
3.3.2 Grupo pequeño.....	24
IV MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPEUTICO.....	28
4.1 Abordaje Plurimodal.....	29
4.1.1 Valoración diagnóstica del APM.....	30
4.2 Conceptos de Gustavo Gauna.....	33
4.2.1 Personalidad expresiva.....	33
4.2.2 Postura receptiva- perceptiva del Musicoterapeuta.....	35
4.2.3 Núcleos de salud.....	36
V EL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....	39

5.1 Instalación del proceso musicoterapéutico.....	39
5.1.1 Primera Visita: Coordinación.....	39
5.1.2 Segunda Visita: Anamnesis.....	40
5.2 El grupo usuario.....	41
5.2.1 Los pacientes.....	42
5.3 Metodología de intervención.....	44
5.4 Encuadre musicoterapéutico.....	46
5.5 La sesión musicoterapéutica.....	48
5.5.1 Previo a la sesión.....	48
5.5.2 Una estructura de sesión.....	49
5.6 Etapas del proceso grupal musicoterapéutico.....	52
5.7 Descripción de la sesión.....	55
5.7.1 Cuadro de resumen de sesiones.....	55
5.7.2 Modalidad de análisis de las sesiones.....	58
I. Etapa de valoración diagnóstica.....	59
Análisis de sesiones.....	62
II. Etapa de desarrollo.....	66
5.8 Planteamiento de objetivos.....	67
Análisis de sesiones.....	72
III. Etapa de Cierre.....	80
Análisis de sesiones.....	82

VI EVALUACIÓN GENERAL DEL PROCESO GRUPAL.....	86
6.1 Elementos transferenciales y contratransferenciales	
Musicoterapeuta Usuario.....	86
6.2 Vínculo "Terapeuta - Coterapeuta".....	89
6.3 Autoevaluación de fortalezas y debilidades.....	91
6.4 Incidencia de factores externos.....	93
VII CONCLUSIONES.....	95
VIII BIBLIOGRAFIA.....	103
IX ANEXOS.....	105
Anexo I: Espacios de terapia durante la intervención.....	105
Anexo II: Entrevista a cuidadoras.....	108
Anexo III: Canción del Ulaula Musical.....	110
Anexo IV: Canción "el viaje musical".....	113
Anexo V: Protocolos de sesión de valoración diagnóstica.....	115
Anexo VI: Protocolos de sesión de etapa de desarrollo.....	118
Anexo VII: Protocolos de sesión de etapa de cierre.....	124

I. INTRODUCCIÓN

La presente monografía pretende dar cuenta de las experiencias del proceso de práctica de Musicoterapia efectuado en el Hogar Los jazmines de la institución COANIL entre los meses de agosto y diciembre del año 2012. En las páginas siguientes se sistematiza la experiencia de práctica y se exponen los componentes más importantes de la misma.

Se realizará una descripción del contexto institucional, que ofrece un acercamiento a los distintos aspectos implicados en la formación y funcionamiento del hogar "Los jazmines". Además describe las condiciones en que conviven los pacientes, las personas que trabajan en el lugar, y el contexto general del hogar.

Posteriormente se expone el marco teórico a través del cual se establecen fuentes teóricas referentes a la discapacidad como construcción social, la parálisis cerebral desde el punto de vista médico y la teoría de vínculos y grupo pequeño.

Ulteriormente, se describe el marco teórico musicoterapéutico compuesto por el Abordaje plurimodal y la mirada musicoterapéutica de Gustavo Gauna,

influencias que fueron fundamentales para pensar y accionar el proceso musicoterapéutico.

Luego, en el capítulo "Proceso Musicoterapéutico", se describe la experiencia del proceso grupal develando el grupo usuario y la metodología utilizada. Posteriormente, se hace una descripción de los elementos del encuadre musicoterapéutico, la sesión y la diferenciación de las etapas del proceso.

Al final de este apartado se describen y analizan las sesiones más significativas a través de una descripción de las actividades y el análisis de lo acontecido en sesión. De tal manera el lector puede hacerse una idea muy cercana de la labor realizada y los acontecimientos ocurridos. En el capítulo siguiente, se presentará una evaluación general del proceso, donde se describen los elementos vinculares, analizados desde las perspectivas "musicoterapeuta - paciente" y "terapeuta - coterapeuta". Finalmente se hace una valoración de las debilidades y fortalezas de los musicoterapeutas. Realizando una argumentación de otros factores que incidieron en el desarrollo del proceso.

Finalmente se presentan las conclusiones tomadas de la experiencia de la intervención musicoterapéutica.

II. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El hogar Los Jazmines de la Fundación COANIL se encuentra ubicado en la comuna de La Reina, con dirección Larraín 9940.

COANIL es una institución que comienza a funcionar el año 1974 con la intención de crear residencias y escuelas a lo largo de todo el país, con el objetivo de mejorar la situación social y económica en que se encontraban las personas con discapacidad intelectual, especialmente en los sectores de extrema pobreza del país.

El hogar se funda el año 1983, cuando la municipalidad de La Reina otorga a la fundación COANIL la estructura física para su creación. Este hogar es un centro residencial mixto, para personas con discapacidad intelectual severa y profunda, sin deambulación.¹ Todos los internos se encuentran en el hogar por disposición judicial debido a una vulneración de derechos del que han sido víctimas.

¹ FUNDACIÓN COANIL, Información general [en línea] <http://www.coanil.cl> [consulta: Mayo 2013]

En conversación con la directora de la institución, se nos brinda información acerca de los espacios del hogar y su funcionamiento.

Se nos indica que si bien COANIL es una fundación orientada a los niños, en el hogar permanecen también adultos que ingresaron con minoría de edad al centro y, posteriormente, al no contar con alguien que se haga cargo de ellos una vez cumplen los 18 años, permanecen indefinidamente en el hogar.

Los pacientes, todos acogidos en el hogar como su lugar de residencia, llegan de todas las regiones del país, según explica la directora del centro, éstos están a cargo de distintos profesionales entre los que cuentan: Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Psicólogo, Asistente social y Enfermera. Además cuenta con cuidadoras encargadas de las necesidades básicas como alimentación y limpieza de los internos, quienes están a cargo de jefas de turno que están a vigilancia de cada uno de los 4 pabellones del hogar.

Cada pabellón cumple una función de dormitorio y comedor (alimentados oralmente o por sonda nasogástrica), siendo además el lugar donde los pacientes pasan la mayor parte del tiempo. Cada pabellón está diferenciado y clasificados por pacientes de características similares: Pabellón A (Mujeres jóvenes y adultas) Pabellón B: (Hombres jóvenes y adultos), Pabellón C: (Jóvenes con menor movilidad, mayor dificultad de conectarse con

el medio, y patologías respiratorias crónicas asociadas.), Pabellón D: (Niños mixtos hasta 15 años).

El hogar cuenta además con infraestructura de una sala de UCI donde alberga un promedio de 7 niños que requieren de cuidados especiales permanentes por una situación de salud más compleja. También cuenta con una sala de ejercicios kinesiológicos y una escuela especial. El recinto además opera con oficinas, baños y un comedor para el uso de los distintos profesionales que trabajan en el centro.

La directora del Hogar explica además que la misión del mismo es cumplir un rol de protección con los internos, y si bien se esperaría que sea un lugar de tránsito para estos jóvenes y adultos, su egreso del centro se ve dificultado debido a que el trabajo con las familias es arduo por la pobreza y la disfuncionalidad que presentan, además de los recursos y cuidados especiales que necesitan los internos y que muchas veces la familia no está en condiciones de asumir. En consecuencia la gran mayoría de los egresos de internos es por causas de fallecimiento y no por traslado a otra residencia. .

En cuanto al financiamiento del hogar se nos señala que éste recibe apoyo externo de la municipalidad y otras instituciones tales como: SENADIS, SENAME, TELETÓN, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital Salvador,

Escuela especial Coanil y Escuelas de educación especial externas para los menores distintos grados de dificultades a nivel cognitivo.

Como apreciación personal, además de lo descrito, se hace evidente las duras condiciones que enfrentan desde los pacientes hasta el personal del hogar, cuando la movilidad reducida de los pacientes no solo está dada por su condición de salud sino también por el reducido espacio físico con que el hogar cuenta para tantos internos. Asimismo los espacios de terapia o rehabilitación son muy acotados para el contingente demográfico que alberga el lugar, debido a lo cual, los terapeutas, kinesiólogos y otros profesionales deben conformarse con reducir el deterioro de los pacientes, en lugar de apuntar a mejores expectativas de bienestar para los mismos.

III. MARCO TEÓRICO

A continuación se explican las distintas fuentes de información que fueron necesarias para emprender y comprender el proceso de práctica realizado. Éstos comprenden aspectos considerados no musicoterapéuticos en los que se describe la **discapacidad como construcción social**, la **Parálisis cerebral** y **Teorías de vínculo y grupo**.

De éstos, la primera parte resulta ser información relevante para establecer una mirada desde el ser discapacitado y la construcción social en torno al mismo. Consecutivamente se hará una descripción de la principal causa de afectación en la salud de los jóvenes implicados en el proceso grupal, la parálisis cerebral, descubriendo de que se trata esta patología y sus implicancias en la salud del paciente, lo que por valor informativo y deber ético ha sido obligación considerar en el proceso. Posteriormente será descrita información concerniente a las teorías de “vínculo” y “grupos”, que por otra parte, ayudan a comprender en mayor profundidad las dinámicas y relaciones generadas en el grupo durante el proceso musicoterapéutico.

Por otro lado está el marco teórico musicoterapéutico en el cual se basó el proceso, integra dos miradas, una más concreta y funcional y la segunda más de inspiración filosófica o sensible al reconocimiento al ser del paciente.

Primeramente se refiere al Abordaje Plurimodal (APM) , el cual fue considerado especialmente por sus propuestas para la etapa inicial del proceso de musicoterapia el cual incluye una descripción bien acabada de recursos y herramientas de los cuales lo musicoterapeutas pueden hacer uso en el proceso. En otro plano se consideraron los postulados de clínica musicoterapéutica de Gustavo Gauna, cuyos aportes al proceso significaron una mirada reflexiva del *ser* del paciente, de la patología y el accionar musicoterapéutico.

Ambas fuentes teóricas se concatenan en el proceso para configurar un proceder cuidadoso en forma y fondo de la realización del proceso musicoterapéutico.

3.1 La discapacidad como constructo social

Al abordar un grupo terapéutico es importante comprender ciertas cuestiones ideológicas en cuanto a construcción social que se tiene por una persona "discapacitada".

Antes de referirnos a "discapacidad", será importante abordar el tema comprendiendo primero qué se entiende por "capacidad", refiriéndonos a las distintas acepciones globalmente aceptadas.

La primera acepción de "capacidad" se refiere en relación a la capacidad de algo para contener cosas dentro, como por ejemplo: la capacidad de agua que soporta una botella. En segundo lugar se entiende también por la cualidad o circunstancia de ser capaz de cierta cosa., como por ejemplo: "la capacidad del pensamiento" o "la capacidad de saltar". Otra acepción regularmente usada es aquella que se refiere como el equivalente a inteligencia, como por ejemplo: "es muy capaz para las matemáticas". Por último, "capacidad" en relación al derecho, como la aptitud jurídica para realizar un acto civil o ejercer un derecho, como tener la capacidad de votar.²

El sociólogo E. Joly, destaca cómo el binomio "capacidad - discapacidad" y su par "capacitado - discapacitado" trasciende las diferencias semánticas operando con peso propio sobre la consciencia de las personas, encasillándolas en una realidad social o en otra. De tal manera se constituye un discurso social que da por normales a quienes cuentan con una capacidad culturalmente aceptada. Prueba de ello, expresa el autor, es que no se hacen referencias a los "capacitados", "persona capacitada" o "personas con

² JOLY E. Seminario interdisciplinario: "capacidades y diferencias". Universidad nacional del plata, Bs. Aires, 2002.(1.p)

capacidad", sin embargo es socialmente aceptado designar a otros como: "Incapacitado", "persona discapacitada" o "persona con discapacidad" ³

Como se observa la importancia en la designación de otra persona no es aleatorio, ni menos algo sin importancia. Si bien no se niega lo importante que es tener un lenguaje común en cuanto a cómo referirse a algo, es importante permanecer atentos a cuando una palabra comienza a significar socialmente algo más que solo eso, adquiriendo una connotación negativa como representación social.

De tal manera, según Joly, culturalmente, la discapacidad se concibe como una construcción social que: "...se construye a diario en las relaciones sociales entre las personas, en las decisiones que tomamos, en las actitudes que asumimos, en la manera que pensamos, construimos y estructuramos el entorno físico, social, cultural e ideológico en el que nos desenvolvemos" ⁴

El psicólogo social francés, Serge Moscovici, estudioso de las representaciones sociales, hace una observación similar en la misma línea de lo planteado por Joly: "Es bajo la forma de representaciones sociales como la

^{3 3} JOLY E. Seminario interdisciplinario: "capacidades y diferencias". Universidad nacional del plata, Bs. Aires, 2002. 86p

⁴ JOLY E. Seminario interdisciplinario: "capacidades y diferencias". Universidad nacional del plata, Bs. Aires, 2002.99p

interacción social influye sobre el comportamiento (o el pensamiento) de los individuos implicados en ella, y es al tratar de poner en práctica sus reglas cuando la sociedad forja las relaciones que deberá haber entre sus miembros individuales."⁵

El valor en la mirada de estos pensadores está en que nos permite enterarnos y ser conscientes de qué manera plantearse ante una persona designada como discapacitada. De tal modo no solo se previene un uso del lenguaje poco adecuado para referirse a otro, si no que plantea posibles problemáticas profundas para quienes han vivido por mucho tiempo bajo el peso social de ser clasificados y referenciados como "discapacitados". Sin embargo la construcción social en torno al discapacitado no termina en lo ya descrito.

Otro factor importante en la construcción social en torno al discapacitado está en cómo la sociedad lo etiqueta, desde la hegemonía del modelo médico, como una persona enferma, y de múltiples trastornos añadiendo una carga aún más pesada para la condición de la persona.

En relación a nuestro País, Chile, es el Ministerio de salud quien se hace cargo de las políticas públicas y jurídicas para "personas con discapacidad"

⁵ MORA M. "La teoría de las relaciones sociales de Sergei Moscovici", 2002.

como puede verse en el siguiente texto tomado de la página web oficial del Ministerio de Salud:

"¿Qué es Discapacidad?: Se considera persona con **discapacidad** a toda aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La Ley 20.422 de 2010 establece normas para la plena integración social de las personas con discapacidad y contempla una serie de programas y beneficios para ellas, a las que pueden acceder con la Certificación por parte de la COMPIN o Subcomisión de la COMPIN, de la condición de persona con discapacidad, además de encontrarse inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad del Servicio de Registro Civil e Identificación." ⁶

De tal manera el entramado social cultural responde en consecuencia a la construcción social previamente descrita, defendiendo una visión patológica

⁶ MINISTERIO DE SALUD. Nueva Ley de Discapacidad. [en línea] http://salunet.minsal.gov.cl/portal/page?_pageid=1101,5508835&_dad=portal&_schema=PORTAL [consulta : junio 2013]

del discapacitado, asumiendo en ello que estas personas poseen o tienen una enfermedad como si de contagiarse un resfrió se tratase.

Finalizando con esta idea, queda como reflexión del tema abordado la fuerza con que las representaciones sociales afectan no solo al individuo, sino también al pensamiento y comportamiento del colectivo, hasta las políticas públicas y jurídicas. Es importante Comprender que la realidad se construye constantemente desde cómo nos planteamos a los demás en relación a nosotros. En relación a esto, el Sociólogo Eduardo Joly advierte que la respuesta no pasa por sentirse culpable y pretender que con una actualización de terminologías como "no-vidente" o "hipoacúsico", sino con una justa equiparación de oportunidades que apunten a satisfacer las necesidades de las "personas con discapacidad" como las mismas necesidades y derechos que todo ser humano tiene.

Ante esta última advertencia de Joly se piensa que la musicoterapia debiese apuntar no solo a convertirse en un medio de búsqueda de salud no sólo desde un plano científico, sino integrando los elementos adecuados que propendan un bienestar más integral del ser humano.⁷

⁷ JOLY E. Seminario interdisciplinario: "capacidades y diferencias". Universidad nacional del plata, Bs. Aires, 2002.

3.2 Parálisis Cerebral

La parálisis cerebral (PC) es la causa más frecuente de "discapacidad" en la población infantil. La prevalencia en los países desarrollados es de 2-3 por 1000 nacidos vivos, sin embargo, la esperanza de vida de los niños con PC está aumentada, con lo que se considera que cada vez se atenderá a más niños y adultos con PC, con las repercusiones médicas, sociales, educacionales y económicas que esto representa.⁸

La definición de PC más aceptada y recientemente propuesta por un comité de expertos en 2005 incluye dos consideraciones relevantes:

En primera instancia se considera la PC cómo un trastorno del desarrollo, específicamente del tono, postura y movimiento, de carácter persistente (aunque no invariable), que condiciona una limitación en la actividad, secundario a una agresión no progresiva, a un cerebro inmaduro. El límite de edad para considerar un trastorno motor cerebral adquirido como PC es ambiguo (cerebro inmaduro), pero, en general, se aceptan los 2-3 primeros años de vida.⁹

⁸ BAX, M. Y GOLDSTEIN, M. Proposed definition and classification of cerebral palsy. DEV MED CHILD NEUROL. 2005; 31: 240 - 271.

⁹ MORRIS, C. Definition and classification of cerebral palsy: a historical perspective. DEV MED CHILD NEUROL. 2005; 27: 571-576.

Adicionalmente en esta definición, se incluye el concepto de que en la parálisis cerebral el trastorno motor estará acompañado frecuentemente de otros trastornos (sensitivos, cognitivos, lenguaje, perceptivos, conducta, epilepsia) cuya existencia o no, condicionará de manera importante el pronóstico individual de estos niños.¹⁰

Se considera que en lo que respecta a la etiología, es cada vez más evidente que la PC puede ser el resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo y que la causa última no siempre se identifica.

Otro aspecto de importante consideración en el estudio de las PC, tiene relación con la heterogeneidad de síntomas y signos asociados a la Parálisis, por tal razón es difícil establecer criterios diagnósticos y la clasificación de los trastornos pueden enfocarse desde distintos puntos de vista; por tal razón existen distintos sistemas de clasificación que incluyen la subcategorización.

Según etiología (prenatal – perinatal – postnatal). Según el tipo de trastorno motor predominante (PC espástica – disquinetica – atáxica – mixta). Según topografía (hemiplejia, diplejia, tetraplejia, etc.). Según el grado de

¹⁰ AGUIRRE S. 2010. Parálisis Cerebral en el Instituto Salvadoreño para la Niñez y Adolescencia, Informe de investigación final. El Salvador, Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina. 71p

discapacidad (afectación: media - moderada - grave - profunda).

Tal cómo se enuncia en la definición principal de la PC, es importante tener en cuenta que la mayoría de los niños con trastornos motores de origen cerebral, pueden presentar anomalías secundarias o asociadas como las que se exponen a continuación:¹¹

- Déficit auditivo: algunas veces con problemas de agnosia, en parte debido a una hipoacusia o sordera parcial o total.
- Defectos visuales: estrabismo, nistagmo, hemianopsia. En muchos casos van relacionados con déficit en el control del movimiento de los ojos.
- Déficit perceptivos y sensoriales que dificultan la percepción del movimiento: esta depende de la información disponible a través de los sistemas sensoriales (visual, vestibular, somatosensorial), así como de la representación interna del movimiento. Si alguno de estos sistemas no proporciona una información adecuada, el niño puede tener una organización pobre del movimiento.

¹¹ ARNER, M. Manual Ability Classification System for Children with cerebral palsy. Boston, DEV MED CHILD NEUROL. 2005

- Alteraciones del lenguaje: Existen trastornos de lenguaje receptivo y expresivo, debido a una incapacidad para organizar y seleccionar adecuadamente las palabras. Estas alteraciones del lenguaje son muchas veces secundarias al escaso control motor.
- Déficit cognitivo: El retraso mental puede obedecer al trastorno primario, pero también al secundario a los trastornos motores y sensoriales. Puede presentarse en el 50% de los niños con parálisis cerebral, especialmente en los niños con tetraplejía espástica, rigidez e hipotonía.
- Trastornos de la conducta: Algunos niños pueden presentar trastornos conductuales no relacionados con las áreas motrices de la disfunción cerebral. En otros niños, estos trastornos están relacionados con componentes emocionales como la frustración, dificultades de comunicación o de adaptación al entorno o con la propia disminución del control motor. Problemas emocionales: Debidos principalmente a factores como la sobreprotección, la hospitalización frecuente y la sobreinterpretación de gestos y actitudes del niño, que hacen que los padres actúen de una forma inadecuada, incrementando más su incapacidad.¹²

¹² AGUIRRE S. Parálisis Cerebral en el Instituto Salvadoreño para la Niñez y Adolescencia, Informe de investigación final. El Salvador, Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina. 2010, 71p.

En cuanto a la instancia musicoterapéutica realizada, la claridad de esta información permitió a los musicoterapeutas anticiparse a las particularidades de los individuos de modo de establecer un encuadre pertinente a las características del grupo, que fuera flexible y adaptable a sus limitaciones de movimiento, manipulación de objetos, comunicación y comprensión del entorno.

Se reconoce la importancia de manejar información médica de la parálisis cerebral cuando se va a trabajar con un grupo con este tipo de características, como también se piensa que es importante recalcar la importancia de no situarse solo desde esta mirada. Esto debido a que si nos situásemos solo desde ese punto de vista se corre el riesgo de perder la individualidad del sujeto y las múltiples características que componen su ser y existencia, negando su mundo interno y reduciendo su existencia a una visión simplista y patológica

3.3 Vínculo y Grupo Pequeño

Dado que el proceso musicoterapéutico se aplica a un “grupo” de personas, resulta relevante definir los conceptos que suponen dicha conformación.

Se tomarán el concepto de “grupos pequeños” de la teoría de grupos de Pichón Rivière, de modo que permita desarrollar una lectura más asertiva respecto a los fenómenos que se generan entre los miembros de un grupo en un contexto de musicoterapia grupal.

Primeramente, para comprender mejor dicho concepto se explicarán las ideas de teoría del vínculo, también del mismo autor, en las que se fundamenta su teoría de grupos.

3.3.1 El Vínculo

La teoría del vínculo responde a la teoría de las relaciones de objeto, donde el foco de interés se sitúa en la relación de un sujeto con un objeto (unidireccionalidad). La teoría de vínculo, de Rivière, reconfigura los elementos de la teoría de relaciones de objeto reemplazando el objeto por otro sujeto. Es decir, piensa la capacidad de vincularse del sujeto, dirigida, hacia otro sujeto, y este nuevo sujeto vinculándose a su vez con el primero. De este modo la díada “sujeto-objeto” pasa a ser “sujeto-sujeto”, en donde ambos se vinculan mutuamente (bidireccionalidad).¹³

¹³ GAUNA, G. 2009. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun. 65-77p.

Esta nueva concepción relacional despierta dentro del campo de la psicología el interés por conocer y analizar ya no sólo al sujeto, sino llevar el foco de atención al vínculo entre personas.

Rivière, encuentra sustento de sus avances en Freud, quien dice en su libro *Psicología de las masas y análisis del yo*: “En la vida anímica individual, aparece integrado siempre, efectivamente, 'el otro' como modelo, objeto, auxiliar o adversario y de este modo la psicología individual es al mismo tiempo y desde el principio psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado.”¹⁴

La aplicación de una terapéutica basada en estos conceptos sobre varias personas llevó a Rivière a definir perfiles y características de grupos, entre ellos aquel que atiende al caso particular de la intervención musicoterapéutica realizada.

3.3.2 Grupo Pequeño

Un Grupo es: “Todo conjunto de personas ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio, y articuladas por su mutua representación interna

¹⁴ PICHON RIVIERE, E. 1975. El proceso grupal. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión. 161p.

(dimensión ecológica) configuran una situación grupal. Dicha situación está sustentada por una red de motivaciones y en ella interaccionan entre sí por medio de un complejo mecanismo de asunción y adjudicación de roles. Es en este proceso donde deberá surgir el reconocimiento de sí y del otro en el dialogo e intercambio permanente." ¹⁵

Por consiguiente, la articulación y dinámica propia del “grupo” siempre está dada por el tipo de vínculos que se crea entre los participantes. Dado esto, la situación grupal posibilita por su cualidad, un espacio terapéutico que favorece la relación e interacción del individuo con su ambiente. En consecución el terapeuta acciona también en los vínculos generados al interior del grupo, favoreciendo el bienestar de todos los integrantes.

El grupo específico abordado para el proceso de musicoterapia estuvo constituido por 4 pacientes con graves trastornos motores y de comunicación, además de los dos musicoterapeutas a cargo. Los pacientes conformaban un grupo heterogéneo, con distintas edades, y que además de convivir en un mismo hogar (en pabellones separados) no guardaban aparentemente relaciones cercanas entre sí.

¹⁵ PICHON RIVIERE, E. 1975. El proceso grupal. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión. 160p.

El perfil de este grupo cumple con ciertas características de los perfiles de “grupo primario” y “grupo pequeño”, sin embargo el primero se caracterizaba principalmente por la existencia de relaciones cercanas entre sus miembros y, como ya se mencionó, el grupo abordado no mantenía previo a la sesión evidentes relaciones cercanas. El perfil de grupo pequeño, sin embargo, permite también una conformación similar, con otro tipo de dinámicas, sin que los integrantes tengan un vínculo de relación tan estrecho.

El grupo pequeño presenta 7 características que no necesariamente están presentes todos a la vez: ¹⁶

- Numero restringido de miembros
- Prosecución en común y de forma activa en los mismos fines
- Relaciones afectivas entre los miembros que pueden hacerse intensas (simpatías, antipatías, etc.) y constituir subgrupos de afinidades.
- Intensa independencia de los miembros del grupo y sentimiento de solidaridad; Unión moral de los miembros del grupo fuera de las reuniones y de las actuaciones en común.
- Diferenciación de las funciones entre los miembros
- Constitución de normas, de creencias, de señales y ritos propios al grupo (lenguaje y código del grupo).

¹⁶ ANZIEU, D. y MARTIN, J. La Dinámica de los Grupos Pequeños. Madrid, Biblioteca Nueva, 1997. 26p

El reconocimiento de estas características al interior del grupo permitiría al musicoterapeuta plantearse una mirada más amplia de lo que la conformación de “grupo” supone como consecuencia terapéutica entre sus miembros. Así también ver en el grupo más allá de un simple conjunto de personas y apreciar en los fenómenos suscitados en la terapia no solo acciones individuales sino el despliegue de un fenómeno grupal.

A comentario final de este apartado, se piensa que el manejar información referente a los sistemas de personas que implican un grupo, posibilita reflexionar respecto al grupo sin tener que mirar siempre en un sentido unidireccional (desde lo particular a lo grupal), sino la observación de todos como un conjunto.

Como reflexión, se piensa que debiera ser misión del musicoterapeuta, como un deber ético resguardar desde su disciplina que los vínculos y relaciones entre pacientes se lleven de un modo que favorezca su bienestar.

IV. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO

En cuanto a la puesta en marcha del proceso musicoterapéutico grupal se hace necesario aterrizar en fundamentos teóricos lo acontecido. Ante esto podrían identificarse dos “vertientes” que le dieron funcionalidad a distintos aspectos del proceso de práctica, ambos relevantes para encauzar el pensar y accionar de los terapeutas. Una de éstas vertientes fue el Abordaje Plurimodal, que ayudó en propiciar orden y organización en el proceso, de manera tal que facilitó el trabajo de los terapeutas en términos de recaudar información más precisa y de manera eficiente, permitiendo anticiparse mejor a las sesiones y facilitar la posterior interpretación de las mismas.

Otra gran influencia fue la visión musicoterapéutica de Gustavo Gauna. Sus ideas de núcleos de salud y personalidad expresiva fueron referentes para plantar los objetivos y en consecuencia, su visión entregó a los terapeutas un posicionamiento en la lectura de los hechos (esperados e inesperados) que acontecían en cada sesión de musicoterapia, exigiendo, éstos, ser interpretados con la mayor acuciosidad posible.

De estas dos fuentes teóricas musicoterapéuticas se mencionará a continuación los conceptos tomados para la realización del proceso.

4.1 Abordaje Plurimodal

El abordaje Plurimodal o APM, se caracteriza por integrar distintas corrientes teóricas y prácticas pertinentes al campo de la musicoterapia. Sin apuntar a convertirse solo en un compendio de técnicas o teorías, desarrolla una mirada reflexiva del quehacer musicoterapéutico proponiendo una mirada y un accionar terapéutico. Este es una colaboración de distintos musicoterapeutas sudamericanos, entre ellos Diego Schapira como principal referente del abordaje, quien dirige el centro ADIM, en Argentina, donde se enseña el APM a estudiantes de la musicoterapia.¹⁷

En lo que compete al proceso musicoterapéutico realizado en el hogar Los jazmines, el APM sirvió de guía a los terapeutas al momento de desarrollar una estrategia formal de intervención en la primera etapa de evaluación y valoración diagnóstica. El APM califica esta etapa como Etapa de valoración diagnóstica inicial de musicoterapia (VIM).¹⁸

¹⁷ SCHAPIRA, D. "et al". Musicoterapia: Abordaje Plurimodal. 2007. Buenos Aires. ADIM Ediciones

¹⁸ SCHAPIRA, D. "et al". Musicoterapia: Abordaje Plurimodal. 2007. Buenos Aires. ADIM Ediciones, 29 – 85p.

4.1.1 Valoración diagnóstica del APM

El abordaje plurimodal describe la VIM cómo una instancia de instalación del encuadre, donde comenzar una alianza de trabajo con el paciente y brindarle distintas experiencias musicales para desde ahí conocer su universo musical, expresivo y receptivo.

El APM plantea la necesidad de elaborar un protocolo de evaluación de salud mental, el cual debiese contar con 3 objetivos principales¹⁴ :

- Crear una herramienta que sea facilitadora y ordenadora de la escucha musicoterapéutica.
- Hacer aportes específicos desde la musicoterapia, al equipo interdisciplinario, que enriquezcan la concepción que éste pueda construir acerca del paciente
- Delinear objetivos específicos y estrategias de tratamiento musicoterapéutico en relación al paciente

Desde la experiencia en práctica e investigación propone diversos objetivos que debiese tener la VIM. Entre estos se destacan¹⁹:

- Considerar si, el paciente, es capaz de movilizarse emocional y/o afectivamente.
- Conocer sus modos expresivo – receptivos (ME-R) para empezar a adentrarse al universo musical del paciente.
- Observar sus posibilidades de acercamiento a los instrumentos. Observar el uso y trato que le da a los mismos.
- Valorar si es capaz de escuchar y escucharse.
- Conocer debilidades y fortalezas, sus límites y posibilidades.²⁰

Éstos aportaron claridad a la visión del rol que debiese tener el musicoterapeuta en la sesión, permitiendo configurar un mejor encuadre en esta primera etapa del proceso.

El abordaje plurimodal sugiere además 4 fuentes de información durante la etapa VIM. Estas fueron consideradas y realizadas con la flexibilidad que cada caso requería. Se clasifican de la siguiente forma:

- Fuentes específicas musicoterapéuticas: Información obtenida de las experiencias del musicoterapeuta en las sesiones.

¹⁹ La diversidad de objetivos planteados en el libro “Abordaje Plurimodal” asciende a un total de once, sin embargo se hace mención solo de aquellos considerados más funcionales a las características particulares del proceso musicoterapéutico.

²⁰ SCHAPIRA, D. “et al”. Musicoterapia: Abordaje Plurimodal. 2007. Buenos Aires. ADIM Ediciones.

- Fuentes compartidas con otras disciplinas: Información tomada de consulta de fichas, historias clínicas, etc.
- Fuentes de otras disciplinas: Se obtiene información de otros profesionales vinculados a la terapia de los individuos.
- Entrevista con la familia: Consta de la realización de entrevista a familiares o círculo cercano del paciente.

El APM propone: “los ejes de improvisaciones musicales terapéuticas, el trabajo con canciones y el uso selectivo de música editada, realizando experiencias activas y receptivas o interactivas, y también la combinación de las mismas”²¹

La utilización de estos ejes en la etapa de valoración permitiría recabar de mejor manera la información del paciente en las sesiones. Además servirían de referencia a la hora de configurar y planificar las actividades en la etapa VIM y el resto del proceso musicoterapéutico.

²¹ SCHAPIRA, D. “et al”. Musicoterapia: Abordaje Plurimodal. 2007. Buenos Aires. ADIM Ediciones, 200 – 201p.

4.2 Conceptos de Gustavo Gauna

Licenciado en Musicoterapia, ha desarrollado una mirada de la musicoterapia distanciada de la predominante influencia de otras disciplinas, para contemplar reflexivamente los fenómenos implícitos y explícitos del quehacer musicoterapéutico para desde allí develar la complejidad que vincula la triada paciente – musicoterapia – musicoterapeuta, y fundamentar sus ideas.

22

Gauna, además posiciona el respeto y reconocimiento de las particularidades del paciente como una columna, que implícita o explícitamente, se haya transversalmente en el desarrollo de todas sus ideas.

Dado lo anterior, se definirán algunos de sus conceptos más relevantes para el proceso musicoterapéutico efectuado.

4.2.1 Personalidad expresiva

Gauna, define la personalidad expresiva como: “(...) aquella característica particular, personal, definida, que cada sujeto posee y utiliza consciente o inconscientemente, como modo de expresión y comunicación, ésta denota las estructuras psíquicas, en un muestrario de posibilidades e

²² GAUNA, G. 2009. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun. 65-77p

imposibilidades individuales." ²³ También podríamos definir la personalidad expresiva como el conjunto de las permanencias de la personalidad del paciente, que constituye un modo identificable y diferenciado de la relación con el afuera, incluyendo tanto a los objetos como a los sujetos, y que es representación de los sujetos 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 defectos – gratificaciones y frustraciones – van constituyendo un modo relacional." ¹⁷

En consecuencia el autor propone una perspectiva del rol que juega la musicoterapia: " (...) Por eso es que la musicoterapia plantea no solo un despliegue de contenidos psíquicos, sino también el despliegue de un recorrido abierto: corporal, sonoro, rítmico, musical, que se estructura entre el paciente y el musicoterapeuta como un lenguaje que por medio de la expresividad del primero y la creatividad del segundo se puede interpretar en dirección de la salud. (...) "²⁴

¹⁷ GAUNA, G. 2009. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun. 65-77p

²⁴ GAUNA, G. 2009. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun. 68-69p

Desde el pensamiento de Gauna esta personalidad expresiva, constitutiva en todo individuo, tiene tal relevancia en las posibilidades de salud del paciente que el musicoterapeuta debe siempre y en todo proceso musicoterapéutico buscar enriquecerla

4.2.2 Postura receptiva- perceptiva del Musicoterapeuta

“No habla quién carece de interlocutor”²⁵ esta afirmación aplica no solo al lenguaje verbal sino a toda intención comunicativa por parte de un sujeto.

Tal como es importante permitir y favorecer la expresividad en el paciente, también es de alta importancia que el terapeuta construya vías que permitan la recepción de la expresividad que los pacientes depositan en la sesión.

Dada la condición de “discapacidad” y las dificultades comunicativas que suelen caracterizar a personas con PC un posicionamiento altamente receptivo del musicoterapeuta brindará al paciente la posibilidad de ser escuchado y atendido desde su individualidad y particularidad, propuestas y necesidades. El paciente podrá verse reflejado y experimentar como su expresión cobra sentido desde “un otro” que atiende vigilante y receptivo a su persona. Esta

²⁵ GAUNA, G. 2009. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun. 89p.

expresividad recibida por el musicoterapeuta como un auditorio apropiado es lo que Gauna denomina material-mensaje.

El “material-mensaje” es tanto el vehículo en el cual el paciente deposita sus cargas emotivas y el puente que, el paciente, tiende al terapeuta. A través de éste, terapeuta y paciente podrán ir desarrollando un progresivo reconocimiento mutuo y la construcción de códigos sonoro musicales significativos para ambos.

Gauna advierte la importancia de proporcionar un auditor para el paciente, que reconozca al ser humano tras la patología. La musicoterapia permite el surgimiento de la persona sobrepasando el estado de enajenación y olvido en que queda el mismo cuando la sociedad se relaciona hacia él solo a través de lo patológico, como negando la existencia del ser humano que habita ese cuerpo. A esta postura terapéutica, Gauna, la denomina como una ausencia de fe en la existencia de núcleos de salud mientras la musicoterapia se sitúa como un proceso de redescubrimiento y afianzamiento de los núcleos de salud.

4.2.3 Núcleos de salud

El concepto de núcleos de salud sustenta “filosóficamente” los conceptos de Gauna anteriormente mencionados (4.2.1 y 4.2.2) – en relación a

la esencia de los mismos -. Comprender qué son los núcleos de salud implica un cuestionamiento hacia donde enfocar la terapia en el paciente y a encontrar en su expresividad los caminos de salud que en su individualidad necesita.

Gauna sintetiza los conceptos de núcleos de salud diciendo: "Entendemos por "núcleo 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 el 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" ²⁶

En relación al paciente los núcleos de salud significan, para éste, la capacidad para emprender un progreso en su salud desde su propia potencialidad de significación por medio de la musicoterapia. Por otra parte, las implicancias de este concepto se cristalizan para el musicoterapeuta al momento de decidir por el tipo de terapia a realizar y el foco principal de la misma al momento de decidir si es posible creer en las potencialidades del paciente y favorecer su capacidad expresiva o centrarse en la definición de la

²⁶ GAUNA, G. 2009. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun. 77p

patología ya determinada por el saber científico, apartando una vez más al individuo de la posibilidad de resignificar su realidad.

Desde la visión de los núcleos de salud, terapeuta y paciente se sumergen en un proceso bidireccional que es:

- **Prospectivo:** Cuando se avanza en la construcción de la resignificación de los gestos y actos del paciente en un proceso de continuo movimiento desde donde lo nuevo se haga comprensible.
- **Retrospectivo:** Cuando los signos del pasado cambian su status relativo por las nuevas significaciones adquiridas, equilibrándose según el criterio de lo saludable del mismo individuo.

El vivenciar del reconocimiento de los núcleos de salud se aprecia 3 características: Se vive como existente, se reconoce comunicándose y se despliega concretándose en el accionar del sujeto en el mundo.²⁷

Por tanto, en el marco de estas características se hace posible realizar una lectura terapéutica, a la vez que el paciente logra ver su producción sonora fuera de sí, reconociéndose, quebrando su inmovilidad y reflejando su individualidad y la de los otros sujetos.

²⁷ GAUNA, G. 2009. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun.

V. EL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

5.1. Instalación del proceso de práctica

Se realizaron dos visitas a la institución previo comenzar el proceso musicoterapéutico.

5.1.1 Primera Visita: Coordinación

En una primera visita al hogar, los practicantes junto a la profesora supervisora, sostuvieron una reunión con la terapeuta ocupacional del hogar, quien cumpliría el rol de encargado de los practicantes durante todo el proceso. En esta reunión además se abordaron tópicos relevantes para concretar la intervención, tales como normas del hogar, espacios del recinto, calendarios de terapia, etc.

Por otro lado, la institución nos comunica de 2 requisitos a cumplir durante el periodo de práctica y trabajo con los pacientes:

- ✓ Toda vez que se esté en terapia con un paciente se debe dejar una apertura que permita ver desde fuera hacia dentro de la sala de musicoterapia.
- ✓ En caso de hacer registros audiovisual de los pacientes se debe hacer uso solo académico y cuidando siempre la identidad del paciente.

El motivo de estos requerimientos especiales que pide el hogar para realizar la intervención se debe a que gran cantidad de pacientes llegan al hogar no solo por su condición de salud y abandono, sino también una vulneración de sus derechos esenciales. En cuyos casos los tribunales han decidido que el hogar Los Jazmines sea no solo un lugar de residencia y cuidado, sino también donde se proteja a los menores de ser vulnerados.

5.1.2 Segunda visita: Anamnesis

La segunda visita a la institución se trató principalmente acerca de los pacientes que integrarían el grupo de musicoterapia. Esta vez fue posible conocer a algunos de los pacientes, explorar sus fichas médicas y conversar con la terapeuta ocupacional acerca de ellos.

La reunión permitió informarse de los pacientes en cuanto a su estado de salud, convivencia en el hogar, tipo de personalidad, y otras particularidades, a través de conversaciones con la terapeuta ocupacional.

Dado que el personal del hogar son lo más cercano a lo que podría identificarse como una "familia" para el paciente, en términos de cuidado y profundidad de vínculos, se entiende esta reunión como el equivalente a una anamnesis musicoterapéutica dado que por medio de estas reuniones fue posible conocer desde los diagnósticos médicos hasta ciertas particularidades propias de cada paciente.

En esta instancia, además, se explicó que los motivos generales de selección de pacientes para participar del proceso de musicoterapia fueron:

- ✓ Escasez de actividades estimulantes en su rutina.
- ✓ Rasgos en el paciente que lo hagan idóneo o apto para participar en actividades musicales

5.2. El grupo usuario

El grupo usuario fue conformado por 4 pacientes con las siguientes características compartidas en común:

- ✓ Adultos Entre 19 y 37 años
- ✓ Desplazamiento en silla de ruedas
- ✓ Alteraciones sensoriales y perceptivas
- ✓ Alteración en la comunicación

- ✓ Alteraciones en el desarrollo corporal, motriz, cognitivo y comunicacional.

5.2.1 Los pacientes

Para mantener en resguardo las identidades de los 4 pacientes, cuando sea necesario referirse a ellos individualmente, se identificaran con los siguientes nombres ficticios: Camila, María, Valentín y Loreto

En el marco de la anamnesis musicoterapéutica se obtuvo una descripción general de cada paciente, la cual se describe a continuación:

Camila

- Mujer, 30 años de edad.
- Diagnostico médico: Parálisis cerebral tipo tetraparesia espástica, Asfixia Neonatal, S. Bor, Deficit Intelectual, Alteración de la comunicación y la relación.

Camila, describen los profesionales del hogar, presenta dificultad para relacionarse con otros y no muestra interés en interactuar o relacionarse. Parece perdida en sí misma. Posteriormente, una vez puesta en marcha el proceso musicoterapéutico se nos indica que Camila, años atrás, había tenido una operación gástrica que afecto profundamente su estado de ánimo.

Se desconoce por parte de los profesionales qué tipo de música le gusta más.

Loreto

- Mujer, 19 años de edad.
- Diagnóstico médico: Esquizoencefalia (malformación SNC), Hemiparesia Izquierda, Distrofia miotónica severa, Trastorno de la deglución, Gastrostomía, Diabetes insípida tipo 2, Trastorno del sueño. Severa alteración de la comunicación, relación y conducta, Escoliosis.

Loreto, parece ser más joven de lo que aparenta su edad. A veces muestra movimientos "estereotipados" de balanceos repetidos y gusta del hábito de llevarse algunos objetos a la boca para morderlos o chuparlos.

Maria

- Mujer, 37 años de edad.
- Diagnóstico médico: Parálisis Cerebral tipo hemiparesis doble espástica, Antecedentes de asfixia neonatal, Epilepsia asociada a PC, Hiperproctinemia, Galactones, Trastorno de conducta, Déficit Intelectual severo.

María se nos presenta como una persona con una sensibilidad aumentada hacia la música, que disfruta con alguna y llora con otra. Constantemente pide la radio para poder escuchar la música que le gusta.

Valentín

- Hombre, 21 años de edad.
- Diagnóstico médico: Parálisis Cerebral tipo tetraparesia espástica por asfixia neonatal, Hipoacusia bilateral completa (sensoneuronal), Epilepsia, Obstrucción intestinal, Alteración severa de la relación, comunicación y conducta, Yeyunostomía.

Valentín a primera vista se observa tranquilo y de sonrisa fácil. Tiene capacidad de uso en sus brazos y manos con las que continuamente trata de agarrar lo que esté dentro de su rango.

5.3. Metodología de intervención

El proceso de práctica sería desarrollado por dos musicoterapeutas practicantes compartiendo roles en terapia y co-terapia, bajo la supervisión de un profesor guía y la ayuda de un encargado del hogar. Éste, tendría lugar entre los meses de agosto del 2012 a Enero del 2013, considerando en ese lapso las

dos visitas iniciales al hogar, un proceso grupal de musicoterapia y una reunión de devolución con los profesionales de la institución. Esto es posible observarlo en el cronograma de intervención:

Cuadro 1: Cronograma de intervención

Procesos	Fecha
Primera visita :	2da semana Agosto
Segunda visita :	3ra semana Agosto
Proceso grupal musicoterapéutico:	4ta semana Agosto - 4ta semana Diciembre
Devolución:	2da semana Enero

Entrevista a profesionales del hogar:

Durante el proceso, alrededor de la séptima semana, se realizó una entrevista a enfermeras y cuidadoras, cercanos a los pacientes del grupo. Las preguntas apuntaban principalmente acerca de las preferencias y experiencias musicales de los pacientes, previas a la intervención musicoterapéutica. La entrevista en detalle puede apreciarse en el "Anexo II".

5.4 El encuadre musicoterapéutico

El encuadre en musicoterapia tiene distintas connotaciones dependiendo del método o abordaje musicoterapéutico desde el que se hable. Desde el punto de vista del APM, abordaje principalmente utilizado, se definen como el conjunto de factores o elementos que permanecen estables y permiten visualizar el proceso musicoterapéutico.²⁸

Si bien el APM considera variedad de constantes (temporales, laborales, económicas, etc.) en el encuadre musicoterapéutico,²⁹ dado el formato establecido de esta monografía se incluirán en este apartado solo las constantes espaciales y materiales en cuyo conjunto cabrían: los espacios de terapia, el setting de instrumentos musicales, los implementos de registro.

a) Los espacios de terapia:

Los espacios de terapia variaron en el transcurso del proceso de terapia, resultando en 3 espacios de terapia distintos para todo el proceso: "La sala casino", la "sala bodega" y la "sala escuela". Los cambios de sala fueron a petición de la institución. Los motivos de las constantes reacomodaciones son

²⁸ SCHAPIRA, D. "et al". Musicoterapia: Abordaje Plurimodal. 2007. Buenos Aires. ADIM Ediciones.

²⁹ SCHAPIRA, D. "et al". Musicoterapia: Abordaje Plurimodal. 2007. Buenos Aires. ADIM Ediciones, 29 – 85p.

comprensibles si se considera que la distribución del espacio del hogar, en general, se amolda a las limitaciones de la infraestructura existente, observándose limitados espacios también para el resto de los profesionales que en el hogar se desenvuelvan.³⁰

b) Setting de instrumentos musicales:

El setting musicoterapéutico estuvo conformado por instrumentos musicales aportados entre todos los practicantes y se acordó con la institución mantenerlos permanentemente dentro de las instalaciones del hogar para facilitar su disponibilidad en la práctica.

Durante el proceso se hicieron modificaciones en el setting por motivos puntuales. Éstas consintieron en:

- El retiro de la flauta desde la 2da sesión, debido a que no sería posible contar con esté permanentemente.
- En la 6ta sesión se integró un "Ula ula musical" en función del proceso terapéutico llevado con el grupo.
- Se retira del setting Armónica y melódica debido al extravío de éstas.
- En algunas sesiones fue posible contar con uno o dos kalimbas sin embargo no fue posible dejarlos permanente como parte del setting.

³⁰ Ver Anexo I

De tal modo, el setting de instrumentos musicales se configuro de la siguiente manera:

- | | | |
|---------------|------------------|-------------------|
| ✓ 1 Panderero | ✓ 3 Sonajeros | ✓ 2 kalimbas |
| ✓ 1 Armónica | ✓ 1 Palo de agua | ✓ Ula ula musical |
| ✓ 1 Melódica | ✓ 1 Triángulo | |
| ✓ 2 Huevitos | ✓ 1 Metalófono | |
| ✓ 2 Maracas | ✓ 1 Flauta dulce | |
| ✓ 1 Chekeré | ✓ 1 Guitarra | |

c) Implementos de registro:

De cada sesión se guardó un registro por medio de uno o más de uno de los siguientes implementos:

- ✓ Grabadora de audio
- ✓ Videograbador
- ✓ Protocolos de registro de sesión.

5.5. La sesión de musicoterapia:

5.5.1 Previo a la sesión

La preparación previa al comienzo de cualquier sesión implica una coordinación entre los musicoterapeutas para dejar el espacio de terapia

preparado (disponer instrumentos, objetos, grabadora, etc.), ir a la busca de cada paciente y recibirlos en la sala.

Aunque ocasionalmente los pacientes son trasladados por las cuidadoras desde los pabellones para ir a la sesión de musicoterapia, son generalmente los musicoterapeutas quienes van a buscar a los pacientes.

La interacción usualmente comienza desde que el musicoterapeuta ve al paciente, lo saluda por su nombre y lo toma en su silla de ruedas. Camino al espacio de sesión se interactúa verbalmente con el paciente o, en el caso de quien escribe esta monografía, cantando o improvisando melodías a fin de tener un primer "contacto musical", antes que buscar una interacción puramente verbal, con quien, según se pensaba, carece de lenguaje verbal.

Los miembros del grupo son recibidos en la sala con música de kalimbas e instrumentos de viento, la cual ya es audible desde el pasillo cuando los pacientes se dirigen a la sesión. Posteriormente los musicoterapeutas disponen a cada miembro del grupo en un espacio que propicie un mejor desenvolvimiento en las actividades a realizar posteriormente.

5.5.2 Una estructura de sesión

La sesión de musicoterapia tendría una duración aproximada de entre 35 y 50 minutos. En cada una de estas se llevan los esfuerzos a proceder

según un esquema o estructura de sesión previamente establecida, al cual se le llamará: estructura de sesión.

Proceder en la sesión según una estructura de sesión, proporciona cierta estabilidad en el proceder de los musicoterapeutas, permitiéndoles presentar las experiencias musicales, de un modo que se piensa beneficioso para los miembros del grupo y facilitando la visualización de los elementos surgidos en la sesión.

Para este caso particular se configuró de la siguiente manera:

- I. Inicio: Instancia de inicio de sesión donde terapeuta y co-terapeuta saludan a cada participante del grupo por medio de una canción. La canción integra los nombres de la persona a la que se saluda y se estimula la participación de todos para saludarse.

Esta actividad se mantendrá estable al inicio de la sesión durante todo el proceso musicoterapéutico.

- II. Desarrollo: Espacio de la sesión destinada a realizar actividades planificadas específicamente para cada sesión, según los objetivos establecidos.
- III. Cierre: Se hace una despedida de cada miembro del grupo por medio de una canción. Esta actividad permanece estable para realizar en cada sesión.

Cuadro 3: Resumen sesión de musicoterapia

Inicio	Canción de saludo y bienvenida. Actividad Estable
Desarrollo	Actividad variable
Cierre	Actividad estable. Canción de despedida

Se tomó la determinación de seguir esta estructura de sesión, donde las etapas de inicio y cierre contienen actividades determinadas a mantenerse a lo largo de la sesión, y una parte central para actividades variables. Se piensa que de tal modo es posible llevar estabilidad a los elementos que comprenden la sesión.

En cuanto a los beneficios que se pretendían observar de dicha estabilidad cabe señalar mejoras tanto para los pacientes como para los terapeutas.

Pacientes:

- ✓ Anticipación, disminución de la ansiedad y mejor comprensión de la experiencia: La repetición constante de una actividad fija, para principio y fin de sesión, beneficia la comprensión del paciente de lo que se le presenta, por consiguiente disminuye la ansiedad que pudiera provocar

una nueva sesión, favoreciendo su disposición a participar de las experiencias musicales propuestas durante el proceso.

Terapeutas:

- ✓ Comparación de datos entre las sesiones: La similitud de las condiciones y forma de sesión en el encuadre de sesión permite a los musicoterapeutas visualizar con mayor claridad los elementos surgidos en terapia.

5.6 Etapas del proceso grupal musicoterapéutico:

Una intervención progresiva, con etapas bien definidas y conectadas entre sí, determina un proceder terapéutico más ordenado y eficiente, permitiendo tiempos suficientes para conocer las necesidades de los pacientes, basado en objetivos poner en marcha un tratamiento y finalmente dar un cierre adecuado al proceso musicoterapéutico. Dado lo anterior el proceso grupal se constituyó en un ensamble de 3 etapas:

Cuadro 4: Etapas del proceso y cantidad de sesiones

1era etapa: Valoración diagnóstica	4 sesiones
2da etapa: Desarrollo	10 sesiones
3ra etapa: Cierre	2 sesiones

I. Etapa de valoración diagnóstica:

En las primeras sesiones del proceso musicoterapéutico se generan también los primeros vínculos al interior del grupo, por lo que es de gran importancia brindar un encuadre que permita a cada miembro acomodarse en todo sentido a esta nueva experiencia musicoterapéutica grupal.

Durante esta etapa inicial del proceso los musicoterapeutas organizan y conciben los medios para profundizar en el conocimiento acerca de los pacientes (sus problemas de vida, potencialidades o recursos) desde las experiencias en sesión, observar, escuchar y "tomar nota" de aquellas problemáticas susceptibles de abordar para un proceso musicoterapéutico. Tal es la importancia de esta primera etapa que de esta se desprende la información para la formulación del objetivo general y, en consecuencia de tratamiento.

Estas primeras sesiones se encuadran bajo el término: valoración diagnóstica inicial o VIM que desde la perspectiva del APM se describe como una instancia de instalación del encuadre, donde comenzar una alianza de trabajo con el paciente y brindarle distintas experiencias musicales para desde ahí conocer su universo musical, expresivo y receptivo.

Las exigencias propias de esta etapa de trabajo condujeron a los terapeutas a la formulación de criterios para el plan y guía del grupo musicoterapéutico para estas primeras 4 sesiones:

- ✓ Plan de actividades variadas de musicoterapia activa, receptiva, corporal, referenciales y no referenciales entre otras. Para observar las reacciones de los pacientes y del grupo ante distintos tipos de experiencias musicales.
- ✓ Elaboración de protocolos de sesión, herramienta facilitadora y ordenadora de los acontecimientos más destacables experimentados en cada sesión.
- ✓ Análisis del material registrado en cada sesión.

II. Desarrollo:

Se considera la etapa más larga del proceso (10 sesiones) en ésta se vuelcan las energías en el cumplimiento de objetivos generales y específicos bien definidos por medio de un tratamiento a base de experiencias musicales terapéuticas en la etapa anterior.

III. Cierre:

Etapa última del proceso musicoterapéutico, comprende las 2 últimas sesiones como grupo musicoterapéutico.

La destinación de tiempo para un cierre busca en primera instancia preparar a los pacientes para el próximo cese del proceso musicoterapéutico.

Éste también es la etapa en que los musicoterapeutas analizan los elementos surgidos a lo largo del proceso grupal y se da conclusión a los objetivos propuestos.

5.7 Descripción de la sesión

A continuación se describirá un cuadro-resumen de los contenidos y objetivos abordados en cada sesión, con la intención de ofrecer un vistazo amplificado a la estructura del proceso musicoterapéutico realizado, para luego pasar a relatar, bajo análisis, algunas de las sesiones más representativas y/o significativas del proceso grupal musicoterapéutico.

5.7.1 Resumen de sesiones

En el cuadro presentado a continuación describe el número de sesión, los contenidos y objetivos abordados durante el proceso musicoterapéutico. A través de la segmentación de colores se hace posible, también, distinguir las etapas de Valoración Diagnóstica, Desarrollo y Cierre en el mismo orden presentado.

Sesión	Contenido	Objetivo
1	Nos saludamos cantando. Presentación del setting y exploración instrumental asistida	Observar a los pacientes en cuanto a sus recursos, conexión con el entorno y respuestas a estímulos musicales.
2	Canción de los instrumentos y manipulación del setting de instrumentos.	Observar a los pacientes en cuanto a sus recursos, conexión con el entorno y respuestas a estímulos musicales.
3	Musicoterapia receptiva: Tchaikovski y estimulación corporal. Canción de los instrumentos y manipulación de los mismos.	Observar respuesta de los pacientes a la música editada y estimulación corporal.
4	Musicoterapia receptiva: Tchaikovski y estimulación corporal. Canción de los instrumentos y manipulación de los mismos.	Observar respuesta de los pacientes a la música editada y estimulación corporal.
5	La Chinita margarita: trabajo corporal con música en vivo. Exploración instrumental acompañado de música en vivo.	Favorecer la propiocepción. Incentivar manipulación de instrumentos a través de música en vivo y editada.
6	Conociendo el "ula ula musical" su forma, tacto y sonidos.	Incentivar acercamiento, contacto y/o manipulación del nuevo instrumento. Presentar al grupo el "ula ula musical", instrumento adaptado para tocar en conjunto
7	Interactuando con el Ulaula musical I	Favorecer interacción grupal a través de estimulación sensorial con instrumento musical adaptado para ellos. Promover vínculo con el instrumento adaptado.
8	Interactuando con el Ulula musical II	Favorecer interacción grupal a través de estimulación sensorial con instrumento musical adaptado para ellos.
9	Se escuchan y canciones de música popular del gusto de María escuchadas en CD y en vivo.	Establecer mayor contacto y generar interés con María. Generar interés y participación a través de la escucha de música editada.

10	Se escuchan y tocan canciones de música popular del gusto de María, variando las canciones.	Favorecer mayor contacto y atención a través de música editada y en vivo. Generar interés y participación a través de la escucha de música editada.
11	Dinámicas de interacción, estimulación y movimiento por medio de música editada. Inclusión de baño sonoro.	Generar interés y participación a través de la escucha de música editada y en vivo. Disminuir niveles de ansiedad, en María, especialmente para el final de la sesión.
12	"Saludándose con los instrumentos" Se escuchan y tocan canciones de música popular variada y estimula movimiento.	Generar interés y participación a través de la escucha de música editada y en vivo. Disminuir niveles de ansiedad, en María Generar vínculo con nuevos instrumentos.
13	"Vinculándose con los instrumentos I". Dinámicas con manipulación de instrumentos	Generar interés y participación a través de la manipulación de instrumento con terapeutas, manteniendo la conciencia de grupo.
14	"Vinculándose con los instrumentos II" Dinámicas con manipulación de instrumentos	Generar interés y participación a través de la manipulación de instrumento con terapeutas, manteniendo la conciencia de grupo.
15	Actividades de anticipación del cierre	Anticipar cierre con una inducción clara a las distintas actividades presentadas en sesión durante el proceso, las cuales fueron más significativas. Identificar lo más significativo para los pacientes de lo presentado en la sesión para usarlo en la sesión final.
16	Cierre: Re-experienciación de actividades más significativas del proceso. Canción de despedida para los pacientes.	Cerrar el proceso grupal musicoterapéutico con actividades musicales significativas del proceso. Presentar canción dedicada a los pacientes.

5.7.2 Modalidad de análisis de sesiones:

La modalidad de descripción de sesiones se realizará presentando los protocolos correspondientes a las sesiones entendidas como más significativas del proceso. Por sesiones más significativas se entenderá a aquellas que contengan situaciones o fenómenos que revelen un panorama a distintos niveles de análisis y que impliquen cierto nivel de trascendencia para el proceso en su conjunto.

Las sesiones se describirán desde el protocolo original de éstas (Descritos en los anexos V, VI y VII) de manera que resulta una fuente más próxima a la realización temporal del proceso. Las mismas serán posteriormente comentadas y analizadas en el apartados de Análisis de sesión, correspondientes a cada etapa del proceso musicoterapéutico.

El análisis se realizará en base los siguientes aspectos de la sesión:

- ✓ Objetivos
- ✓ Vinculo
- ✓ Relación con marco teórico
- ✓ Los pacientes
- ✓ El grupo

I. Etapa de valoración diagnóstica

En la presente etapa, como musicoterapeutas a cargo del grupo, se enfrenta una situación en la que confluyen múltiples circunstancias. Entre éstas hay algunas inevitables y propias del comienzo del proceso que los musicoterapeutas deben saber sortear tales como: Formar vínculo con los pacientes, conocernos, qué interacciones ocurren, cómo nos mostramos como terapeutas hacia los pacientes y cómo se muestran los pacientes hacia nosotros.

Mientras los musicoterapeutas experimentan estas primeras sesiones desde su subjetividad, paralelamente realizan acciones para llevar al grupo musicoterapéutico en una vía que apunte a su salud y bienestar, y a la vez responder a la pregunta: ¿Qué se hace de aquí en adelante?

Para responder la pregunta se diseñaron actividades que pudiesen entregar la información necesaria para:

- ✓ Considerar si, el paciente, es capaz de movilizarse afectivamente.
- ✓ Conocer sus modos expresivo – receptivos (ME-R) para empezar a adentrarse al universo musical del paciente.

- ✓ Observar sus posibilidades de acercamiento a los instrumentos.
Observar el uso y trato que le da a los mismos.
- ✓ Valorar si es capaz de escuchar y escucharse.
- ✓ Conocer debilidades y fortalezas, sus límites y posibilidades.³¹

Dichas cuestiones fueron tomadas de la Valoración diagnóstica inicial que el Abordaje plurimodal propone (VIM). Los musicoterapeutas a cargo los desarrollaron como objetivos específicos para éstos poder definir las actividades de esta etapa.

La utilización de este modelo como guía de construcción, para el formato de esta primera etapa, fue escogido en gran medida por su capacidad de abarcar con múltiples herramientas las diversas situaciones musicoterapéuticas que se pudiesen suceder, a demás de recomendaciones de cómo proceder dieron una vía de mayor claridad respecto al cuestionamiento señalado en los párrafos anteriores.

Para obtener información más diversa de los pacientes ante las vivencias musicales presentadas, se realizaron actividades en base a improvisaciones musicales y uso selectivo de música editada. Éstas últimas fueron puestas en juego desde experiencias de musicoterapia activa, receptiva y corporal.

³¹ Ver página 30

Paralelamente a la realización de actividades se pretende cultivar el vínculo entre pacientes y musicoterapeutas como objetivo transversal, favoreciendo una relación de afecto y cooperación, compartiendo desde lo que a veces en la musicoterapia se describe como lo "no verbal".

Principales actividades de etapa de valoración diagnóstica:

- ✓ Saludos y despedidas musicales
- ✓ Exploración asistida de instrumentos musicales
- ✓ Escucha de música editada con estimulación corporal

Sesiones representativas de la etapa:³²

Sesión 1

Objetivos de sesión:

- Observar las respuestas de los pacientes a diversos estímulos musicales.
- Observar capacidad de conexión que presentan los pacientes con su entorno.

³² Ver anexo V

Sesión 4

Objetivos de sesión:

- Observar las respuestas de los pacientes a determinados estímulos musicales a través de MT receptiva con estimulación corporal
- Observar capacidad de conexión que presentan los pacientes con su entorno a través de los diferentes estímulos presentados en la sesión de MT. (objetivo transversal).
- Observar conexión e interacción de los pacientes en actividades de MT activa, luego de tener MT receptiva.

Análisis de sesiones:

Como se describe en los primeros párrafos de esta etapa, la valoración diagnóstica inicial propuesta por el APM plantea una serie de inquietudes a resolver, las cuales fueron planteadas como una suerte de objetivos para esta etapa de valoración y que están contempladas en la observaciones a continuación.

Desde el comienzo de la sesión las primeras reacciones de los pacientes tienden a expresar distintos tipos de emoción. Risas, sonrisas, miradas expectantes, movimientos corporales y sonidos vocales son las manifestaciones emocionales más explícitas entre los miembros del grupo.

En esto se observa lo que Gauna denomina como: Personalidad expresiva dado que expresan las características personales y particulares, que cada sujeto posee, y consciente o inconscientemente utiliza como modo de expresión o comunicación, denotando sus estructuras psíquicas.³³

En relación a las cuestionamientos que plantea el APM, pareciera que la observación de las características de una personalidad expresiva implican una exposición de los ME- R que el modelo sugiere reconocer. Así mismo dicha expresividad parece responder afirmativamente a si los pacientes son capaces de movilizarse afectiva y emocionalmente.

La exploración de instrumentos con el grupo implicó, por sí misma, una instancia de contacto y relación entre musicoterapeutas y pacientes de modo que al asistirlos en la manipulación de instrumentos, el acercamiento a ellos debía realizarse casi siempre con el/la musicoterapeuta como intermediario. Dado el daño psicomotriz y sensitivo que la PC había ocasionado en los pacientes resultaba indispensable presentar el instrumento musical con sus múltiples características forma, colores, sonido y tacto. Una vez se obtiene cercanía con el instrumento, el paciente obtiene un aprendizaje, haciendo el instrumento reconocible y por tanto obtiene más confianza para manipularlo y sonorizarlo.

³³ GAUNA, G. 2009. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun.

De tal manera, la vinculación que los pacientes van teniendo con los instrumentos es gradual y los musicoterapeutas respetan los tiempos y modos de relación que los pacientes comienzan a desarrollar con el setting instrumental. Así también, puede observarse que Valentín inmediatamente tiende a agarrar los objetos, sacudirlos y llevárselos a la boca; a Loreto motivándose solo con los cascabeles y por otra parte Camila y María prefieren participar principalmente atendiendo a la experiencia de un modo más receptivo.

Durante las primeras sesiones no se observa una musicalidad del grupo. Los pacientes se relacionan individualmente con los instrumentos, sea por sus limitantes iniciales en su capacidad de manipular y percibir los instrumentos o por la ausencia del reconocimiento de sí mismos y los otros como parte del mismo grupo. Desde el protocolo de la 4ta sesión puede observarse como las dinámicas de interacción entre terapeutas y pacientes van tomando nueva forma. Los pacientes ya reconocen a los musicoterapeutas e incluso el espacio musicoterapéutico. Piden lo que quieren y manifiestan abiertamente alegría o rechazo desde sus ME-R y personalidad expresiva.

Se percibe una atención más grupal que individual, sobre todo en las actividades que son más predecibles para los pacientes, como las

actividades de inicio y cierre, en las que nos saludamos y despedimos musicalmente.

En relación al vínculo desarrollado entre terapeuta y paciente en este punto del proceso, es remarcable la experiencia vivida con Camila en la 4ta sesión. A través de una gestualidad fuera de lo común, Camila, empezó a hacerse notar en un momento que los musicoterapeutas tenían su mayor atención puesta en otros pacientes. Desde cortos empujones, en lo que la movilidad y fuerza le permitían, empezó a balancearse hacia adelante en su silla de ruedas. En primera instancia, por la dirección en que apuntaba, se pensó que quería salir de la sala, sin embargo tras la ayuda del musicoterapeuta para moverla hacia donde manifestaba interés, comenzó a estirarse hacia la musicoterapeuta buscando su compañía y atención. La musicoterapeuta pregunta en palabras a Camila si quiere que la abrace a lo que Camila responde con una sonrisa, para luego abrazarse mutuamente.

Se hace un reconocimiento de que no es posible explicar "el porqué" de esta manifestación emotiva, dado que la única explicación verdadera encierra en el mundo interior de Camila. Sin embargo el mundo interno también está compuesto de emotividad y para los musicoterapeutas a nivel emocional se interpreta como un profundo acto de una emotividad cariñosa y deseosa de sentirse querida.

Por otro lado y desde un punto de vista más analítico de la situación, podría decirse que desde la percepción del paciente pudo haber un reconocimiento racional o emotivo, de su propia necesidad de afecto, a lo cual encontró en la musicoterapeuta el reconocimiento de alguien con quien desarrolló un vínculo suficiente para expresar su emotividad, lo que a su vez es una manifestación de su personalidad expresiva, que desde la visión Gauniana, valga la redundancia, se estaba expresando.

II. Etapa de Desarrollo

La etapa de desarrollo abarca el periodo temporal más largo del proceso musicoterapéutico, comprendido en 10 sesiones.

La misión de los musicoterapeutas en esta etapa radica en poner en marcha mecanismos de experiencias musicales que apunten entregar un mejor bienestar con planteamientos provenientes de una reflexión de lo vivenciado, desde el rol de musicoterapeutas, en la etapa de valoración diagnóstica.

En relación a las actividades concebidas para la etapa anterior, se piensa que brindaron información suficiente acerca de las particularidades

de cada paciente, así como del grupo. Para los musicoterapeutas, lo aprendido en estas sesiones será también de gran ayuda para pensar y proponer el desarrollo y continuidad del proceso musicoterapéutico.

5.8 Planteamiento de objetivos:

Siendo rigurosos con el encuadre propuesto, después de la 4ta sesión se llevó a cabo una reunión entre los musicoterapeutas (y el consejo de la profesora supervisora) para elaborar las líneas generales para la siguiente etapa del proceso. En esta reunión se propuso asirnos a las ideas del musicoterapeuta Gustavo Gauna. Decisión que no se había previsto, pero que luego lo que se llevaba del proceso sus ideas de núcleos sanos y personalidad expresiva comenzaban cobrar sentido en relación a las características expresivas de los pacientes y lo experimentado por los musicoterapeutas a cargo.

Por otro lado, la misión terapéutica era preponderantemente grupal, por lo que el planteamiento de objetivos debía hacerse para que atendiera las necesidades individuales desde un espacio de interacción musical grupal.

Se pensó que la mejor manera de aprovechar la instancia grupal era generar actividades interactivas que promoviesen el contacto con otro(s).

Dado que la posibilidad de sociabilizar con otro promueve la formación de puentes expresivos a distintos niveles (sonoros, gestuales, movimiento, desplazamiento, etc.) e impulsa a quienes interactúan a participar.

Tras la posterior reflexión de dichas consideraciones se plantearon los objetivos generales y sus objetivos específicos como aparecen a continuación:

1. "Enriquecer la conexión con el entorno para así favorecer las relaciones interpersonales, dentro de un espacio de contención que beneficie el desarrollo de su mundo afectivo".

Específicos:

- Favorecer el trabajo de grupo y sus relaciones interpersonales
- Favorecer el contacto entre miembros del grupo
- Favorecer la comprensión del entorno y el contexto

2. "Enriquecer la personalidad expresiva por medio de actividades musicales"

Específicos:

- Enriquecer personalidad expresiva favoreciendo el vínculo, estimulación, la exploración y manipulación del setting de instrumentos.
- Enriquecer personalidad expresiva generando medios de contacto, conexión y/o comunicación entre terapeuta y paciente.

La redacción de objetivos específicos serviría tanto para configurar la parte práctica del tratamiento, como para establecer las perspectivas de evaluación del mismo. Lo anterior, dado que un objetivo específico implica intrínsecamente un campo de observación más acotado de los fenómenos asociados a la puesta en marcha del tratamiento. De manera que es posible a partir de estos, configurar criterios de evaluación de objetivos pertinentes.

Por tanto los criterios de evaluación, estarán dados por la observación de los siguientes fenómenos o elementos a observar en las sesiones de musicoterapia:

- ✓ Diferencias en cuanto a modos de **interacciones grupales o interpersonales observadas** a un comienzo del proceso, al desarrollo y cierre.

- ✓ Presencia o ausencia de **comprensión del entorno y contexto**, considerando desde la respuesta de los pacientes a dinámicas o elementos conocidos, contrastado ante la respuesta a dinámicas o elementos desconocidos.
- ✓ Elementos o conductas que indique variaciones en los recursos expresivos de los pacientes y permitan valorar el despliegue de la **personalidad expresiva** durante el proceso.

Por último cabe señalar que, en general, de los objetivos de sesión planteados para esta etapa, será posible observar un trabajo en relación a la presente formulación de objetivos, sin embargo como se observará en la sesión 9, hay también objetivos que nacerán desde los miembros del grupo musicoterapéutico.

Actividades más representativas de la etapa de Desarrollo:

- ✓ Trabajo grupal e interacciones a través del Ula ula musical
- ✓ Trabajo con música editada y en vivo para estimular participación
- ✓ Baño de sonido
- ✓ Saludos y despedidas musicales con instrumentos

Sesiones más representativas de la etapa:³⁴

Sesión 6

Objetivos de sesión:

- Presentar al grupo el "ula ula musical", instrumento adaptado para tocar en conjunto.
- Incentivar acercamiento, contacto y/o manipulación del nuevo instrumento.

Sesión 7

Objetivos de sesión:

- Continuar y profundizar el acercamiento y contacto con el Ulaula musical.

Sesión 9

Objetivos de sesión:

- Establecer mayor contacto y generar interés con Maria
- Generar interés y participación a través de la escucha de música editada.

Sesión 12

Objetivos de sesión:

- Generar interés y participación a través de la escucha de música editada y en vivo.

³⁴ Ver anexo VI

- Intentar disminuir los niveles de ansiedad, especialmente de María para el final de la sesión, a través de musicoterapia receptiva (baño sonoro).
- Favorecer el vínculo de los paciente con los instrumentos del setting

Sesión 14

Objetivos de sesión:

- incentivar el saludo con instrumento determinado para cada uno, estableciendo así una rutina que permita descubrir sus preferencias de instrumento, Favoreciendo el desarrollo de un vínculo entre el paciente y su instrumento.
- Incentivar el movimiento en el espacio con música editada de fondo

Análisis de las sesiones:

Uno de los tópicos más importante a abordar, ya iniciada esta nueva etapa, era el favorecimiento de interacciones al interior del grupo. Dada las dificultades de movimiento corporal y desplazamiento, además de la ausencia de un lenguaje común explícito entre miembros del grupo se propuso la creación de un instrumento modificado que incentivará el trabajo grupal. Dicho instrumento correspondía a un Ula ula, del cual se le colgaron hojas secas de Jacaranda (de material similar al de una cascara de nuez) y

sonajeros. El instrumento fue bautizado como "Ula ula musical" y se presentó a los pacientes por medio de una canción.³⁵

Desde la sesión 6 a 8 se continuó el trabajo a través de la canción del Ulaula y la utilización del instrumento, con las siguientes variaciones:

- Estimular al paciente a la percepción visual, táctil y sonora del instrumento, asistido y estimulado por el terapeuta.

- Ubicar el Ulaula rodeando al paciente y luego llevándolo al alcance de sus manos y vista, acentuando posibles diferencias perceptivas en el reconocimiento del instrumento.

- Instar a tomar el Ulaula en parejas (terapeuta -paciente o paciente-paciente), tirando de un lado hacia y haciéndolo sonar para que la pareja sintiesen la conexión con el otro a través de este objeto como intermediario.

- Tomar el Ulaula en parejas desde distintas posiciones mientras se sostiene el Ulaula, los musicoterapeutas mueven a la pareja de pacientes al ritmo de música editada preparada para la sesión.

³⁵ Ver Anexo III

- Instar a que todos los pacientes pudiesen tomar o manipular el instrumento al mismo tiempo.

Esta última variante de usar el Ulaula fue la más difícil de abordar entre los pacientes dado las problemáticas de acomodación considerando las dimensiones de la sala y la asimetría en la fuerza de agarre de los pacientes.

Durante algunas sesiones de esta etapa de desarrollo comenzaron a notarse cambios en el humor y afectividad en general de María, los que quedaron reflejados en los protocolos de las sesiones 6 y 7.³⁶

En la sexta sesión, María, que tiene capacidad de facultad de desplazamiento con su silla de ruedas, empezó a moverse hacia la puerta de la sala, lentamente, sin intentar expresar sus intenciones. Los terapeutas ante tal situación decidieron abordarla preguntándole: ¿Qué pasa, María? ¿Quieres salir? Evitando la interrupción de la actividad que se llevaba a cabo con el resto de los pacientes. María decide seguir hasta la salida y el musicoterapeuta la acompaña asistiendo como co-terapeuta.

³⁶ Ver anexo VI

Dada la complejidad que suscitaba este hecho el co-terapeuta intento convencerla con palabras afectuosas y cantando, mostrándole la posibilidad de entrar si ella quería, puesto que no se pretendía llevarla "a la fuerza" con la silla de ruedas. Finalmente María se convenció por sí misma de volver a la sala de musicoterapia.

Este hecho es muy importante puesto que el fenómeno puede interpretarse como un gesto de confianza y desarrollo del vínculo del paciente hacia el terapeuta y el espacio musicoterapéutico. Así mismo se considera que la actitud de los musicoterapeutas de no forzar en ningún momento la permanencia de María en la sesión fue también un acto de confianza que posibilitó su intención de reintegrarse voluntariamente al espacio musicoterapéutico.

En la sesión 7 por otro lado se comienza a acentuar en María un cambio en el humor. Tal como describe el protocolo, María muestra poco interés en participar de la actividad sin causa aparente, parece distraída y se irrita fácilmente. Como se observa al final de la sesión 7, María se descarga tirando con fuerza de las ropas de un compañero de grupo y llora, al final de la sesión. Luego de observar una permanencia de esta alteración en el ánimo y afectividad en María en la 8va sesión, se decide tomar una nueva

dirección en el proceso terapéutico situando la problemática de María como objetivo a resolver a través de las sesiones de musicoterapia.

Desde la sesión 9 se presentó el cambio en actividades y objetivos de sesión. Utilizando la información obtenida de la entrevista a las cuidadoras (ver anexo II), se propusieron actividades que incluyeran de preferencias musicales de María, a través de las que se pretendía favorecer su interés en participar de la sesión como un intento de construir vías que permitiesen a María expresarse y volcar su emotividad en la sesión de un modo más saludable.

Las actividades consistían en la escucha de música editada y en vivo. Esto paralelamente al objetivo con María, permitía estimular en el grupo el movimiento y la manipulación de instrumentos musicales al ritmo de las canciones.

La reacción de María a la actividad fue la esperada, se mostró mucho más conectada en la sesión con una actitud participativa y perceptiva a la experiencia, expresando emoción y expectación por lo que acontecía. Así también Loreto y Camila mostraron entusiasmo por la actividad. Valentín, por otro lado se muestra más activo cuando los terapeutas se acercan y lo estimulan en sus manos, que estira como antenitas desde su cuerpo en

reposo en la silla. La pura presencia de la música no parecía estimularlo demasiado.

En el cierre de la actividad los terapeutas avisan que es la hora de despedirnos. María, se muestra descontenta porque dejamos de escuchar la música y canciones que le gustan. Rompe en llanto, a lo que los musicoterapeutas adoptan una actitud de contención y a través de la música tocada en la canción de despedida intentan sincronizarse con el estado anímico de María, proponiendo distintas variantes de ritmo e intensidad, mientras el resto de los pacientes participan de fenómeno receptivamente.

Tras la sesión 9 los musicoterapeutas comprendieron que la actividad estaba cumpliendo los objetivos inicialmente, pero era necesario hacer que la actividad receptiva tuviese gradualidades. En consecuencia se desarrolló la idea integrando una escucha más relajada con música en vivo, en forma de baños sonoros que producían los instrumentos tocados por los musicoterapeutas. Con esta variación las dinámicas se llevaron a cabo entre la 10ma y 12va sesión, con éxito en la respuesta de los pacientes y de María.

En relación a la permanencia de esta afectividad desbordada en María, durante aproximadamente cuatro sesiones, se fue difuminando hasta el final de la 12va sesión. Posteriormente, María, volvió a mostrar una personalidad más alegre y participativa en las sesiones.

Cabe señalar que no se piensa como atribución exclusiva del proceso musicoterapéutico, el vuelco positivo en el humor de María, dado que sería una afirmación demasiado pretenciosa. Por el contrario se piensa que así como la aparición de este cambio de humor en María podría deberse a múltiples factores conocidos solo desde su subjetividad, las verdaderas circunstancias que incidieron en el cambio o cierre de este proceso personal, son algo de lo que sólo ella puede dar cuenta. Lo anterior, sin restar los esfuerzos que desde la sesión de musicoterapia se hicieron para brindarle un espacio de bienestar y acogida.

La sesión 12 además muestra una situación muy interesante. Mientras se saluda a Camila y se le presenta un instrumento en el inicio de la sesión, comienza a señalar hacia la puerta, a lo que el musicoterapeuta la saca. Se le pregunta a Camila si quiere ir a alguna parte. Se le pregunta si quiere volver, ella asiente. Cuando van entrando de nuevo a la sala hace una actuación de que Camila está llegando, dándole importancia al hecho, a lo

que Camila, responde feliz y animosa. Esta vez cuando se le vuelve a presentar la elección de un instrumento entusiasta recoge el de su gusto.

En lo que va del proceso, Camila va mostrando a demás de una progresiva participación de las sesiones propuestas un gran interés en ser tomada en cuenta por ambos musicoterapeutas, mostrando gran disfrute de que se la celebra y atienda.

Este tipo de situaciones propuestas por Camila dan cuenta de un cambio bastante importante en su relación con el entorno, en comparación a la descripción que se nos había hecho de ella durante las primeras visitas, en cuanto a que estaba muy desconectada de la realidad. Posteriormente los profesionales del hogar también harán hincapié en los cambios posteriores al proceso grupal sucedidos en Camila.

Desde la sesión 12 hasta la 14 se observa un nuevo objetivo de sesión en proceso, el cual consta de generar un mayor vínculo de los pacientes con los instrumentos musicales, de manera que logren escoger algún favorito con el cual puedan sentirse representados y agradados de tocar. Este objetivo propuesto se integró a la actividad de saludo y despedida de manera que los pacientes pudiesen ir reconociendo, sesión a sesión, el o los instrumentos que más les agradasen. En tanto se continuó con la

utilización de música editada, promoviendo y estimulando la percepción rítmica y el movimiento en el espacio en función de la música propuesta para la actividad. Los musicoterapeutas a su vez mostraban un movimiento corporal al ritmo de la música, facilitando la percepción y comprensión rítmica de los pacientes también desde lo visual.

III. Etapa de Cierre

La etapa de cierre comprende las dos últimas sesiones del proceso musicoterapéutico. A estas alturas se creyó necesario concentrar las energías en comunicar y hacer sentir a los pacientes que se avecina el fin del proceso grupal. Esto debía involucrar una planificación cuidadosa y reflexiva del proceso musicoterapéutico

Los musicoterapeutas concibieron un cierre simbólico a través de una resignificación de las dinámicas más representativas de la experiencia vivida como grupo. De tal modo se seleccionaron dinámicas que tras la experiencia, sentían, había marcado más profundamente a los pacientes.

Por otra parte los musicoterapeutas sintieron la necesidad de hacer un regalo a los pacientes por el vínculo de afecto y entrega. Una especie de retribución de la experiencia. De tal modo decidieron componer una canción

para cerrar la última sesión. Dicha canción mencionaba a cada miembro del grupo destacando sus cualidades más representativas y características. La canción fue titulada "Viaje musical".³⁷

Actividades más representativas de la etapa de cierre:

- ✓ Repaso de actividades musicales más representativas del proceso, tales como: Escucha de música editada y en vivo; estimulación y manipulación grupal a través del "Ulaula musical"; relajación a través de baño sonoro.
- ✓ Canción de despedida para los pacientes.

Protocolo representativo de la etapa:³⁸

Sesión 16

Objetivos de sesión:

- Favorecer la comprensión de los pacientes del contexto de cierre.
- Presentar dinámicas con diversos elementos presentados durante el proceso a través de MT receptiva y activa.
- Despedirse de los pacientes con una canción compuesta para ellos.

³⁷ Ver Anexo IV

³⁸ Ver Anexo VII

Análisis de la sesión:

Dado que la etapa de cierre comprender las dos últimas sesiones, antes de abordar el análisis de la sesión 16 se considera importante describir brevemente lo hecho en la penúltima sesión.

En la 15va sesión se llevaron a cabo experiencias musicales que permitieran reconectarse con dinámicas pasadas, de tal manera fue posible reconectar a los pacientes con actividades pasadas y comenzasen a comprender el proceso desde la rememoración de experiencias, como un conjunto de eventos que involucraron solo al grupo.

Posteriormente se anticipó verbalmente del pronto fin del proceso, tratando de hacerles comprender que dicha sesión sería la última. Esta anticipación verbal se realizó en las instancias de inicio y cierre de la sesión.

Para la sesión 16 se observa cómo algunos pacientes son capaces de reconocer ciertos instrumentos como preferidos o favoritos. Es el caso de Camila, quien demuestra tener claridad de lo propuesto por los terapeutas.

Loreto nuevamente está dormida, como ya se ha observado en distintas sesiones del proceso, a lo que cabe a estas alturas señalar que, Loreto, sufre de trastornos del sueño, según aparece en su ficha médica y relatan las cuidadoras. A causa de esto llega durmiendo o se queda dormida profundamente en las sesiones. Al hacerse notar esta problemática se consultó con la profesora supervisora de práctica, quien recomendó mantener a Loreto participando de la sesiones en la medida que le fuese posible mantenerse despierta y en caso de que estuviese dormida, mantenerla como parte del grupo dándole un lugar en el espacio musicoterapéutico. Dado lo anterior los musicoterapeutas mantuvieron los espacios para saludar y despedir a Loreto de la sesiones, aunque ella permaneciese profundamente dormida.

En la actividad de inicio, Camila interviene la dinámica del saludo cantado a María, votando repetidas veces su cascabel para llamar la atención de los musicoterapeutas. El musicoterapeuta recoge el cascabel un par de veces para ella mientras se prosigue con el saludo para el resto del grupo.

Al final de la ronda de saludos Camila, suelta un sonido y expresión de mal humor, terapeutas atienden a Camila y la desplazan por la sala haciendo un juego de actuación en conjunto como una excusa para dar un espacio a la expresión de Camila, lo que como ya se ha expresado anteriormente, constituye un aspecto de su personalidad expresiva, lo que justifica la dinámica en medida

que se favorece la construcción de canales expresivos, que permitan el enriquecimiento de ésta.

Una vez en la parte central de la sesión se lleva a cabo una anticipación verbal a los pacientes respecto del fin del proceso, sin mayor respuesta en el grupo por la noticia, lo que no llama la atención si se reconoce que a nivel de lenguaje verbal es muy difícil comunicar de manera adecuada a los pacientes, el concepto simbólico de cierre. En contraparte al lenguaje verbal, la música como lenguaje simbólico podría favorecer una interpretación adecuada a los pacientes del contexto que se estaba viviendo.

Una vez presentadas las distintas dinámicas grupales más significativas del proceso, al final de la última de éstas, María se sale del grupo moviéndose por la sala por su cuenta, sonriente y en actitud receptiva a la música y lo que hace el grupo.

Los pacientes son reunidos en grupo para un baño sonoro que reduzca la carga energética producto de la actividad previa, para esto se utilizaron los instrumentos más significativos para los pacientes y música de kalimbas de fondo. Al poco de comenzar María decide salirse nuevamente del grupo. Posteriormente los musicoterapeutas se dan cuenta que María busca la fuente sonora de los kalimbas, escuchando fascinada y aproximándose lentamente,

encuentra la radio, soltando una carcajada de alegría. Los musicoterapeutas la acompañan con un kalimba tocado por ellos y otros instrumentos del baño sonoro. De tal forma se actúa dando el tiempo para que María se conecte con la música `proveniente de la radio y se acompaña contenedoramente a la paciente.

Posteriormente los pacientes son dispuestos en la sala para facilitar su atención a la canción que se les tenía preparada. Los pacientes la reciben sonrientes a lo que escuchan y a como los musicoterapeutas se aproximan a cada uno. De esta manera se da el cierre a proceso grupal musicoterapéutico.

VI. EVALUACIÓN GENERAL DEL PROCESO

Una vez finalizado el proceso grupal se hace pertinente describir un análisis de los elementos transferenciales involucrados al interior del grupo, considerando la diadas terapeuta - paciente, y terapeuta - coterapeuta.

Por otro lado, también resulta importante establecer una reflexión en cuanto a las debilidades y fortalezas observadas en el transcurso del proceso musicoterapéutico, además de una posterior reflexión en cuanto a los factores externos que afectaron el desarrollo de la terapia.

Dado lo anterior a continuación se presentará un análisis de las temáticas planteadas.

6.1 Elementos transferenciales y contratransferenciales Musicoterapeuta - Usuario.

Al interior del grupo, según se fueron desarrollando las sesiones, se hicieron ver ciertas características vinculares entre terapeuta y usuario.

En relación a Camila, fue posible notar que a través de sus llamados de atención a los musicoterapeutas, una suerte de manipulación "infantil" para que los terapeutas la consideraran más que a los otros pacientes. Los terapeutas ante ésta situación, adoptaban cierto posicionamiento paternal hacia ella, dándole en el gusto a lo que en otro contexto podrían calificarse de encaprichamiento. De tal manera podría pensarse que para Camila el rol contenedor de los musicoterapeutas, se le presentaba como un símbolo paternal que acogía sus necesidades afectivas.

Por otro lado la personalidad de Valentín, representaba las actitudes de un niño entre 1 y 2 años para los musicoterapeutas, dado que Valentín se manifestaba con actitudes similares a las de un bebe, dado que realizaba vocalizaciones monotónicas, movía sus brazos para llamar la atención y se llevaba las cosas a la boca. Esta actitud en consecuencia proyectaba para los musicoterapeutas la ternura e indefensión que generalmente proyectan los niños de corta edad.

En relación a Loreto puede observarse algo muy similar a Valentín. Su compulsión a llevarse objetos a la boca y morderlos además de su condición de la más joven del grupo, la envolvían de un aire infantil.

María era probablemente quien representaba a los terapeutas una caracterización más adulta. Se desenvolvía con mayor independencia que el resto y mostraba más rigidez para aceptar las diferentes dinámicas propuestas. Sin embargo el vínculo formado con los musicoterapeutas se hacía fuerte dada la atención especial que requirió sobre todo en momentos más difíciles para ella.

En la misma línea se precisa que contratransferencialmente los musicoterapeutas adoptaban un rol paternal hacia los usuarios. Si bien los musicoterapeutas no pensaban que los pacientes eran como sus hijos, en las sesiones de musicoterapia se les acogía con características que podrían interpretarse como tal. Desde la utilización de un lenguaje infantilizado, cargado de ternura y paciencia, hasta la constante asistencia y contacto que propendían a los pacientes que más lo requerían.

De lo anterior se piensa tanto las formas de interacción infantilizada de los pacientes, sumado a su necesidad constante de asistencia y atención configuraron una ideación de grupo a la que pudo habersele añadido una connotación infantil, a pesar de la edad real de los pacientes iba desde los 19 a los 37 años.

Dentro del espacio de terapia los musicoterapeutas pudieron sentir un vínculo de mayor profundidad con algún usuario más que con otro. Fue el caso de la musicoterapeuta, quien generó un vínculo de mayor complicidad con Camila. En el caso del musicoterapeuta, quien escribe, propendía a atender a lo que hacía María, quizás más que al resto y aunque no podría concluirse que fue primero, puesto que María también mostraba mayor interés por el musicoterapeuta.

De lo anterior, los musicoterapeutas tomaron conciencia y casi tácitamente eran capaces de dividirse roles con Camila y María cuando era necesario auxiliar por alguna eventualidad a alguna de las dos pacientes.

6.2 Vinculo "Terapeuta - Coterapeuta"

Acercas del vinculo "terapeuta - coterapeuta" es adecuado precisar que la dupla conformada entre "D" (compañera de práctica) y quien escribe el presente texto, no estuvo exenta de problemáticas a resolver. En la preparación de las sesiones y la interpretación de los fenómenos ocurridos en sesión surgieron diferencias a lo largo del proceso. Esto significó conversaciones y discusiones al interior del equipo musicoterapéutico. Dado que los desencuentros se daban principalmente por cuestiones de apreciación de cómo era necesario llevar la

sesión, las diferencias se resolvían siempre poniendo el bienestar del grupo musicoterapéutico.

Cabe señalar que los roces en algún momento se generaron por las distintas personalidades de lo musicoterapeutas, dado que "D" se sentía en ocasiones pasada a llevar por la forma de proponer las dinámicas del musicoterapeuta. Sin embargo, en general, siempre se llegó a buen puerto abordando las diferencias y buscando puntos en común que permitiesen continuar con el proceso de mejor forma a través de las reuniones extraprogramáticas que se realizaban semanalmente para analizar el desarrollo de las sesiones.

Al interior de la sesión la compartición de roles de terapeuta y co-terapeuta, se llevó a cabo por turnos no necesariamente regulares entre las sesiones. Lo anterior, dado que la decisión de actuar bajo cualquiera de los roles, pasaba principalmente por el nivel de especificidad de los practicantes. Es decir, si una actividad requería que uno de los terapeutas tocara guitarra, generalmente el musicoterapeuta asumía dicho rol, por ser el manejo de la guitarra una especificidad propia de su campo de formación.

Por otra parte, cuando ocurrían eventualidades inesperadas en la sesión, se desarrolló una comunicación no verbal de gestos y miradas entre los

musicoterapeutas, lo que sumado al sentido común de los mismos permitía actuar asertivamente como terapeutas o co-terapeutas cuando la situación lo requería.

6.3 Autoevaluación de fortalezas y debilidades

En una mirada reflexiva de las fortalezas al interior del equipo musicoterapéutico, es pertinente señalar que los terapeutas contaban con alguna experiencia dirigiendo un taller de musicoterapia en un centro de rehabilitación³⁹, lo que les brindó cierto grado de preparación para enfrentar el presente proceso musicoterapéutico.

Por otra parte se aprecia el orden con que los musicoterapeutas planificaron las distintas etapas del proceso, facilitando así un mejor desenvolvimiento dentro de la sesión y mayor claridad en el planteamiento de objetivos y actividades.

Se considera una fortaleza el esfuerzo puesto en el uso de recursos propios para la creación de dinámicas, tales como el Ulaula musical, la canción de la última sesión, canciones de inicio y cierre musical entre otros. Lo que es

³⁹ Dicha experiencia se llevo a cabo en el "Centro de rehabilitación Tantauco" en un contexto de talleres musicoterapéuticos, los que se sostuvieron por cerca de 3 meses, con regularidad de una vez por semana.

visto como la respuesta creativa de los musicoterapeutas para la resolución de todo tipo de problemáticas.

Por otro lado también se hicieron notar ciertas debilidades en el equipo conformado por los musicoterapeutas. Lo anterior se expresa en una autocrítica al insuficiente conocimiento adquirido en base a las patologías médicas de cada paciente. Si bien, esto podría considerarse algo más o menos comprensible en vista de las complejas y diversas patologías que los pacientes exhibían en su ficha médica. Sin embargo, producto de esta desinformación, los musicoterapeutas erraron en considerar la profundidad de una alteración al aparato auditivo de V, condicionando su modo de relacionarse con el entorno, lo que convergió en una tardía respuesta de los musicoterapeutas. Por otra parte, cabe señalar que afortunadamente, se cayó en cuenta de esto durante el comienzo de la etapa de desarrollo, permitiendo corregir el olvido y poner especial atención en las formas de estimulación e interacción con V.

Se piensa también que a nivel de análisis de los fenómenos ocurridos al interior del proceso grupal, pudo haber sido más eficiente, lo que consecuentemente determinaría una mejor terapia. Se piensa que la causalidad de esto radica en que al momento del desarrollo del proceso, las ideas conectadas a las corrientes musicoterapéuticas del abordaje plurimodal y los

conceptos de Gauna, no habían decantado completamente en los musicoterapeutas.

Como idea final a este apartado, se piensa que los musicoterapeutas como equipo, pudieron haber propiciado más activamente un trabajo multidisciplinario con los otros profesionales de la institución, lo que hubiese sido beneficioso para los pacientes. A modo de ejemplo, se piensa hubiese sido provechoso para quienes conviven diariamente con los pacientes, habérseles entregado alguna serie de "tips" a los funcionarios de la institución, de manera que favoreciera una mejor convivencia de los usuarios al interior del hogar.

6.4 Incidencia de factores externos al proceso.

A continuación se considerarán una serie de factores que influyeron en el desarrollo esperado del proceso, estando la mayor parte de ellos vinculados con la institución.

Una importante causa de alteración en el desarrollo del proceso se refiere a los constantes cambios de sala al interior del recinto. En consecuencia, la posibilidad de permanencia del setting musicoterapéutico y la utilización cómoda del espacio de terapia se vio afectada.

Además en distintas oportunidades se produjeron interrupciones en la sesión por causa de que alguien entraba sin pedir permiso o las distracciones sonoras desde el exterior, repercutían al interior del espacio de sesión.

Complementando con lo anterior es importante también señalar que las problemáticas descritas son desde la perspectiva de practicantes, entendibles, considerando los recursos humanos y materiales con que cuenta la institución para llevar a cabo sus múltiples funciones adecuadamente. A lo que se destaca también la entrega que mostraban los profesionales y administrativos del hogar para proveer bienestar de los pacientes.

VII. CONCLUSIONES

Tal como fue posible apreciar en las páginas anteriores, el proceso musicoterapéutico se desarrolló en un contexto donde las problemáticas de realidad de los pacientes hacía necesario tomar decisiones que permitiesen un encuadre adecuado para el desarrollo de la intervención. En relación a lo mismo, se considera importante haber contado con un marco referencial como el APM para la instalación del proceso, así como se reconoce la importancia de contar con un marco teórico referencial desde el cual confiar un accionar para la realización del proceso.

La instalación de una mirada Gauniana en los aconteceres en la sesión, propendió a llevar el proceso con apertura hacia las posibilidades y recursos del paciente, confiando en sus núcleos sanos y una propuesta terapéutica acorde. De tal manera fue posible realizar lecturas e interpretaciones de los distintos fenómenos acontecidos en la sesión de musicoterapia, y guiar un proceso que favoreciera los recursos expresivos de los pacientes, permitiéndoles resignificar la realidad desde su propia subjetividad.

En relación a los objetivos planteados en la etapa de Desarrollo⁴⁰, estos permitieron desplegar desde el pensamiento teórico y la experiencia particular

⁴⁰ Ver página 74

del proceso, un tratamiento que fuese adecuado a las necesidades y particularidades de los pacientes y del grupo. La evaluación de los mismos se ha realizado en relación a la experiencia de los musicoterapeutas en sesión, el registro de indicadores y la interpretación de los mismos concatenados al marco teórico.

En una revisión al primer objetivo general, cabe señalar, se realizaron esfuerzos por ampliar las posibilidades de interacción de los pacientes en el espacio a lo largo del proceso, favoreciendo la generación de vínculos a través de dinámicas que promovieran el contacto con los instrumentos, los otros pacientes y los musicoterapeutas. En relación a esto, se observó una evolución en las posibilidades de los pacientes para relacionarse entre sí, comparativamente, desde las primeras sesiones donde las relaciones de contacto se daban más en forma "uno a uno", se logró posteriormente realizar dinámicas más complejas como tomar un mismo instrumento entre varios (Ulaula musical) o participar en dinámicas de movimiento y contacto en parejas. En la misma línea, se logró percibir desde la perspectiva de los musicoterapeutas, una sensación de grupo más "afiatado", que reaccionaba a ciertas dinámicas y momentos de manera más sincrónica, logrando percibir el ánimo y personalidad del grupo durante algunas sesiones. Es importante también señalar, que estos fenómenos no ocurrían siempre, aunque su presencia casual (o causal) da muestras de un desarrollo en el aspecto grupal.

Paralelamente, a lo largo del proceso, se brindó el tiempo y espacio de contención necesaria, para que los pacientes pudiesen, a su ritmo, abrirse a las experiencias musicoterapéuticas sin sentirse presionados a actuar de una manera determinada.

En relación al primer objetivo general se incluyó un objetivo específico de favorecer la comprensión del entorno y contexto. Esto se abordó llevando a cabo actividades estables de inicio y cierre, y propendiendo a mantener actividades por más de una sesión, para que estas se hiciesen familiares, predecibles y comprensibles para los pacientes. De tal manera el proceso se llevo a cabo prefiriendo hacer variaciones sobre una misma actividad, a presentar muchas actividades que no alcanzasen a ser significativas para los pacientes. Para los musicoterapeutas este método se confirmó como uno de los más adecuados al constatar como los pacientes no solo disfrutaban más de las actividades reconocibles, sino que también las esperaban, expresando emoción y expectación cuando los musicoterapeutas se preparaban a cantar la canción de inicio o despedida.

Desde un segundo objetivo general se propuso enriquecer la personalidad expresiva de los miembros del grupo. Teniendo en mente que ésta necesita de canales expresivos que el individuo tiende con otro(s) y su entorno para que esta personalidad pueda ser expresada, se realizaron experiencias

musicales uno a uno, principalmente con manipulación de instrumentos, a través de las cuales el paciente sintiera un reconocimiento tal del musicoterapeuta, que éste se abriera a la posibilidad de tender y utilizar sus recursos expresivos para vincularse con un otro. Asimismo, fue posible observar con el avance de las sesiones cómo los pacientes mostraron su expresividad bajo distintos contextos musicales y no musicales. Lo anterior se dio tanto en situaciones esperadas (actividades y dinámicas musicales) como inesperadas, donde se observa que los pacientes en ocasiones son capaces proponer o modificar la experiencia grupal desde su propia espontaneidad como quedó reflejado en los análisis de sesión.⁴¹

De la consecución de estos objetivos, en relación al grupo musicoterapéutico se esperaba que hubiera una repercusión en la forma de relacionarse de los pacientes al interior del hogar, sin embargo dadas las particularidades de cada paciente, se piensa que hubieron gradualidades en cuanto a la apreciación del efecto que tuvo la terapia con los pacientes.

En relación a lo anterior, durante y posterior al desarrollo del proceso musicoterapéutico se nos hizo saber que uno de los pacientes del grupo estaba experimentando cambios muy positivos en su personalidad. Era el caso de Camila, quien había sido recibida en el grupo musicoterapéutico con referencias

⁴¹ Ver páginas 90 - 91 y 97 - 98

de una personalidad desconectada y anímicamente baja. Ahora, se nos comunicó, Camila parecía estar mucho más contenta y resultaba más conectada con la vida al interior del hogar. Sabíamos que Camila, en el pasado, había tenido una operación médica, tras la cual su personalidad y animosidad se vieron afectadas fuertemente. La terapeuta ocupacional del hogar, en conversación después de una sesión, transmitió a los musicoterapeutas que solo podía atribuir al proceso musicoterapéutico el cambio que Camila experimentaba, dado que en el tiempo no aconteció otro acontecimiento duradero en la vida de Camila, que el proceso musicoterapéutico.

En lo que respecta a los otros miembros del grupo musicoterapéutico, las cuidadoras señalaban que Loreto y Valentín, generalmente llegaban más relajados y contentos de vuelta a los pabellones, luego de las sesiones de musicoterapia. Por lo que también es posible atribuir una connotación relajante o recreativa a al tipo de experiencia que tuvieron los pacientes en relación al proceso.

Además de los objetivos planteados desde la etapa de desarrollo, en el análisis de las sesiones pudo apreciarse como se hizo necesario establecer nuevos objetivos de sesión que considerarán los nuevos fenómenos vividos al interior de las sesiones

Por otra parte, en relación al grupo musicoterapéutico, fue posible observar como éste mostró una expansión en su atención conjunta a lo largo de las sesiones, posibilitando la introducción gradual de dinámicas de interacción grupal que favorecieran el reconocimiento de sí mismos, la música y los otros.

En el ámbito relacional al interior del grupo fue posible establecer los recursos y estilos de interacción propios de cada individuo. Por un lado, Camila tendía a hacerse notar desde pequeñas señales como botar los instrumentos reiteradamente para que se los recogieran y acortar proximidad con los musicoterapeutas, además de movimientos de brazos, balanceos, sonidos guturales con intención comunicativa. Valentín busca contacto ocular y estira sus manos en busca de contacto físico como uno de sus principales medios receptivos. María hace uso de su posibilidad de desplazamiento para acercarse a lo que le genera interés, pero por otro lado es más cuidadosa en mantener una proximidad con el otro y que el contacto corporal sea regulado y predecible. Loreto establece contacto perceptivamente, reaccionando a los distintos estímulos generados por el resto del grupo.

El reconocimiento de los estilos de interacción anteriormente mencionados pueden ser interpretados como los modos expresivo - receptivos (ME-R) referidos en el APM. Otra explicación es también posible desde una mirada gauniana, interpretando estas interacciones, al interior del espacio de

terapia, como el despliegue de la personalidad y las aperturas que tiende el paciente para que el musicoterapeuta pueda construir un puente vincular, descritas por Gauna como el material - mensaje.

En una mirada a las características musicales del grupo, se observó que en las actividades de musicoterapia activa si bien lograban manipular algunos instrumentos no intentaban producir un discurso musical propio o en sintonía al grupo. Su musicalidad adquiría mayor sentido cuando se estimulaba desde una interacción "terapeuta - paciente" mostrando también falta de iniciativa para mantenerse tocando sin un musicoterapeuta al frente.

Si bien esto último pudiese parecer un problema, a la luz del imaginario que el musicoterapeuta tiene de una improvisación musical grupal. Se asume posicionando en primer lugar las necesidades del grupo musicoterapéutico, por sobre la expectativa subjetiva de los musicoterapeutas. Por lo anterior se actuó proveyendo a los pacientes del interlocutor que necesitaban para explorar mejor los instrumentos desde su propia subjetividad, sin imposiciones de un "cómo debe hacerse", mas si la guía para que pudiesen expandir sus recursos.

A modo de comentario final, resulta importante señalar que la experiencia de práctica brindó, a quien escribe estas palabras, una serie de experiencias que a nivel personal y profesional dejan huella. La realidad de las condiciones

de vida de los pacientes, el apoyo de los funcionarios del hogar, colegas y profesores dejan experiencias poderosos aprendizajes. Sin embargo y por sobre todo se guarda un sentimiento especial por haber compartido con tan particular grupo de personas que formaron el grupo musicoterapéutico, con ellos que fue como haber abierto una ventana a nuevos mundos, y desde la música acceder a ellos cómo son, con sus alegrías, fijaciones, sonidos, rabietas y ternuras. Compartir también con ellos lo que permanece oculto a los ojos, al razonamiento, al juicio y los significados, aquella incertidumbre y misterio que los envuelve y fue preciso abrazar para llegar a encontrarlos.

VIII. BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE S. 2010. Parálisis Cerebral en el Instituto Salvadoreño para la Niñez y Adolescencia, Informe de investigación final. El Salvador, Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina. 71p

ANZIEU, D. y MARTIN, J. La Dinámica de los Grupos Pequeños. Madrid, Biblioteca Nueva, 1997. p26

ARNER, M. Manual Ability Classification System for Children with cerebral palsy. Boston, . DEV MED CHILD NEUROL. 2005.

BAX, M. Y GOLDSTEIN, M. Proposed definition and classification of cerebral palsy. DEV MED CHILD NEUROL. 2005; 31: 240 - 271.

FUNDACIÓN COANIL, Información general [en línea] <http://www.coanil.cl>
[consulta: mayo 2013]

GAUNA, G. 2009. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun. 65-77p.

JOLY E. Seminario interdisciplinario: “capacidades y diferencias””. Universidad nacional del plata, Bs. Aires, 2002.

MINISTERIO DE SALUD. Nueva Ley de Discapacidad. [en línea] http://salunet.minsal.gov.cl/portal/page?_pageid=1101,5508835&_dad=portal&_schema=PORTAL [consulta : junio 2013]

MORA M. La teoría de las relaciones sociales de Sergei Moscovici. Athenea Digital num. 2, 2002. [en línea] <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>

MORRIS, C. Definition and classification of cerebral palsy: a historical prspective. DEV MED CHILD NEUROL. 2005; 27: 571-576..

SCHAPIRA, D. “et. al”. Musicoterapia: Abordaje Plurimodal. 2007. Buenos Aires. ADIM Ediciones, 29 – 85p.

PICHON RIVIERE, E. 1975. El proceso grupal. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión. 161p.

IX. ANEXOS

❖ Anexo I: Espacios de terapia durante la intervención.

Descripción de las salas de terapia:

a) Casino: Las sesiones se llevaron a cabo en primera instancia en la sala "casino". Sala originalmente dispuesta para el uso de los profesionales del hogar en tiempos de colación. Ésta se encontraba libre entre horas de la mañana, tiempo en que podía ser usada para las terapias.

Características de la sala: Paredes color verde, 3 mt² de espacio para uso, piso de baldosa, un ventanal al patio exterior, mesas, sillas, equipo de música, televisor (siempre apagado) y proyector.

Efectos en espacio de MT: Para el uso adecuado del espacio las mesas y sillas debían hacerse a un lado. La puerta, a pedido del hogar, debía permanecer abierta por lo que los sonidos de afuera entraban fácilmente a la sala.

Una incidencia recurrente en el espacio musicoterapéutico se debía a que habitualmente el personal entraba a la sala en tiempo de sesión como un

atajo para comunicarse con el personal de cocina. Esto provocaba distintos grados de interrupción en el clima de la sesión.

Características de la sala: Paredes color verde, 3 mt² de espacio para uso, piso de baldosa, un ventanal al patio exterior, mesas, sillas, equipo de música, televisor (siempre apagado) y proyector.

b. Sala bodega: Alrededor de la 8va semana de comenzado el proceso el hogar decide trasladar las sesiones a otro espacio físico. Este espacio había sido ocupado previamente por el psicólogo permanente del hogar, ahora estaba desocupada, guardando muebles, herramientas y tarros de pintura, entre otros objetos.

Características de la sala: Paredes blancas, Piso de cemento, puerta con ventana, 3 mt² aprox. de espacio para uso, ventanal al patio exterior.

Efectos de la sala en el espacio de MT: La ventana de la puerta en esta sala permitía mantener la sala cerrada y por tanto más impermeabilizada a los sonidos provenientes del exterior.

c. Sala escuela: En la 14va semana de sesión el hogar decidió realizar otra vez un cambio del espacio para las sesiones de musicoterapia, designando para ello una sala de la escuela del hogar. Ésta se encontraba en otra edificación

dentro del recinto y poseía una mayor luminosidad, silencio, y era un espacio más estable.

Características de la sala: Paredes blancas, Piso de baldosa, 3 ventanas, Espacio de uso de 3.5 mt² aprox., equipo de música, 1 mesa, 2 sillas, ornamentos varios de sala de clases.

Efectos de la sala en el espacio de MT: El espacio musicoterapéutico se hizo más privado en esta sala debido a que se encontraba apartada del edificio principal del hogar. El espacio de uso se amplió permitiendo un mejor desplazamiento.

Si bien el cambio de sala hacia el final del proceso no era lo deseado pensando en la mantención de un espacio terapéutico permanente, no se observó un efecto negativo en los pacientes atribuible al cambio de sala.

❖ **Anexo II: Entrevista a cuidadoras**

ENTREVISTA A CUIDADORAS

El siguiente cuestionario fue realizado oralmente a distintas cuidadoras (3) de los pabellones que los pacientes, participantes del grupo musicoterapéutico, generalmente habitan.

Las respuestas transcritas según el paciente son una recopilación de las respuestas obtenidas por las cuidadoras.

1) ¿Qué música le gusta a (nombre del paciente) y de qué fuente sonora, esta música, generalmente proviene? Radio, mp3, tv, etc.

Respuestas:

Camila: Todo tipo de música. Escucha de la radio.

María: Le gusta el Rock en inglés. Como metálica y canciones de soda stereo. Generalmente escucha de la radio pues no le gusta tener cosas en los oídos (audífonos).

Valentín: No se sabe

Loreto: No se sabe

2) ¿Qué diferencias físicas o anímicas nota usted cuando (nombre del paciente) oye música?

Respuestas:

Camila: Mueve pies y sonrío.

María: Da carcajadas. Si cambian la música que le gusta se enoja.

Valentín No se sabe

Loreto: No hay cambios

3) Sabe usted de alguna actividad de características musicales (ej.: cantar, tocar u instrumento, movimiento corporal, etc.) que realice (nombre del paciente). Si ocurren, éstas: ¿se dan siempre en un contexto musical con más personas o también en otros contextos?

Camila: Clases de canto grupal

María: Clases de canto grupal

Valentín: Clases de canto grupal

Loreto: Clases de canto grupal

4) ¿Ha notado cambios desde agosto (inicio del proceso grupal) a la fecha actual en (nombre del paciente)?

Camila: Reconoce la actividad del taller de musicoterapia.

María: no sabe

Valentín: Llega más relajado

Loreto: Llega más relajada

❖ **Anexo III: Canción del Ula ula musical.**

Canción del Ulaula.

INTRO:

Acordes: *Re - La (se repite)*

A:

RE LA RE LA

Es el Ula ula que pone en la cintura

SOL MI LA RE - LA

Sube por la cabeza dando mil volteretas, ula ula

Puente:

RE LA RE LA SOL LA

Este ula ula no para de sonar a campanitas y jacaranda

A:

RE LA RE LA

Es el Ula ula que se toma con la manos

SOL MI LA RE - LA

se sacuda con fuerza para que se estremezca, Ula ula

A:

RE LA RE LA

Es el Ula ula que pone en la cintura

SOL MI LA RE - LA

Sube por la cabeza dando mil volteretas, ula ula

Puente: *RE LA RE LA SOL LA*

Este ula ula no para de sonar a campanitas y jacaranda

A`:

RE LA RE LA

Es el Ula ula que se toma con la manos

SOL MI LA

se sacuda con fuerza para que se toda la gente

B:

RE RE/FA# SOL MI LA LA7

Escuche como sacudimos nuestras manos cantando Ula Ula

RE RE/FA# SOL MI LA LA7

Esta canción es para que cantes amigo, la canción del Ula ula.

[Se repite completa o a CODA]

CODA:

RE - LA

Ula ulaaaa

RE - LA

ula ulaaaaa

❖ Anexo IV: Canción - "El viaje musical"

Canción: el viaje musical

Acordes: I: DO- SOL - FA- SOL :I

Intro:

Llego el final de este viaje musical
las cosas van, los amigos quedarán (bis)

A (Valentín)

Valentín es un chico muy especial
que mueve sus manitos de arriba abajo sin parar
Con su mirada que de todo intenta hablar
Sus pegajosas carcajadas en nosotros quedarán

Coro:

Llego el final de este viaje musical
las cosas van, los amigos quedarán

A` (Loreto)

Pequeña soñadora hoy tienes que despertar
Loreto tus ojitos siempre queremos mirar
El bailar de tus piernitas nuestro ritmo guiará
y tus juguetes favoritos siempre te acompañarán

Coro:

Llego el final de este viaje musical
las cosas van, los amigos quedarán

A` (María)

Marña rockera tu música es felicidad
Con tus sonrisas y gestos siempre pudiste cantar
tu llanto me melodioso siempre quisimos calmar
para que te divirtieras en este viaje musical

Coro:

Llego el final de este viaje musical
las cosas van, los amigos quedarán

A` (Camila)

Con tu sonrisa linda iluminas el lugar
estirando tus bracitos para poderte abrazar
Camila nunca dejes, nunca dejes de brillar
Los que tus ojitos dicen es música para cantar

Coro:

Llego el final de este viaje musical
las cosas van, los amigos quedarán (bis)

❖ **Anexo V: Protocolos de sesión para etapa de valoración diagnóstica**

Sesión 1:

Observaciones musicales según actividad

Inicio:

- Los pacientes llegan en silencio a la sesión donde luego sonríen, observan y emiten sonidos al momento previo a comenzar con la canción de bienvenida.
- M ríe antes de comenzar, lo que se repetirá en varios momentos a lo largo de la sesión.
- Cada uno reacciona a su nombre en el momento de la canción, ya sea con miradas, risas, o movimiento.
 - Valentín, hace movimientos con sus brazos de arriba a abajo.
 - María, ríe al momento de nombrarla en la canción.
 - Loreto, sonríe.
 - Camila, busca con la mirada y sonríe eventualmente.

Desarrollo:

- Se invita a explorar con los instrumentos asistidamente. Los terapeutas van acercando los instrumentos, favoreciendo la interacción de los niños con estos. Acompañado con música de fondo, de sonidos naturales.
 - Valentín: En el momento de la exploración de instrumentos tiende a llevárselos a la boca y muestra interés en poder manipularlos. Muestra interés en una maraca y con el pandero, intentando este último tocarlo en reiteradas ocasiones. También con este muestra interés en tocarlo después de que explora que no es posible llevarlo a su boca.
 - María: Ríe en reiteradas ocasiones, con y sin justificación al contexto. No se muestra conectada en la exploración sonora. Se muestra con movimientos que denotan intranquilidad. En un momento determinado comienza a bruxar.
 - Loreto: Reacciona al entorno respondiendo con sonrisas. Se muestra conectada con los cascabeles, motivándose a manipularlos por vez que se le presentan, no así, con otros instrumentos. Se logra una conexión a través del ritmo de su estereotipia y del instrumento que manipula la terapeuta. Se toca un pulso estable y ella responde con movimientos de balanceo hacia adelante y atrás en su silla. Se para el ritmo y se para también el movimiento. Se repite el ritmo y la conducta también. Hasta que hay ausencia de respuesta.
 - Camila: Responde intermitentemente con sonrisas y miradas.

Cierre:

- Se canta canción de despedida.
- Valentín reacciona moviendo los brazos de arriba abajo

El resto de los integrantes responde con sonrisas y miradas.

Sesión 4:**Observaciones musicales según actividad****Inicio:**

- Loreto, llega durmiendo. Los demás jóvenes llegan tranquilos como es usual.
- Desde que la vamos a retirar a María, al pabellón para la sesión, nos reconoce y apunta con su dedo hacia la puerta del pabellón. Continúa apuntando en dirección a la sala de MT mientras se le traslada hasta allá. (da la impresión que sabe que va a la sesión de MT)
- Camila, va llega alegre a la sesión, (en el trayecto del pabellón a la sala de Mt., ella viene riendo). Pero rápidamente su ánimo cambia, mostrando una expresión facial de descontento, (podemos interpretar que el cambio se debe a que en el principio de la sesión, nos damos cuenta que sus encías están sangrando, damos aviso, a lo que la cuidadora la limpia y cambia el babero, por el cual Camila mostró rechazo, sacándose y botándolo constantemente a lo largo de la sesión)
- Valentín, llega con un ánimo habitual. Contento.
Mueve sus brazos al ritmo de la canción de bienvenida mientras se le saluda. El movimiento cesa cuando su saludo termina.
Al término de la canción Víctor emite un sonido vocal sostenido (eee...) agitando su brazo izquierdo.
- Loreto, se mantiene durmiendo, no reacciona a su saludo con la estimulación del terapeuta.
- Camila, se mantienen muy ensimismada.
- María, reacciona a su saludo con risas, movimientos de cabeza y expresiones faciales. Mientras se canta la canción a los demás permanece menos inquieta sin emitir sonidos. Aunque celebra a lo igual que Valentín, el término de la canción.

Desarrollo:

- Loreto, despierta intermitentemente. El terapeuta realiza pequeños masajes en

zona del cuello, brazos y piernas para que logre reincorporarse a la sesión, sin embargo el sueño termina por vencer.

- La terapeuta estimula el movimiento de brazos en María, deteniendo el estímulo intermitentemente. María, repite el mismo movimiento de brazos por cuenta propia mientras la terapeuta le sujeta las manos. Cuando la terapeuta suelta las manos de María, ésta ya no muestra iniciativa por moverlos. Cuando se tipea rítmicamente sobre sus muslos y brazos se muestra sorprendida riendo y haciendo rápidos movimientos de cabeza.

La terapeuta le sugiere verbalmente que mueva sus piernas preguntando "¿María en donde están tus piernas?" María responde levantando las piernas en movimientos como de marcha.

María reacciona con risas que a veces parecen ser causadas por la interacción con un terapeuta y a veces se ríe sin causa aparente.

- Valentín, muestra goce o disfrute (sonidos vocales, sonrisas, risas) cuando se le toman las manos y mueven a un ritmo determinado junto a la música. Así también cuando se estimulan con presiones y tipeos los distintos sectores de su cuerpo (pies, piernas, brazos, manos, etc.)
Cuando el o los terapeutas se alejan de Valentín, este los llama, buscándolos con sus brazos, miradas y sonidos vocales. Cuando el terapeuta se acerca a él, este estira sus brazos al terapeuta para hacer contacto.
- Camila, toma constantemente su babero, para luego tirarlo, con lo cual la terapeuta trabaja subiendo el babero para incentivar el seguimiento visual, E se muestra motivada en alcanzar el babero, tomarlo y tirarlo.

Con el trabajo corporal se muestra a gusto, sonriendo por lapsos cortos. Se estimula el movimiento de brazos, lo cual es respondido por ella al momento en que la terapeuta la asiste.

En cierto momento, cuando Camila esta con el terapeuta (Víctor) hace señales y movimientos con su brazo en dirección hacia lo que el terapeuta interpreta que es la puerta. El terapeuta pregunta a Camila si quiere irse, pues además nota que Camila utiliza la silla de Loreto,. Que está a su lado para impulsarse con la silla hacia adelante. El terapeuta comenta a la coterapeuta de este acontecer. La coterapeuta toma la mano de Camila y le pregunta "¿me acerco más?" . a lo que Camila respondió sonriendo,. Luego la terapeuta le pregunta "¿Quieres un abrazo?" y la abraza, Camila responde con una gran sonrisa. Desde este evento se logro un cambio de mejor ánimo en Camila, abandonando poco a poco la expresión de desagrado que mantuvo durante la sesión.

- Se canta la canción de los instrumentos y se presentan le pandero, xilófono y

chekeré. Los pacientes no muestran una expresividad muy exacerbada con la canción. Excepto cuando el terapeuta se aproxima más a cada uno de ellos.

- Camila, con los instrumentos, reacciona de la misma forma que con el babero, buscando y tomando, pero además sosteniendo. Se observa también pasa el instrumento de una mano a otra.
- Los pacientes interactúan con la melódica activamente. Motivándose a poner sus dedos y presionar sobre las teclas de ésta mientras el terapeuta sopla la bombilla.

Cierre:

- Se canta canción de despedida, general e individualmente. Se realizan acentuaciones rítmicas con silencios.
- Se muestran conectados en ella.
- A lo igual que la semana pasada se termina la canción con un remate, esta vez en guitarra y pandero a lo que todos responden con risas, al repetir la acción, la respuesta también se repite.

❖ **Anexo VI: Protocolos de sesión de etapa de desarrollo**

Sesión 6:

Observaciones musicales según actividad

Inicio: Se recibe a los pacientes con música de fondo de CD "Lugar de paz amorosa", canción de kalimbas, Laura llega durmiendo. Se dispone la posición de los pacientes para comenzar.

Se canta la canción de saludo, los el grupo parece reconocerla y se muestran sonrientes con gestos de entusiasmo.

Valentín se muestra con muchos deseos de interactuar llevando sus brazos hacia adelante y emitiendo sonidos monotónicos, denotando intención participativa.

El terapeuta se acerca a Valentín para saludarlo percutiendo suavemente el ritmo de la canción sobre sus piernas y manos. Cuando esto sucede Valentín calma el movimiento de manos, confirmando que su gestualidad tiene la intención de llamar al terapeuta. Luego vuelve a mover los brazos como con entusiasmo por la situación.

Se saluda a María quien responde con miradas y sonrisas, que buscan y evitan

nerviosamente la mirada al terapeuta. Camila se muestra sonriente. Se canta el saludo a Loreto, pero no muestra luces de querer despertar.

Los terapeutas se presentan y saludan con la canción, en tanto los pacientes mantienen contacto ocular a esta presentación.

Desarrollo: Se presenta un nuevo instrumento al grupo: el "Ulaula musical". El terapeuta toca la guitarra mientras la terapeuta Presenta el instrumento a los pacientes mostrando su forma y sonido a los pacientes.

Se acerca el ulaula a los pacientes y se incentiva el contacto poniendo el ulaula alrededor, a la altura de los ojos.

En medio de la actividad María busca salir de la sala. Los terapeutas al notar esto se aproximan y le preguntan si quiere salir. María se detiene un momento, pero decide continuar saliendo de la sala. Los musicoterapeutas no quieren forzarla a quedarse y no la detienen. En cambio reacomodan la disposición de los pacientes en la sala para que la terapeuta pueda atender a los pacientes que están en la sala y el terapeuta sale de la sala acompañar a María donde intenta interactuar con ella, sin poder percibir que es lo que ella necesita. El terapeuta le canta y toca guitarra, motivándola a participar. El terapeuta se aproxima lentamente hacia la sala y María después de unos minutos decide seguirlo y entra también.

En tanto la terapeuta estimulo el contacto del Ulaula con Valentín con sus manos. Luego se sigue con los demás pacientes instándolos a interactuar con los terapeutas a través del ula ula manipulándolo mientras estos se mueven al ritmo de la canción.

Posteriormente se dispone a los pacientes en circulo mirando hacia adentro con el ula ula en el centro para que todos puedan tomarlo al mismo tiempo. Valentín y María sostienen el ula ula al mismo tiempo, pero Valentín tiende a tirar el ulaula con fuerza para sí mismo, María lo suelta desagradada por eso. Camila lo toma, pero si la fuerza para sostenerlo por sí misma.

María aún parece algo extraviada en la actividad de sesión se mueve con su silla constantemente.

Cierre: Se canta la canción de despedida. El grupo se anima con esta canción mostrando sonrisas. Atentos a como la terapeuta toca la guitarra y el terapeuta toca el pandero, mientras ambos cantan. El terapeuta intenta estar próximo a María, interactuando, para mantenerla conectada a la actividad.

Sesión 7:

Observaciones musicales según actividad

Inicio:

Loreto llega despierta a la sesión, jugando contentamente con una peineta.

Valentín llega alimentándose a través de sonda.

Se canta canción de bienvenida con instrumento asignado para el saludo, incentivando a Camila para indicar al compañero que se saludará, en su turno. Camila toma el instrumento respondiendo al contexto.

Todos los pacientes responden positivamente a la canción, notándose en María una baja de ánimo que ha sido constante en las últimas semanas.

Desarrollo:

Se presenta nuevamente esta semana el Ula-Ula cantando la canción del instrumento. Mientras la terapeuta muestra el instrumento a los pacientes.

Se canta nuevamente la canción pasando el Ula-Ula a cada uno de los pacientes, incentivando su manipulación.

Aproximadamente a la mitad de la sesión Valentín comienza a quedarse dormido. (presumiblemente debido a estar alimentándose)

Camila muestra su motivación moviendo su cabeza con la música en reiteradas ocasiones.

Se sitúan a los pacientes en círculo para poder interactuar grupalmente con el Ula-Ula. Interacción que se logra, ya que, Loreto, Camila, y Valentín, que despierta, se motivan a coger el Ula-Ula y mantenerlo. Valentín lo coge con fuerza, aunque luego se queda dormido hasta el fin de la sesión.

María no se muestra motivada en manipular el instrumento, ni en ningún otro acercamiento. Aleja al terapeuta en el momento en que éste se le acerca para asistirle. Se queja y posteriormente se pone a llorar sin motivo aparente.

Camila y Loreto sostienen el ulaula débilmente, pero lo mantienen en sus manos, lo buscan y se muestran motivadas.

Los terapeutas hacen música improvisada para los pacientes. El grupo se muestra agrado.

María comienza a mostrarse desagradada, agarra y tira la ropa de Valentín, quién duerme, hasta que María termina llorando.

Luego de esa reacción se decide cerrar la sesión.

Cierre:

Se canta canción de despedida con instrumento asignado para despedirse.

Sesión 9:

Observaciones musicales según actividad

Inicio: Se saluda a cada uno con la canción de bienvenida, acompañados del pandero. Se incentiva al saludo preguntado verbalmente: "¿cómo estás hoy?", ¿hola X cómo estás?". Preguntas que responden al contexto.

María se muestra conectada con la situación en todo el saludo, riendo, haciendo gestos.

Desarrollo:

Se presentan las canciones en música editada, siendo la primera "He Barrido el Sol" de Los Tres. Camila, reacciona moviéndose de inmediato y María, responde moviendo su silla y acercándose hacia el lugar donde está la música.

Luego se trabaja la misma canción pero esta vez, en vivo.

Los pacientes son asistidos en su manipulación de instrumento. Presentándose poca manipulación por parte de ellos.

En los momentos de música editada y música en vivo la terapeuta asiste a los pacientes con movimientos y manipulación de instrumentos.

María se muestra conectada con las canciones sobre todo con una de Metallica.

En el momento en que se corta con la música y se comienza el cierre cantando la canción de despedida, María comienza a llorar.

Cierre:

Se canta canción de despedida, María comienza a llorar, y se mantiene en ese estado hasta el final de la sesión.

Se canta la canción con diferentes intensidades, intentando así, tranquilizar a María, ella reacciona, cuando se canta la canción más fuerte.

Sesión 12:

Observaciones musicales según actividad

Inicio:

- Los jóvenes parecen de buen ánimo, sonriendo, mirando, haciendo sonidos.
- Se le entregan instrumentos a cada uno de los pacientes (instrumento que hemos visto, según sesiones anteriores, que ellos han ejecutado o bien se han conectado con él)

Valentín: Botella con colores y semillas

Loreto: Sonajero

María: Pandero

Camila: Maracas/Huevitos

- Luego de entregados los instrumentos se canta la canción de saludo, en general y a cada uno y además se canta canción a los instrumentos entregados para saludarlos.
- Al saludar a Camila, se le presentan variados instrumentos, pero ella no muestra interés por ninguno, mostrando si interés en salir de la sala (haciendo señas hacia la puerta). Cuando se le pregunta si es eso lo que quiere, ella sonríe, por la cual, el terapeuta la saca momentáneamente de la sala hasta traerla de vuelta nuevamente. al volver, se le saluda a ella y al instrumento que finalmente elige (la maraca).

Desarrollo: - María sonríe y suelta carcajadas al ver que aparece el computador en el setting (en las sesiones anteriores desde aquí se reproducía la música editada). el que finalmente no se ocupa debido a fallos técnicos.

- El terapeuta toma la guitarra y hace unos rasgueos al aire. La concentración del grupo parece focalizarse en un instante en aquello. María se acerca con su silla hacia el terapeuta, sus tiempos de contacto ocular se ven aumentados cuando mira hacia el terapeuta cantando con la guitarra.

- Se reproduce la canción "he barrido el sol" en audio, editada. Se dispone a los chicos en circulo mirando hacia el centro (se busca esta disposición a propósito para facilitar el movimiento de los jóvenes en el reducido espacio, mayor eficiencia de la estimulación de los terapeutas, el incentivar el trabajo y consciencia de grupo).

- Loreto permaneció bastante ensimismada en la interacción grupal.

- Se anticipa a los jóvenes verbalmente de que "ahora vamos a relajarnos". El terapeuta respira sonoramente preparando el ambiente, se apagan las luces y se empieza a tocar los kalimbas con movimiento sincronizado de los terapeutas.

El ambiente se percibe calmo, todos permanecen en silencio concentrados al baño sonoro de lo kalimbas. Valentín emite sonidos vocales.

- María se muestra un tanto ansiosa una vez dejan de sonar los kalimbas, probablemente al sentir la ausencia de ellos. Sin embargo se calma cuando el terapeuta toma su mano.

Cierre: Se canta la canción de despedida para los jóvenes y sus instrumentos.

Sesión 14:

Observaciones musicales según actividad

Inicio: Se inicia la sesión solo con Loreto y María pues Valentín y Camila están siendo levantados con atraso.

Previo al saludo se presenta una música relajante de kalimbas y se utiliza el ula ula adaptado a la altura de los ojos de los pacientes para estimularlos visual y auditivamente. Los pacientes muestran interés en seguir los objetos que van apareciendo a su vista, así como del sonido que provocan.

Se canta la canción de saludo a los instrumentos, para lo cual se hace escoger a Loreto uno de 3 cascabeles distintos, mostrándole sus sonidos y características visuales. Se logra contacto ocular con Loreto mirándola fijamente, buscando su mirada. Ella atiende a la presentación de instrumentos y al final escoge uno tomándolo y tocándolo por iniciativa.

En la elección de instrumentos además demuestra interés o emoción, moviendo sus piernas y balanceándose con fuerza, al escuchar la presentación de estos por parte del terapeuta.

Desarrollo:

Se canta música en vivo, lo que llama la atención de las pacientes. Lo cual demuestran con movimientos, risas y miradas.

Terminando la música en vivo, Valentín llega a la sala. El terapeuta sosteniendo aun la guitarra estimula a Valentín con la misma, quien la manipula de un lado a otro cambiando de manos y llevándosela a la boca. Loreto, no alcanza a llegar a la sesión.

Se reproduce una selección de canciones tropicales (bachata, cumbia, etc.) y estimula a los pacientes con movimientos e instrumentos.

Los pacientes no muestran rechazo por la música, aunque tampoco muestran mayores cambios en su estado anímico.

María en momentos mueve su silla, y en otros. Cuando al terapeuta la está moviendo, ella la frena.

Como es común Loreto se quedo algunos lapsos de ensimismamiento en donde se queda "pegada" mordiendo su manguera (como un chupete). Sin embargo se

reincorpora a la actividad musical que se lleva a cabo, moviendo su silla en dirección a los terapeutas y compañeros y tomando su instrumento para levantarlo o agitarlo.

Con el baño de sonido los pacientes permanecen tranquilos y expectantes a los movimientos de los terapeutas y los instrumentos estos utilizan.

Cierre:

Se canta canción de despedida grupal, individual y a los instrumentos.

María sonríe contentamente.

❖ **Anexo VII: Protocolos de sesión de etapa de Cierre**

Sesión 16:

Observaciones musicales según actividad

Inicio: Se dispone a los pacientes en la sala mientras se oye música de kalimbas. Loreto duerme. Los pacientes están callados.

Se saluda a los pacientes cantando la canción de saludo. Se pregunta al grupo, ¿a quién saludamos? Mostrando por turnos el instrumento que cada paciente reconoce como más cercano, de manera que los pacientes sepan a quien le toca. Camila, responde rápidamente comprendiendo lo que se le pide, toma su cascabel y se le saluda. Cuando los terapeutas pasan a saludar a María, Camila deja caer su cascabel repetidamente para llamar la atención. Valentín y María, también reconocen su instrumento. Loreto, no despierta, pero igualmente se le saluda.

Desarrollo: Se anticipa a los pacientes de la siguiente actividad recordándoles las canciones que habíamos compartido en otras sesiones y que hoy las volveríamos tocar, los pacientes no muestran reacción aparente.

Se cantan he barrido el sol, con guitarra y cantando, mientras se estimula a los pacientes con movimientos y manipulación de instrumentos. Luego de cantar la canción Camila, hace un evidente gesto de mal humor. ¿ Los terapeutas le preguntan que tienes Camila? los musicoterapeutas la toman de las manos y le dicen si lo que quiere es dar una vuelta. Ella sonríe feliz. Se le da una vuelta en la sala y luego se le deja en su puesto nuevamente. Camila parece feliz con la atención recibida.

Luego se escucha un cd de cafetacuba, y se desplaza en parejas a los pacientes por la sala y se les dispone en la sala en disposición de cuadrado, mirando hacia el centro. Momento que se aprovecha para estimular grupalmente a los pacientes con el ulaula musical. Posteriormente se hace lo mismo con los instrumentos de cada uno. Los

pacientes exploran los instrumentos junto a los musicoterapeutas.

María parece un poco distraída, poco atenta, pero aun así colabora con las actividades.

Se hace un baño sonoro a los pacientes con la misma música de kalimbas con que se les recibe de fondo.

María da vueltas por la sala, como buscando el sonido de los kalimbas, cuando lo encuentra cerca de la radio sonríe y se queda más cerca de estas posiblemente para sentir la música más fuerte. suelta carcajadas de risa
Y sonríe con la vista perdida.

Los terapeutas la dejan estar y más tarde se dirigen a ella para acompañarla con sonidos de kalimbas y toc toc.

Cierre: Para actividad de cierre los musicoterapeutas cantan una canción compuesta para los pacientes en donde se nombra a cada paciente. Los pacientes reciben con movimientos y/o sonrisas a los terapeutas cuando se acercan a cantarles, logrando mucho contacto ocular con Camila.

Nos despedimos con algunas palabras recordando que esta es la última sesión.