



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Artes

Escuela de Post Grado

MUSICOTERAPIA EN UN CASO CON SÍNDROME DE DOWN

**Monografía para optar al Postítulo de Especialización en Terapias de Arte,
mención Musicoterapia**

Autor: IVONNE MALDONADO MARÍN

Título previo: Profesora de Música

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Año 2010

Profesor guía: PATRICIA LALLANA URRUTIA

Musicoterapeuta

Santiago, Chile

2013

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 5 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| II. CONTEXTO INSTITUCIONAL Y SOCIAL..... | 8 |
| 1. Síntesis de la historia institucional..... | 8 |
| 2. Proyecto educativo..... | 9 |
| 3. Organización..... | 10 |
| 4. Infraestructura..... | 10 |
| III. MARCO TEÓRICO..... | 12 |
| 1. Síndrome de Down..... | 12 |
| 1.1 Definición..... | 12 |
| 1.2 Etiología..... | 12 |
| 1.3 Características y rasgos descriptivos..... | 13 |
| 1.3.1 Retraso mental..... | 15 |
| 1.3.2 Retraso en el desarrollo psicomotor..... | 16 |
| 1.3.3 Hipotonía y Síndrome de Down..... | 19 |
| 1.3.4 Trastorno del lenguaje y Síndrome de Down..... | 20 |
| IV. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO..... | 23 |
| 1. Abordaje desde la Musicoterapia..... | 23 |
| 2. Posicionamiento de Gustavo Gauna..... | 23 |
| 2.1 Los núcleos de salud..... | 24 |
| 3. Conceptos y técnicas de Rolando Benenzon..... | 28 |
| 3.1 Comunicación digital y analógica..... | 28 |
| 3.2 Secuencias técnicas en el no-verbal..... | 29 |
| 4. Orientaciones de Bernard Aucouturier y André Lapierre..... | 31 |
| 4.1 Principios fundamentales para la intervención..... | 31 |

| | |
|---|----|
| 4.2 Principio de imitación..... | 33 |
| V. DESARROLLO DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO..... | 34 |
| 1. Etapas. | 34 |
| 1.1 Primera etapa: Aproximación diagnóstica | 35 |
| 1.2 Segunda etapa: Desarrollo..... | 35 |
| 1.3 Tercera Etapa: Cierre | 35 |
| 2. Aproximación diagnóstica..... | 36 |
| 2.1 Perfil de M. | 36 |
| 2.2 Observaciones obtenidas a partir de cada de una de las tres sesiones propuestas como “Aproximación diagnóstica”..... | 39 |
| 2.2.1 Primera sesión correspondiente al 23 de agosto de 2012..... | 39 |
| 2.2.2 Segunda sesión correspondiente al 30 de agosto de 2012..... | 43 |
| 2.2.3 Tercera sesión correspondiente al 06 de septiembre de 2012..... | 45 |
| 3. Objetivos..... | 52 |
| 3.1 Objetivos generales..... | 52 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 52 |
| 4. Metodología..... | 52 |
| 4.1 Setting. | 52 |
| 4.2 Recursos materiales:..... | 53 |
| 4.3 Técnicas utilizadas en las sesiones musicoterapéuticas..... | 53 |
| 5. Descripción y análisis de las sesiones que se presentan como relevantes dentro del proceso musicoterapéutico. | 54 |
| 5.1 Séptima sesión correspondiente al 11 de octubre de 2012..... | 54 |
| 5.2 Décima sesión correspondiente al 8 de noviembre de 2012..... | 57 |
| 5.3 Doceava sesión correspondiente al 22 de noviembre de 2012..... | 61 |
| 5.4 Decimotercera y última sesión correspondiente al 29 de noviembre de 2012 | 66 |
| VI. ANÁLISIS DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO..... | 70 |
| 1. El proceso de M..... | 70 |
| 2. El proceso de la musicoterapeuta..... | 73 |

VII. CONCLUSIONES..... 76

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 79

IX. ANEXOS..... 81

 ANEXO 1 81

 ANEXO 2 84

 ANEXO 3..... 86

RESUMEN

El presente texto tiene por finalidad, relatar una experiencia de intervención musicoterapéutica realizada en la Escuela San Juan de Dios de la ciudad de Viña del Mar, donde se trabajó con una niña de 8 años diagnosticada con Síndrome de Down. Bajo este contexto, esta monografía describe las principales características de las afecciones antes mencionadas, las que complementadas con diversas propuestas metodológicas musicoterapéuticas, ofrecerán las pautas a seguir en la intervención realizada, proyectando sus alcances y ofreciendo panorámicas de la evolución vivida dentro del pasar de las sesiones. Del mismo modo, quedan aquí plasmadas las conclusiones extraídas de un proceso terapéutico, que da fe de los logros y aprendizajes derivados de una experiencia de práctica profesional realizada.

I. INTRODUCCIÓN

Mi experiencia previa de trabajo con personas con necesidades especiales, se basaba en un taller de estimulación musical realizado en un centro para jóvenes y adultos con Síndrome de Down. En esta primera instancia, sólo contaba con mis estudios de Licenciatura y Pedagogía en Música y un interés naciente por la Musicoterapia. Esta experiencia, determinó de algún modo, mi ingreso al programa Postítulo de Especialización en Terapias de Arte, mención Musicoterapia, en la Universidad de Chile.

A la hora de desarrollar mi práctica profesional, se abrió la posibilidad de insertarme en la Escuela Especial San Juan de Dios, en la ciudad de Viña del Mar. Coincidentemente, la Escuela me propuso realizar una intervención musicoterapéutica con una niña de 8 años diagnosticada con Síndrome de Down; situación que me ofrecía un gran desafío, al ponerme nuevamente en contacto, ahora desde un ámbito netamente musicoterapéutico, con personas que padecen del Síndrome.

El presente estudio monográfico consiste en la descripción y análisis de dicha intervención, en base al marco teórico escogido como orientación. Es importante mencionar que, para resguardar la identidad de la paciente, durante el desarrollo de este texto, me referiré a ella como M.

En esta instancia de práctica profesional, se pretendió lograr un vínculo terapéutico con la paciente, escogiendo una metodología que permitiese fomentar espacios de aceptación paciente-musicoterapeuta, que fomentasen estimular instancias de expresión, a través de la música, de los instrumentos musicales y el cuerpo.

Para lograr este cometido, se promovieron espacios que potenciaran el contacto físico con el otro; el desarrollo expresivo, corporal y sonoro; y la activación de potencialidades latentes, utilizando la música como vehículo de expresión. Dentro de estas consideraciones, es importante recalcar que las ideas que sostienen esta “construcción”, se relacionan con los postulados de diversos teóricos en torno a la comunicación no-verbal, como eje angular del proceso mencionado.

II. CONTEXTO INSTITUCIONAL Y SOCIAL

1. Síntesis de la historia institucional.

El proyecto de la Escuela Especial San Juan de Dios de Viña del Mar nace en 1999 con la misión de entregar educación y rehabilitación a niños y jóvenes abandonados e internos en el “Hospital Sanatorio Marítimo San Juan de Dios” de la ciudad jardín. Al año siguiente, madres y padres de niños(as) externos con retos múltiples solicitan y se les otorga matrícula para sus hijos(as) sin escolaridad y sin experiencia educativa previa hasta ese momento.

En marzo del año 2006, dando respuesta a una lista de espera, se remodela y acondiciona otro espacio dentro de la escuela, conformándose un nuevo curso denominado Nivel Pre-Básico 1, “UMAKI” integrado por 8 pre-escolares.

En el mes de marzo del 2008, se les brinda a los estudiantes y a sus familias la oportunidad de permanecer más horas diarias en la escuela. Se genera un marco educativo de igualdad en derechos y oportunidades, en pos de alcanzar una rehabilitación y entregar una educación integral. De esta manera, se implementa la jornada escolar completa.

El establecimiento se cambia al domicilio en el que se encuentra actualmente en función de poder contar con los espacios y tiempos para desarrollar este proyecto.

La escuela atiende en la actualidad a 56 alumnos distribuidos en un total de 7 cursos. Brinda atención diurna, mixta, gratuita subvencionada e imparte enseñanza especial en Deficiencia Mental y trastornos motores.

2. Proyecto educativo.

Su proyecto educativo se gesta en base a la necesidad de entregar educación y rehabilitación integral a niñas, niños y jóvenes con diversas necesidades especiales, los cuales presentan daño orgánico cerebral preferentemente de parálisis cerebral y compromiso intelectual. El propósito de este diseño educativo es convertirse en un facilitador de la integración de estos estudiantes al medio social y comunitario.

La intervención educativa y terapéutica se centra en las múltiples necesidades y potencialidades de los alumnos(as) que deben ser consideradas en su conjunto, y para ello ha sido imprescindible enriquecer la malla curricular incorporando las siguientes adecuaciones curriculares:

- Estimulación Multi-sensorial (Visual, auditiva, olfativa, vestibular, táctil y propioceptiva).
- Estimulación de procesos Cognitivos básicos.
- Estimulación en el área de la Comunicación.
- Desarrollo de Destrezas Motoras Gruesas y Finas.
- Desarrollo de Habilidades Socio-laborales.
- Rehabilitación Física y Funcional.
- Terapia Motora.
- Estimulación o Atención temprana.

En el año 2009 la escuela postula y gana un proyecto para implementar un taller de Musicoterapia a cargo de Andrés Valdés. La intervención fue realizada entre abril y noviembre del año 2009, en formato grupal. El proyecto contempló la adquisición de un variado set de instrumentos musicales, los cuales

permanecen en la institución y que han estado a completa disposición de los practicantes del postítulo en el presente año 2012.

3. Organización.

El cuerpo directivo de la escuela está formado por un director, un consejo directivo, U.T.P., coordinadora de docencia, equipo multi-profesional, consejo general de profesores y asistentes educacionales, grupos profesionales de trabajo (GPT), equipos de gestión.

El equipo de profesionales está formado por 2 kinesiólogos, 1 fonoaudióloga, 1 psicólogo, 7 educadores diferenciales y 7 asistentes técnicas que apoyan el trabajo de cada educador.

La administración del establecimiento está formada por una secretaría académica, conductores, auxiliares y servicios y asesorías profesionales.

Se cuenta con 3 choferes que manejan buses a disposición de los niños que viven muy alejados de la escuela o cuyos padres no los pueden llevar por su propia cuenta. También se cuenta con un grupo de señoras, contratadas y dispuestas por JUNAEB, encargadas de la cocina entregando los desayunos, almuerzos y colaciones para cada niña y niño.

4. Infraestructura.

La escuela se ubica en la ciudad de Viña del Mar, calle Diego Portales #190, sector Caleta Abarca, Recreo.

Cuenta con siete salas de clases acondicionadas (con mesas de bipedestación), una sala común, una sala de estimulación sensorial, una cocina (beneficio de alimentación gratuita otorgado por JUNAEB que incluye desayuno y almuerzo), baños acondicionados, patio con áreas verdes, ascensor acondicionado para silla de ruedas, rampas de acceso y pasamanos en pasillos y escaleras, equipos audiovisuales, transporte escolar exclusivo (Placilla, Reñaca, Forestal, Miraflores, Achupallas, Valparaíso).

En cuanto al entorno social, los niños(as) y jóvenes que asisten a la escuela provienen de distintos sectores socio-económicos de Valparaíso y Viña del Mar, por lo cual cohabitan estudiantes de diversas realidades, ya sean de niveles sociales bajos o altos.

III. MARCO TEÓRICO

1. Síndrome de Down.

1.1 Definición.

El Síndrome de Down (SD), también conocido como Trisomía 21, corresponde a una cromosomopatía, es decir, a la alteración del material genético que se encuentra dentro de las células. Estas perturbaciones en la forma y número de los cromosomas generan una serie de enfermedades y malformaciones congénitas. El SD se sitúa como la anomalía cromosómica más frecuente y mejor conocida, afectando a 1 de cada 700 nacidos vivos.¹

El SD debe su nombre a Johan Langdon Down, el médico británico que descubrió esta anomalía por primera vez en 1887. De todas formas, no fue hasta 1959 que se identificó la presencia de un cromosoma adicional como su causa.

1.2 Etiología.

A través de años de investigación, el campo de la genética ha determinado que el SD se deriva de la existencia de un cromosoma 21 en exceso, pero se desconocen las causas de esta alteración.²

Se han definido factores de riesgo:

¹ ARCAS, M.; GALVEZ, D.; GARCÍA, I.; LEÓN, J.; PANIAGUA, S.; PELLICER, M. 2004. Manual de Fisioterapia. Módulo II. Neurología, pediatría y fisioterapia respiratoria. España, Editorial MAD, S.L., p. 397

² *Ibíd*em, p. 399

- **Edad de la madre:** A partir de los 40 años el riesgo crece hasta en 1% en los nacidos.
- **Tener un hijo con SD.**
- **Progenitores con SD:** En el caso de la madre, la incidencia aumenta hasta en un 50%. No existen datos en el caso del padre.
- **Mosaicismo paterno:** Cuando en el individuo existen dos o más tipos de células con dotación cromosómica diferente.
- **Traslocación familiar:** Alteración que ocurre cuando segmentos de cromosomas forman uno extra o se adhieren a otros cromosomas existentes. Es hereditaria, con mayor riesgo si se presenta en la madre y aumentando su incidencia en un 100% si la presentan ambos progenitores.
- **Abortos** espontáneos y múltiples.

1.3 Características y rasgos descriptivos.

Los individuos con SD son hipotónicos, con hiperlaxitud ligamentosa y tienden a compartir ciertos rasgos fenotípicos, como braquicefalia, microcefalia leve, perfil facial plano, ojos con el ángulo externo inclinado hacia arriba, orejas pequeñas, boca entreabierta, protrusión lingual y cuello corto con piel sobrante. En sus manos, presentan pliegue palmar único y clinodactilia (desviación) en los quintos dedos.

En términos neurológicos, presentan retraso en el desarrollo psicomotor. Aproximadamente un 90% padece compromiso mental significativo y el 10%

presenta un coeficiente intelectual límite. Se evidencia una mayor incidencia en hombres que en mujeres.³

Las características cognitivas difieren mucho en cada caso, pero en general, los niños con SD tienen un desarrollo más lento en relación a la normalidad. Algunos indicadores frecuentes son:

- Rendimiento intelectual inferior a la media.
- Dificultades para mantener la atención mucho tiempo.
- Ralentización de respuesta ante estímulos verbales.
- Dificultades para estructurar su esquema corporal.
- Capacidad baja para interpretar la información del medio.

Existe un mito en torno a asociar a las personas con SD con un carácter dócil y afectivo, cada uno posee su propia personalidad.

Las enfermedades que se asocian con más frecuencia al SD son:

- Cardiopatías congénitas
- Alteraciones gastrointestinales
- Trastornos endocrinos
- Trastornos de la visión
- Trastornos de la audición
- Trastornos odontoestomatológicos

A continuación, se explicarán específicamente los conceptos de retraso mental, retraso en el desarrollo psicomotor y trastorno del lenguaje, los cuales se presentan en un importante porcentaje de los individuos con SD, incidiendo

³ REVISTA DE LA SOCIEDAD OTORRINOLARINGOLÓGICA DE CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA RIOJA. 2011. España. Volumen 2 (nº9), p. 3

en mayor o menor grado según la persona. En el caso de M, estos trastornos figuraban notoriamente.

1.3.1 Retraso mental.

Según el DSM-IV:

“Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa.”⁴

Se han especificado cuatros grados para determinar la intensidad de la gravedad de la insuficiencia intelectual: retraso mental leve, moderado, grave y profundo, existiendo también el retraso mental de gravedad no especificada.

En los niños con SD siempre se encuentra un grado de retraso mental, de hecho, actualmente se reconoce al SD como su causa identificable más frecuente.

Este retraso se cuantifica en un grado de coeficiente intelectual (C.I.) promedio entre 30 y 50 en personas con SD, aunque igual existen casos con CI superior a 60. Existen datos que apuntan a que los niños con SD que están internados en instituciones especializadas en su tratamiento tienen un C.I. superior a los que permanecen en casa con sus familias.

El desarrollo intelectual va disminuyendo a medida que el niño va creciendo. Durante el primer año de vida los coeficientes son altos y ya desde el tercer año el retraso se agudiza.

⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-IV. Barcelona, Masson, 1995, p. 39

La paciente M esta diagnosticada con un retraso mental grave (o severo). Un gran número de las personas que se enmarcan en esta categoría constan de un grado notable de déficit motor o de otro tipo, lo cual es reflejo de un daño o anomalía en el sistema nervioso central de gran importancia clínica. Según el DSM-IV, el retraso mental grave incide significativamente en la adquisición del lenguaje durante los primeros años de la niñez, siendo escaso o nulo. En las etapas posteriores hacia la adultez, es posible que las personas aprendan a hablar y desarrollen habilidades elementales, como el cuidado personal, lectura y cálculo simple, realizar tareas sencillas bajo supervisión. En general, la mayoría puede adaptarse bien a la vida en comunidad, a no ser que posean una patología anexa que necesite de un cuidado o supervisión especial.

1.3.2 Retraso en el desarrollo psicomotor.

Los niños considerados como sanos, siguen una secuencia de desarrollo y adquisición de habilidades. Para medir estos avances, se han establecidos hitos de base para los diversos ámbitos de desarrollo del niño desde que nace hasta el año de vida. Estos hitos abarcan el desarrollo motor, el sensorial, el social y del lenguaje.⁵

Se habla de la existencia de un retraso psicomotor cuando los logros dentro del desarrollo de un niño determinado ocurren en una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada. Estas alteraciones pueden afectar al niño en las adquisiciones motrices, el ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y la capacidad de resolver los problemas propios de su edad. En este caso, el retraso psicomotor se constituye como global, y generalmente se presenta como la antesala de un diagnóstico de retraso

⁵ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (AEP). 2008. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría, tomo 1. Madrid. 3ª edición. p. 151

mental. En otras ocasiones, el retraso psicomotor aparece de forma específica, afectando áreas puntuales del desarrollo, como por ejemplo, la adquisición de posturas o alteraciones en el tono muscular, lenguaje o la interacción social.

Entre los signos de alerta de la presencia de una alteración motora se destacan:

- Retraso de adquisiciones motrices
- Trastorno del tono muscular (hipertonía-hipotonía).
- Asimetrías en la postura y la función.
- Movimientos anormales (temblor, distonías, dismetrías).
- Formas atípicas del desarrollo motor.

La maduración del sistema nervioso central (SNC), depende en gran medida de la programación genética del individuo, pero además inciden los factores ambientales, como el entorno psicoafectivo y sociocultural que rodea al niño. Un buen vínculo afectivo entre madre-hijo, una nutrición apropiada y una estimulación sensorial oportuna, favorecerán su desarrollo.⁶

Los factores de riesgo que determinarían las alteraciones en el desarrollo psicomotor se organizan en base al momento de la vida del niño en que se producen:

- **Prenatales:** Infecciones intrauterinas, alteraciones genéticas (como el caso del SD), entre otros.
- **Perinatales:** Asfixia neonatal, prematuridad extrema, hipoglicemia clínica, infecciones neonatales, apneas, convulsiones neonatales, hipertensión intracraneana, anemia aguda, entre otros.

⁶ MOORE, R. Evaluación del Desarrollo Psicomotor [en línea] Manual de Pediatría Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.
< <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/EvalDessPs.html> > [consulta: 19 julio 2013]

- **Postnatales:** Hipotiroidismo, enfermedades metabólicas, convulsiones, meningitis o meningoencefalitis, traumatismos encéfalo craneanos graves e hipoestimulación severa.

En el caso de M, su diagnóstico neurokinésico reveló que el retraso en su desarrollo psicomotor es secundario a la ausencia de integración sensorial, es decir, a un problema de procesamiento de los estímulos sensoriales, el cual se produce debido a una alteración del funcionamiento neurológico.

La falta de integración sensorial puede afectar a niños adoptados (debido a una falta de estimulación y afecto en su primera etapa de vida), con alteraciones genéticas o del desarrollo, prematuros (M nació con 28 semanas de gestación) o con alteraciones neurológicas.

1.3.3 Hipotonía y Síndrome de Down.

La hipotonía corresponde a una alteración del tono muscular, es decir, una anomalía de la resistencia que un músculo esquelético ejerce, de modo activo, ante su estiramiento pasivo. Según sus causas, se describen tres tipos de hipotonía: la derivada de lesiones musculares, como miopatías y enfermedad de Oppenheim; la provocada por afecciones del sistema nervioso periférico, generada por enfermedades de la neurona motora periférica, lesiones radicales y polineuropatías; y la causada por afecciones del sistema nervioso central, relacionada a enfermedades de la médula como la poliomyelitis aguda y/u otras afecciones espinales y cerebelosas.⁷

El bajo tono muscular, también es propio de los niños con Síndrome de Down, sobre todo de los bebés, que son muy flácidos. Aunque es algo que puede y suele mejorar con el tiempo, la mayoría de los niños con Síndrome de Down alcanzan los hitos evolutivos en el plano de la motricidad (como sentarse, gatear y caminar) más tarde que los demás niños. En una etapa de desarrollo inicial, la hipotonía supone una afección generalizada que trasciende los problemas de precisión en los movimientos, pudiendo ésta generar graves complicaciones relacionadas al control postural, el equilibrio estático, la coordinación y la respiración. Del mismo modo, esta alteración, supone una merma de las capacidades de reconocimiento cinestésico, táctil y visual, situación que repercute en las maneras de interacción entre el individuo y su medio. Ante este escenario, es de vital importancia una intervención temprana y sistemática, basada en el estímulo; ya que esta mediación, además de ofrecer mejoras concretas del tono muscular del paciente, puede llegar a ser un factor predictor determinante, en relación a otras variables como el desarrollo del lenguaje, el desarrollo motor y la respuesta de atención al estímulo.

⁷ ARGENTE, H.; ÁLVAREZ, M. 2008. Semiología médica: Fisiopatología, Semiología y Propedéutica. Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A. p. 1296

1.3.4 Trastorno del lenguaje y Síndrome de Down.

Los trastornos del lenguaje, en sus diversos grados de afección, pueden generar situaciones que afectan el desarrollo social de quienes lo padecen, ya que al verse afectadas las facultades de la comunicación oral, se recienten las capacidades comunicativas del individuo afectado.

Considerando los estudios realizados por Amaia Arregi Martínez⁸, en relación a las manifestaciones de los trastornos del lenguaje apreciados en pacientes con SD, se puede apreciar que el factor comunicativo se ve, potencialmente más resentido, que el factor cognitivo, comparativamente hablando. En otras palabras, los pacientes que presentan SD, aún teniendo un nivel de desarrollo cognitivo “correcto”, manifiestan problemas de lenguaje, siendo los más frecuentes la tartamudez y las afecciones relacionadas al retraso de la expresión oral. Así, se aprecia que los patrones lingüísticos, no se condicen con la edad cronológica del paciente, siendo éstos coherentes con los presentados en niños de menor edad; del mismo modo, es posible apreciar afecciones como la disfemia, que afectan la fluidez y el ritmo del lenguaje. Los niños con SD, así, presentan mayores dificultades expresivas, que comprensivas o receptivas, tal como lo afirman Miller y Cols en sus estudios; entendiendo que la capacidad de expresión es de desarrollo más lento, en relación a fenómenos como la comprensión y la cognición.

Las dificultades, antes descritas, pueden abarcar desde una sencilla limitación del vocabulario, donde las estructuras sintáctico-morfológicas son adecuadas, dado un C.I. normal acorde a la media; hasta escenarios donde se pueden vislumbrar construcciones de un código de lenguaje “autónomo” e incluso situaciones donde la expresión oral no tiene cabida dentro de los

⁸ ARREGI, A. 1997. Síndrome de Down: Necesidades educativas y desarrollo del lenguaje. [PDF]. Vitoria-Gasteiz. Departamento de educación, universidades e investigación del Gobierno Vasco. p. 22

recursos comunicativos de los pacientes en cuestión. De la misma manera, es posible que este deterioro de las facultades comunicativas tenga su origen en mecanismos de origen causal, como pueden ser diversas deficiencias en el control motor del habla, quienes serían responsables de causar dificultades en la coordinación de los movimientos secuenciadores del lenguaje hablado. Dentro de estas afecciones, encontramos la hipotonía, característica del síndrome, la cual tiene una incidencia negativa sobre los procesos de articulación del habla. Otro de los factores que incide en la presencia de dificultades del habla, consiste en alteraciones neurofisiológicas cerebrales de las zonas de la corteza asociadas al aprendizaje del lenguaje, las cuales sumadas a una escasez de experiencia ambiental adecuada, podrían significar una castración del desarrollo de la capacidad lingüística. Entendiendo esto, y considerando que el síndrome no determina un desarrollo igualitario para los pacientes que lo padecen, es importante recalcar el rol que cumpliría la integración social como ente catalizador de los factores expresivos asociados, los cuales incluso podrían tener efectos positivos, dentro del proceso de maduración estructural del sistema nervioso.

Para que la adquisición del lenguaje sea efectiva, deben presentarse dos factores. En primer lugar, deben existir dispositivos cerebrales, auditivos y visuales, que permitan la interacción efectiva; en segundo lugar, debe haber un medio que ofrezca la posibilidad de estímulo social, que permita el contacto directo con otros usuarios del lenguaje en cuestión. Toda interacción humana, supone un componente cognitivo importante, de ahí que quienes padecen alguna discapacidad mental presenten, en mayor o menor medida, problemas o alteraciones del lenguaje, ya que éste supone un conjunto de construcciones estructurales relacionadas a ideas abstractas. De igual manera, quienes padecen SD, encuentran dificultades en el procesamiento de la información recibida por vía auditiva y visual, siendo la primera vía, la que ofrece mayores complicaciones en términos de procesamiento de la información. Además del

componente acústico-fonético, la persona con SD, encuentra dificultades comunicativas relacionadas con la alteración del procesador neural, encargado de emitir una secuencia lógica de los sonidos verbales.

IV. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO

1. Abordaje desde la Musicoterapia.

Tomando en consideración todas las problemáticas anteriormente descritas, se aborda el proceso de musicoterapia de M en base a sus recursos o “núcleos sanos” según Gustavo Gauna. Ella no posee lenguaje verbal por lo que se sitúa la comunicación analógica como medio esencial de interacción (Rolando Benenzon). M no camina, sino que se desplaza a través del gateo o caminando con ayuda, así que se prioriza su capacidad e interés por la manipulación y exploración de los objetos sonoros del entorno. Las ideas entorno a la motricidad harán referencia las ideas de Bernard Aucouturier y André Lapierre. Se pretende promover su capacidad de atención y concentración progresivamente a través de las técnicas escogidas.

2. Posicionamiento de Gustavo Gauna.

El musicoterapeuta argentino Gustavo Gauna, a través de su vasta experiencia en la clínica infantil, ha generado una propuesta de abordaje musicoterapéutico con niños:

“Consideramos a los terapeutas de niños –y sobre todo a los que trabajamos desde la dinámica del arte con ellos-, con una responsabilidad particular. Sólo se puede trabajar con niños si no se abandona cierta sensibilidad infantil, nexo indispensable para favorecer la circularidad expresividad-emotividad...”⁹

⁹ GAUNA, Gustavo. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun Editorial, 2008, p. 42

A su vez, Gauna ha aportado con el concepto de “núcleos de salud”, el cual se escogió como referencia para la intervención musicoterapéutica con M, sirviéndome como óptica fundamental para la misma.

2.1 Los núcleos de salud.

En palabras de Gustavo Gauna:

“Entendemos por “Núcleos de Salud” a aquella capacidad de otorgar un “sentido a lo propio”, capacidad que en el plano de la musicoterapia se construye a partir de un vínculo estético y activo entre el niño y Musicoterapeuta.”¹⁰

Bajo esta mirada, se le atribuye al estado de enfermedad o falta de salud, una connotación de inmovilidad, de algo estático, situación que se revierte a través de la expresividad espontánea y emotiva de los niños. Esta expresión es el camino que debe seguir la musicoterapia para llegar a la cura, una expresión libre en la cual el terapeuta este a completa disposición del paciente. La cercanía entre terapeuta-paciente movilizará los modos de comunicación de este último, por esto es que el trabajo que se desarrolla en musicoterapia siempre aporta a los tratamientos en salud mental, independiente del ámbito en el que se inserte (retraso mental, trastornos motores y/o sensoriales, problemas de aprendizaje, entre otros).

La musicoterapia concibe al paciente en su totalidad como ser humano, considerando todas sus problemáticas y recursos en pro de alcanzar su bienestar. El musicoterapeuta adquiere un compromiso personal, en el cual su historia, cuerpo, sonido y salud son la condición de base para instaurar una

¹⁰ Ibídem, p. 77

relación sana con el paciente y desarrollar un proceso hacia la salud mental del mismo. Para esto, el musicoterapeuta debe poseer una gran habilidad para descubrir los caminos adecuados para establecer una relación sana con el paciente:

“En terapia, como en música los contenidos se significan en relación a la vivencia de lo anterior y a la fantasía en devenir. Cuando un sonido o un silencio vuelve a escena por segunda vez o tercera vez, lo hace con un significado diferente de la primera, siendo una manera más que pertinente de abrirnos la percepción sobre lo que escuchamos.”¹¹

Gauna hace referencia al psicólogo infantil, de origen francés, Henri Wallon para definir los conceptos de emoción y representación, elementos fundamentales para el desarrollo de todo proceso musicoterapéutico. Según Wallon, las emociones cumplen en esencia una función expresiva que se manifiesta a través del cuerpo: en el tono muscular, gestos, acciones, acumulación sin salida y espasmos. El significado que se le da a la emoción ocurre sustancialmente a nivel psíquico, y encuentra su explicación considerándosele como un medio de acción y un resultado del comportamiento.

Tomando estas ideas, Gauna plantea que en base a la emoción se genera la representación como una distancia afectiva y psíquica. La forma en la que ocurre este tránsito entre la emoción y la representación es la que forja la personalidad expresiva del paciente, es decir, la particularidad que posee cada sujeto y que utiliza para expresarse y comunicarse de modo consciente o inconsciente, y que a su vez permite al terapeuta entrever sus recursos y limitaciones.

La personalidad expresiva del paciente está constituida por elementos constantes e identificables, su modo de relacionarse con su entorno. Se gesta

¹¹ Ibídem, p. 66

ya en el primer contacto del niño con los objetos, acercamiento que va generando reacciones emotivas y por consecuencia interés por buscar nuevas experiencias sensoriales. Esta exploración traerá consigo efectos de gratificación y frustración, los cuales irán moldeando y estructurando el modo de relacionarse del niño, todas sus acciones provocaran sensaciones que irán ampliando y enriqueciendo sus formas de actuar. Cada modo de acción se presentará como un espacio diferente de expresión. Las representaciones son el sustento de la expresividad, permiten que se establezca como una estructura permanente en el tiempo en base a parámetros análogos a los de la música: duraciones, texturas, cadencias, alturas, pausas, etc.

“Absolutamente todos los procesos de musicoterapia tienen como objetivo ir enriqueciendo esta personalidad expresiva y la búsqueda de su movilidad es a nuestro entender fundamento de la dinámica musicoterapéutica.”¹²

La musicoterapia se adentra en el gran espacio que ocupan todas las asociaciones sonoras con el mundo simbólico del ser humano, un espacio potencial que alberga los núcleos de salud.

Los núcleos enfermos se generan por la inmovilidad emotiva del paciente, como consecuencia de esto, los modos y representaciones propios de la personalidad expresiva se ven debilitados. Ante esto, la musicoterapia pretende dar movimiento a estos núcleos estáticos, partiendo desde la dimensión sonora-corporal para así poder abrir nuevos espacios de representación.

Es así, que la musicoterapia plantea un derrotero que incorpora lo corporal, lo sonoro, lo rítmico y lo musical, factores mediante los cuales se establece una interacción entre el musicoterapeuta y el paciente, apuntando a la salud. El musicoterapeuta, en forma creativa, se centra en el mensaje que entrega el paciente a través de su expresividad, como un material para trabajar.

¹² *Ibidem*, p. 68

En esta interacción donde convergen cuerpo, espacio y sonido, podemos vislumbrar el encuentro de dos seres humanos, donde el terapeuta aparece como un otro dispuesto a participar de las vivencias sonoras y corpóreas del paciente, complementando así estas experiencias, para que éste logre tomar conciencia de la existencia de sus propios núcleos de salud y así poder aprovechar sus potencialidades latentes.

Gauna plantea:

“Este es el lugar de la musicoterapia, que abre los espacios para que surjan aquellos sonidos faltantes en la historia del paciente, aquellos sonidos que él, aunque sea inconscientemente, necesita escuchar. Así interpretamos a la musicoterapia, como un proceso de redescubrimiento y afianzamiento de los núcleos de salud.”¹³

Así, el terapeuta se convierte en el principal puente de acceso desde y hacia el paciente, donde el establecimiento del vínculo primario y sus posteriores resultados comunicativos determinarán el devenir del proceso musicoterapéutico. Se pretende que el paciente vaya adquiriendo autonomía, mediante el reconocimiento de sus núcleos sanos y enfermos.

Al momento de establecer el vínculo, cada terapeuta pone su impronta personal y utiliza sus propios recursos es pos de desarrollar un proceso terapéutico exitoso.

Los niños, al ponerse en contacto con materiales sensibles, como los utilizados en musicoterapia, experimentan emociones de índole diversa, estableciendo un panorama emocional complejo, variado e incluso contrastante. Será este espacio, el que a través de un despliegue expresivo amplio y espontáneo del niño, el que permitirá al terapeuta entregar las pautas y

¹³ Ibídem, p. 72

fundamentos que determinen tanto los métodos a utilizar, como la eficacia de los mismos.

3. Conceptos y técnicas de Rolando Benenzon

Debido a las condiciones de la paciente M, específicamente la ausencia de lenguaje oral, encontré conveniente acercarme a las ideas del musicoterapeuta argentino Rolando Benenzon.

El autor manifiesta que desarrollar intervenciones, ya sea en psicoterapia o musicoterapia, en contextos no-verbales, favorece la repetición de las primeras relaciones vinculares en los pacientes. Se sitúa al silencio como un eje fundamental en el proceso comunicativo. En su libro “La Nueva Musicoterapia” menciona:

“La musicoterapia es el arte de armonizar los silencios para permitir la comunicación.”¹⁴

3.1 Comunicación digital y analógica.

Es importante destacar los conceptos de comunicación digital y analógica. Por un lado, lo digital se refiere a las palabras, las cuales son signos que se rigen arbitrariamente según la sintaxis del lenguaje. Por otro lado, la comunicación analógica, en palabras de Benenzon:

¹⁴ BENENZON, Rolando. La nueva Musicoterapia. Buenos Aires: Grupo Editorial LUMEN. (2008), p. 83

“tiene sus raíces en periodos mucho más arcaicos de la evolución y, por lo tanto, encierra una validez mucho más general que el modo digital de la comunicación verbal, relativamente reciente y mucho más abstracto.”¹⁵

La comunicación analógica comprende: postura, gestos, expresión facial, inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo, la cadencia de las palabras mismas, todos aspectos no-verbales que surgen en cualquier contexto de interacción.

Benenson rescata el axioma de la pragmática de la comunicación de Watzlawick: “No es posible no comunicarse”. Cualquier forma no-verbal, como el silencio, el retraimiento, la inmovilidad, siempre están comunicando.

Dentro de la metodología y técnicas propuestas, se sitúan como fundamentales la observación, la receptividad y la espera desde el inicio de toda sesión de musicoterapia, en donde no debe haber ninguna acción por parte del musicoterapeuta. Se plantea como una actitud de alta dificultad a través de la cual podrá escuchar, percibir, recibir, aceptar, comprender todo lo que el paciente lleva a la sesión. La sola presencia corporal del musicoterapeuta lo vuelve parte del instrumental, hecho que posteriormente permitirá que el paciente reconstruya el objeto transicional corporal que fue el cuerpo de la madre.

3.2 Secuencias técnicas en el no-verbal

Etapas de un proceso de comunicación en musicoterapia:

1. Imitación: El musicoterapeuta realiza ecos rítmicos de lo que expresa el paciente, utilizando el mismo instrumento u otro parecido. Se produce el mismo fenómeno de imitación que sucede entre madre e hijo.

¹⁵ Ibídem p. 61

2. Imitación parcial: el musicoterapeuta acompaña o responde en imitación la expresión del paciente, variando los parámetros sonoros.

3. Preguntas y respuestas: el paciente expresa, y el musicoterapeuta responde con producciones sonoras e instrumentos diferentes.

4. Asociaciones córpore-sonoro-musicales: tomando en consideración los puntos anteriores, pueden surgir dentro del musicoterapeuta expresiones o producciones sonoras en base a la contra-transferencia que surge en el contacto con el paciente.

Benenson plantea sugerencias técnicas para la intervención musicoterapéutica en el no-verbal, como por ejemplo:

- No dar consignas en el comienzo de una sesión, siempre esperando que el paciente o el grupo sean los primeros en expresarse.
- Acompañar al paciente en su proceso, para esto se debe estar atento en no invadirlo.
- Apuntar a que el paciente logre una autonomía afectivo-emocional, reduciendo la necesidad de gratificación hacia el paciente.
- Estar preparado como musicoterapeuta para enfrentar los silencios, las descargas sonoras y las expresiones de los pacientes que no coinciden con el gusto estético propio.
- Reducir la ansiedad por finalizar la sesión.
- No interrumpir procesos de comunicación a menos que el paciente deje de hacerlo.
- El musicoterapeuta siempre debe estar observando al paciente durante las ejecuciones instrumentales.
- Trabajar frente a frente con el paciente en el contexto no-verbal.
- Permitir las descargas agresivas y sugerirlas si es necesario, en función del paciente.

4. Orientaciones de Bernard Aucouturier y André Lapierre.

4.1 Principios fundamentales para la intervención.

La lectura en torno al caso del niño “Bruno” me hizo mucho sentido y a la vez me sirvió de inspiración para realizar la intervención musicoterapéutica con M. Bernard Aucouturier y André Lapierre narran ilustrativamente el proceso de terapia psicomotriz de un niño que padecía un daño neurológico que afectaba su comunicación verbal y su motricidad. Se centran en trabajar en torno a su núcleo psico-afectivo, también mencionado como “Yo-profundo”, pues toda la experiencia corporal tiene una carga afectiva que induce a los movimientos, al contacto con el terapeuta y los objetos.

Se realza la importancia de la relación terapeuta-paciente en base a la comunicación no-verbal:

“En una comunicación de nivel tan primitivo con un niño tan seriamente perturbado, todos son matices; una posición, una mirada, una ínfima tensión, una sonrisa, una inmovilidad o un gesto. Todo esto es necesariamente “vivenciado” y no puede ser racionalmente controlado, so pena de perder toda autenticidad. Y el niño siente la autenticidad y no la teoría.”¹⁶

La primera comunicación del niño ocurre dentro del vientre materno, se genera una relación afectiva a través del contacto de su cuerpo con el entorno intrauterino. Estos contactos y tensiones son los que le provocan placer o disgusto, génesis de su interés por el otro y por el objeto.

El intercambio dialéctico entre dos acciones genera la comunicación. La interacción debe sostenerse en un equilibrio en el cual el otro no sea reducido a

¹⁶ AUCOUTURIER, B.; LAPIERRE, A. La educación psicomotriz como terapia “Bruno”. Barcelona, Editorial Médica y Técnica S. A. 1977, p. 16

mero receptor, sin poder actuar, así se evita el establecimiento de una relación alienante.

Es fundamental que el terapeuta esté preparado, en pleno dominio de su cuerpo, sus conocimientos y con claridad en los objetivos, de este modo podrá estar a total disposición del paciente, atento y empático a todo lo que pueda necesitar para desarrollarse en el contexto terapéutico. Aucouturier y Lapierre, en base a la psicología de Carl Rogers, sitúan la autenticidad, disponibilidad y empatía como cualidades esenciales que todo educador, reeducador o terapeuta deben poseer.

El terapeuta debe entregar, idealmente, pocos mensajes y estos deben ser simples y precisos para que sean plenamente accesibles al niño. De este mismo modo, debe saber esperar la respuesta. Es primordial adaptarse permanentemente a la evolución del niño, y con ello a toda su historia y potencialidades.

Cada paciente es único, lo cual no permite aferrarse o imitar un modelo de abordaje específico. Terapias de este tipo no pueden ser planificadas de forma anticipada, la creación es constante y se vive en cada momento de las sesiones.

El tipo de intervención propuesto por Aucouturier y Lapierre considera al paciente como un ser íntegro, por esto desarrolla múltiples acciones que abarcan la totalidad de la persona, no de forma disgregada puesto que el organismo a nivel de aparato neuromotor no opera así, sino de forma unitaria frente a los estímulos del exterior.

4.2 Principio de imitación.

Otro principio fundamental mencionado por Aucouturier y Lapierre para llevar a cabo su trabajo es el de imitación, el cual, como mencioné con antelación, cobró real importancia en la intervención con M.

“Cuando un niño quiere entrar en comunicación con otro, empieza por imitar los gestos de éste.”¹⁷

Instalada esta base, comienzan a consolidarse otros tipos de comunicación, como el intercambio de objetos, palabras, contactos corporales, entre otros.

“Imitar el gesto del otro es decirle que se le acepta. Es entrar dentro de su dinámica y situarlo como “conductor del juego”. Es afirmar simbólicamente que uno no pretende imponerse, sino someterse al deseo del otro.”¹⁸

De este modo, progresivamente se le hace evolucionar través de su propia iniciativa.

¹⁷ *Ibidem*, p. 35

¹⁸ *Ídem*.

V. DESARROLLO DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

1. Etapas.

El proceso completo tuvo una duración de 3 meses. Se llevaron a cabo 13 sesiones, efectuándose entre el 23 de agosto y el 29 de noviembre de 2012.

Las sesiones se realizaron los días jueves, la duración de las mismas fluctuaba entre los 40 y los 50 minutos, dependiendo de las necesidades de M, de los elementos emergentes que iban apareciendo, o bien las circunstancias de la escuela misma. Las sesiones partían habitualmente a las 11:30 y terminaban minutos antes de las 12:30, pues ese era el horario de almuerzo de M.

Cada sesión tuvo la misma estructura:

- **Inicio:** Nos ubicábamos en el setting, usualmente alrededor de la colchoneta redonda, sobre la cual estaban los instrumentos musicales tapados con la manta amarilla. Yo cantaba la canción de bienvenida, acompañada de la guitarra.
- **Desarrollo:** Se ponían en juego las técnicas de musicoterapia propuestas (receptivas, activas y movimiento corporal).
- **Cierre:** Colocaba los instrumentos dentro de la colchoneta circular para taparlos y cantaba la canción de despedida.

1.1 Primera etapa: Aproximación diagnóstica

Esta primera fase corresponde a las primeras 3 sesiones, en las cuales me enfoqué en conocer las capacidades, recursos y necesidades de M en pos de crear el vínculo terapéutico.

En esta etapa, se procura promover la aceptación e interacción paciente-musicoterapeuta, a través de experiencias musicales, como la manipulación de los instrumentos y el movimiento corporal.

1.2 Segunda etapa: Desarrollo

Etapa que abarca desde la cuarta a la décima sesión, en donde se pretende establecer y consolidar el vínculo terapéutico.

Esta fase cobra real importancia ya que en ella se irá intensificando el despliegue metodológico propuesto, llegando a un estado creciente de conexión e interacción entre paciente y musicoterapeuta.

1.3 Tercera Etapa: Cierre

La etapa final de este proceso, está constituida por las últimas 3 sesiones. Se prepara el término del proceso musicoterapéutico, dimensionando los avances logrados y potenciando el vínculo creado, en donde se pretende profundizar en el plano más emotivo de M, tomando en cuenta la relación con su madre.

2. Aproximación diagnóstica.

Cuando llegué a la escuela San Juan de Dios para realizar mi práctica profesional, la misma institución seleccionó en forma interna a los alumnos que participarían de la intervención musicoterapéutica. M fue escogida para llevar a cabo un proceso individual conmigo, informándose, antes de partir, que la eligieron pues era una alumna que mostraba agrado constante por la música y que además tenía muy buena asistencia a clases.

Para referirme a la fase de diagnóstico, escogí el concepto de “Aproximación diagnóstica” propuesto por Gustavo Gauna, el cual sitúa al diagnóstico como una etapa que va más allá de la mera recolección de información referente al sujeto de atención, sino que la plantea como una instancia de construcción vincular entre terapeuta y paciente. De este modo, Gauna expresa:

*“El diagnóstico en musicoterapia es una co-construcción entre infante/niño y terapeuta. Allí los contenidos serán delineados tanto por la espontaneidad puesta en juego en el infante y/o niño, como por los aportes teóricos y de la experiencia del musicoterapeuta; todo tendiente a ofrecer una “apertura expresiva” en el niño, sostenida y contenida desde la misma expresividad del terapeuta”.*¹⁹

2.1 Perfil de M.

La paciente M es una niña de 8 años que vive con ambos padres, su madre es asistente en una farmacia y su padre es escritor. Nació prematura de 28 semanas, con Síndrome de Down. El diagnóstico evolucionó hasta Retraso

¹⁹ GAUNA, Gustavo. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun Editorial, 2008, p. 116

Mental severo, Hipotonía y Retraso del Desarrollo Psicomotor (RDSM) moderado, secundario a falta de integración sensorial. Además, presenta un Trastorno del Lenguaje severo, secundario al SD.

No asiste a jardín infantil, ingresando con 2 años a la Escuela Especial San Juan de Dios de Viña del Mar. En este establecimiento recibe atención profesional por parte de Educadores Diferenciales, Kinesiólogo y Fonoaudiólogo.

En su informe psicopedagógico, se evidencia que M disfruta de la cercanía de otros y de las experiencias de estimulación auditiva y visual. En cuanto a las dificultades es preciso mencionar sus reducidos periodos de atención. Presenta problemas en el aprendizaje y no se relaciona con sus pares; por otro lado, no tiene inconvenientes para participar en el aula, ni presenta conductas disruptivas, asistiendo regularmente y con agrado a clases. Cuenta con el apoyo de su familia.

M presenta un déficit visual que no ha podido ser evaluado por su edad. Sus restos visuales le permiten reconocer personas y trabajar a nivel de escritorio en el aula, optimizándose su trabajo cuando se ocupa luz natural directa.

A través de una evaluación de la audición se determina que posee un rango auditivo normal en ambos oídos. Se aplican instrumentos de observación Fonoaudiológica y de Evaluación Funcional de Comunicación, los cuales evidencian el nivel expresivo de M, el cual es preferentemente a través de gestos y sonidos. Su nivel receptivo es preponderantemente por vía auditiva, con ayuda táctil y visual.

En cuanto al área cognitiva, se aplican el instrumento COACH y Pauta de Evaluación Multi-sensorial, los cuales muestran que M posee un estilo de aprendizaje sensorial. Las vías preferentes por las cuales explora el medio son la visual con apoyo auditivo, táctil, olfativo y gustativo. En su nivel de desarrollo

de habilidades cognitivas solamente identifica. Se sugiere, como apoyo en aula, que M tenga experiencias de aprendizaje que utilicen diversas vías sensoriales, adecuar la cantidad y extensión de información que se entrega, otorgar mayor tiempo de espera de respuesta y utilizar materiales con distintas texturas, colores y relieves.

Sobre el área motriz de M, informes médicos y la información de la anamnesis realizada en la escuela, indican que presenta una hipotonía generalizada. La evaluación funcional de su capacidad motora arroja que posee movilidad, desplazamiento, manipulación y control postural en un nivel regular, mientras que su autonomía es deficiente. Sus posibilidades motoras le permiten desplazarse de preferencia acompañada. Como apoyos técnicos se sugiere un carro de arrastre y en el aula se propone contar con material adaptado a sus posibilidades motrices y barras de apoyo. En el establecimiento, se requiere que exista un lugar adecuado para muda o cateterismo, y barras de apoyo en pasillos y escaleras, además del apoyo kinesiológico.

En el área de desempeño personal y social, se determina que M necesita un apoyo extenso (en varios contextos y a largo plazo) en diversos ámbitos como la vida doméstica, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y tiempo libre. En los planos de autocuidado y habilidades sociales se requiere un apoyo limitado (intensivo por tiempo limitado). En el aula, se sugiere proveer a M de espacios de exploración del entorno y generar instancias en donde interactúe con pares. En el establecimiento, se requiere implementar barras laterales que faciliten su desplazamiento y su participación en las distintas situaciones de interacción social. En el hogar, se propone implementar normas que favorezcan los procesos de alimentación, además de generar instancias de participación con pares en actividades de diversa índole. A nivel de comunidad, se sugiere abrir espacios de participación real tanto de M, como de su familia.

En cuanto al contexto familiar y social, en el establecimiento señalan que la familia ha demostrado su compromiso y entrega en el cuidado de la niña, así como también la responsabilidad y apoyo en su desarrollo. Se especifica que su entorno socio-cultural dificulta su participación, así que se sugiere que como familia accedan a redes de apoyo que le permitan a M tener nuevas experiencias de recreación y esparcimiento.

Al conocer a M, se observa una niña que se comunica a través de gestos y balbuceos. No establece contacto visual y pareciese que tiene su atención siempre en el entorno, no en las personas. Se focaliza en los objetos que le interesan en forma breve, tomándolos con ambas manos, levantándolos y examinándolos con el tacto, el oído, el olfato y sobretodo el gusto. El compromiso motor que posee no le permite caminar por sí sola, cuando se le ofrece ayuda accede rápidamente. Su expresión facial es acorde a sus emociones, apreciándose claramente cuando está contenta o cuando algo le desagrada. Se constata que M es una niña que disfruta de la manipulación y exploración de los instrumentos musicales a través de sus sentidos.

2.2 Observaciones obtenidas a partir de cada de una de las tres sesiones propuestas como “Aproximación diagnóstica”.

2.2.1 Primera sesión correspondiente al 23 de agosto de 2012

En este primer encuentro, la profesora de M la va a dejar a la sala. Le pido que la siente frente a la colchoneta redonda sobre la cual están los instrumentos musicales, yo me siento frente a ella. Le cuento que me había enterado de que a ella le gustaba la música y que íbamos a tocar los instrumentos musicales que ahí estaban. Le muestro la guitarra y ella comienza a aplaudir, comienzo a tocar la canción de bienvenida que había hecho para

ella (ver Anexo 3). Durante este momento ella balbucea una vez y mueve sus manos.

Luego, le pregunto si quiere tocar algún instrumento musical. Le muestro el toc-toc y lo toco un par de veces, se lo ofrezco para que lo tome. M accede, tocándolo un par de veces. Tomo el triángulo y lo toco, éste parece llamarle más la atención, aplaude y emite algunos balbuceos. Continúo con los shakers, accede inmediatamente a tomar uno; mientras lo manipula mueve su cuerpo en una especie de vaivén, emite sonidos vocales, surgiendo por primera vez la sílaba “ma”. Luego de una breve pausa, yo tomo el tambor de juguete y comienzo a tocarlo con una baqueta, le pregunto si quiere tocarlo y se lo acerco ofreciéndole la baqueta, ella deja el shaker y la toma rápidamente. Yo tomo otra baqueta y toco el tambor. M comienza a agitar sus piernas mientras toco, percibo cierto agrado de su parte. Tomo el palo de agua y lo muevo varias veces, M emite algunos sonidos con su voz. Cuando dejan de sonar las semillas, balbucea fuerte de nuevo y frunce el ceño, mostrando de alguna forma de desagrado porque había cesado el sonido. Luego tomo la kalimba, ella se queda quieta unos segundos y comienza a producir sonidos con su voz.

Vuelvo a la guitarra, comienzo a tocar y cantar la canción infantil “La cuncuna amarilla”, del grupo chileno Mazapán. Ella se queda quieta unos segundos y luego comienza a emitir gritos varias veces, agitar sus manos y mover su cuerpo en un vaivén suave. Estos movimientos se alternaban con momentos de quietud en los cuales parecía que M escuchaba con atención la canción. Dejo de cantar y percuto el bongó. Ella lo escucha y emite con su voz varias veces la sílaba “ti” animadamente, yo la imito en forma breve.

Luego de haberle mostrado todos los instrumentos, me acerco a M, sentándome al lado de ella con la guitarra, comienzo a cantarle otra canción tradicional del folklore (“La Vicuñita”). Ella parece escuchar, pues aquietta sus movimientos corporales y su emisión vocal. Sosteniendo un shaker en sus

manos mientras canto, se lo lleva a la boca constantemente, y comienza a hacer suavemente el vaivén con su torso. Emite la sílaba “ma” y varios sonidos vocales fuertes.

Después de este momento, le ofrezco el pandero pequeño, ella lo toma con una mano y comienza a agitarlo de forma automática varias veces. Yo acompaño a M imitando su movimiento corporal y agitando el sonajero. Ella emite nuevamente la sílaba “ma” y comienza a golpear el pandero contra su rodilla, produciendo un patrón de golpes con pulso estable, que repitió varias veces. Yo imito su movimiento en espejo, golpeando mis rodillas. Luego de repetir un par de veces este patrón, comienza a examinar el pandero.

Le acerco el sonajero, ella lo toma y comienza a agitarlo produciendo un patrón rítmico similar al que tocó en el bongó. Yo espejo el ritmo con el toc-toc. Al darse cuenta M que estoy imitándola, se detiene y sonríe, para luego continuar tocando.

Tomo la flauta, M va alternando momentos de quietud y escucha, con momentos de agitación corporal cuando agita el sonajero. Esta dinámica parece agradaarle, al igual que la anterior, pues cuando se detenía reía. Luego de este momento, surge nuevamente el emergente verbal “ma”, yo acompaño su producción vocal con el sonajero.

Luego de un instante, le acerco el chimes. Ella comienza a tocarlo con ambas manos, lo cual le produce agrado, pues mueve todo el cuerpo, aplaude y balbucea con entusiasmo. Nos quedamos varios minutos manipulándolo. Sin darme cuenta, de forma natural había dejado de verbalizar dando paso a los sonidos de M y de los instrumentos.

Nos quedamos en silencio, sin tocar nada unos segundos. Le paso un shaker y lo toma, pasándolo por su cara. Yo tomo el otro y empiezo a imitar su acción para luego acariciar su rostro con el shaker, ella sonríe.

Ya hacia el final de la sesión, tomo la flauta y comienzo a tocar la melodía de la canción de bienvenida, que es la misma de la canción de despedida (ver Anexo 3). M escucha con el shaker en sus manos, tomo la guitarra y comienzo a tararear la misma melodía para luego cantar la canción. M se queda quieta escuchando y emite un sonido vocal fuerte cuando termino.

En términos generales, en esta primera sesión de musicoterapia, se constata que M es una niña que muestra un notorio interés por lo musical, explora los instrumentos y se conecta con sus sonoridades.

La producción sonora de este primer encuentro se basó en los sonidos de los instrumentos musicales manipulados, en los sonidos vocales de M (balbuceos) y en mis intervenciones verbales, que en un principio fueron constantes y que hacia el cierre se hicieron mínimas. Me di cuenta que se hace necesario emplear técnicas no-verbales porque tiene un retraso mental severo y carece de lenguaje. De todas maneras, surgió el emergente verbal “ma”, el cual fue pronunciado varias veces por M, principalmente cuando quería tomar algún instrumento, o bien lo estaba manipulando. La recurrencia de la aparición de este emergente se asocia a su relación materna, pues a través de la información entregada por la escuela, su madre sería su principal cuidadora.

En el plano corporal, se observa que M, dada su hipotonía, necesita tener contacto con sus pies, más que con las manos, por lo mismo ejercía fuerza para sentir los objetos que manipulaba.

Es importante mencionar que la elección de las canciones que canté en esta sesión, se basó en la intuición del momento y no en una idea preconcebida. Además, debido a mi labor como docente de música, conozco varias canciones del repertorio infantil.

2.2.2 Segunda sesión correspondiente al 30 de agosto de 2012

Al inicio de la sesión, los instrumentos están ubicados dentro de la colchoneta con forma de círculo, tapados con una manta amarilla. Invito a M a despertar a los instrumentos que están durmiendo, me ayuda a sacar la manta. Canto canción de bienvenida (voz y guitarra), antes de terminar de cantar, M toma el triángulo y lo mueve. Cuando termino de cantar agita sus manos.

Le pregunto si recuerda los instrumentos, toma el toc-toc (el que estaba más cerca). Lo toco y manifiesta aprobación inmediata, sonrío y balbucea. Toco con la baqueta de forma alternada el toc-toc y distintas partes del cuerpo de M y además toco desde distintos lados (arriba-abajo-a los lados-atrás). Al tocar el triángulo también escucha con mucha atención. Al tocar la flauta no se aprecia tanta aprobación como con los anteriores, cuando escucha su sonido pone cara de “duda”. Luego toco la kalimba y también demuestra interés, le gusta cuando lo toco poniéndolo en sus oídos para sentir la vibración de la caja de resonancia. Posteriormente, tocamos juntas el bongó, sentadas frente a frente, toca un par de veces los parches con fuerza. Luego, la ayudo a ponerse de pie y nos movemos juntas con el palo de agua entre nuestras manos tomadas, luego probamos con el cascabel. La observo por unos minutos en silencio para ver qué sucede, ella se mantiene tranquila, observando el setting, se inclina y toma la kalimba. Le saco los zapatos y la acuesto en la colchoneta, me acuesto junto a ella y toco la kalimba, ella igual trata de tomarla. Luego se reincorpora y toma el sonajero-tambor, lo manipula por varios minutos. Nos acercamos al cierre de la sesión y para esto le acerco el chimes, el cual había mostrado notable preferencia la sesión pasada. Lo toca mientras yo lo sostengo.

Ya en el cierre de esta sesión, tapo los instrumentos con la manta amarilla, contándole que se van a dormir. En un momento corto, su rostro expresa cierta

decepción al tapar los instrumentos y trata de destaparlos. Canto la canción de despedida.

Las producciones sonoras que se destacaron en esta sesión fueron las vocalizaciones de M; mi voz al principio y al cierre en las canciones de saludo y despedida y al momento de improvisar vocalmente a partir del emergente verbal “mamá”, pronunciado por M; y el sonido de los instrumentos musicales.

Si bien no hubo comunicación verbal, en un momento de la sesión, como mencioné anteriormente, M dice y repite varias veces la palabra “mamá” y también surge la sílaba “si”.

En cuanto a la corporalidad de M, logro notar que escucha con atención cuando canto junto a la guitarra las canciones de bienvenida y despedida. Tiende a levantar la cabeza y dirigir la mirada hacia abajo. Cuando escucha los sonidos de los instrumentos que más le interesan, se mueve un poco (como con la guitarra). Manifiesta aprobación al aplaudir, agitar las manos y al estirar las piernas. Al descubrir el instrumento musical chimes, observé en ella la expresión de una emoción relacionada con el bienestar, con el sentirse cómoda y tranquila. Agitaba sus brazos con entusiasmo, extendiéndolos para querer tomarlo e impulsaba su cuerpo hacia él, además sonreía y reía. El disgusto no está claro aún, cuando no le gusta algo o se cansa, realiza gestos con su rostro. Sigue con la cabeza y la mirada cuando pongo el instrumento arriba, abajo, al lado, atrás, adelante. También estando sentada, gira su cuerpo siguiendo los instrumentos cuando los cambio de un lugar de la sala a otro.

En un momento, la ayudé a pararse y nos movimos con el palo de agua en nuestras manos y luego el cascabel. Agitaba todo su cuerpo en una especie de baile. Noté que se cansaba al estar de pie mucho rato y trataba de volver a sentarse, esto encuentra explicación en la hipotonía que posee. Al acostarla

sobre la colchoneta, se muestra cómoda. Lo mismo al sacarle los zapatos. Se reincorpora sola para sentarse.

Al poner el chimes en la pared, trató de acercarse a él, haciendo cierto esfuerzo para hincarse. Luego de intentarlo un momento, se queda en su lugar. La ayudo de a poco a acercarse, aquí es cuando se afirma en mis rodillas y coloca su espalda contra mi pecho, en una posición contenedora. Nos quedamos un largo rato así, mientras yo sostenía el chimes y ella lo manipulaba.

En síntesis, se observa que M, en sus núcleos de salud, logra establecer contacto conmigo, a través de sonrisa y balbuceo. Al tocar los instrumentos se observa que escucha bien. En esta sesión me costó darme cuenta que no tenía que usar la comunicación verbal, logre entenderlo y guardar silencio. Se reafirma que sus pies son importantes para comunicarse y para sentir el entorno, tiende a sacarse sola los zapatos. Al término, ella manifiesta cierta decepción, siendo que la sesión fue larga (50 minutos, aproximadamente).

Considero que en esta sesión sucede un hito que marca el proceso musicoterapéutico, pues a diferencia de lo que ocurrió en la primera sesión, donde M se mantuvo distante y con su atención principalmente puesta en el entorno, aquí se produce su primer acercamiento corporal, acurrucándose entre mis piernas. Esta acción demuestra su confianza y conexión conmigo, que apuntan al desarrollo del vínculo que se quiere lograr en este proceso.

2.2.3 Tercera sesión correspondiente al 06 de septiembre de 2012

Para comenzar la sesión, ubico a M al lado del espejo y la invito a despertar a los instrumentos que están “durmiendo”, esta vez no me ayuda a sacar la manta como la sesión anterior. Noto que está más distraída que al inicio de la

sesión previa, pienso que quizás se debe a la nueva ubicación espacial. De todas maneras, al darse cuenta que los instrumentos suenan debajo de la manta, expresa alegría. Canto canción de bienvenida (voz y guitarra), M pone atención inmediatamente cuando empieza a sonar el arpegio de la canción, mientras canto toma la flauta y animosamente comienza a manipularla y a agitarla.

Tomo el toc-toc y comienzo a hablarle marcando el ritmo de mis palabras con el instrumento (como en la sesión pasada), toco para ella durante un momento. Pongo música envasada de la serie infantil “Jorge el curioso” pues en cuestionario rellenado por la mamá decía que le gustaba mucho esa música. Al escucharla M aplaude pero inmediatamente su atención se centra en el espacio nuevamente, quizás el escuchar música envasada en la escuela es algo habitual y que no representa novedad para M. Tomo dos cintas de colores (verde y rosada), y comienzo a moverlas alrededor de ella con la música de fondo (su profesora me había dicho que le agradan las cosas que cuelgan), M expresa entusiasmo, aplaude y se mueve tratando de tomar las cintas. Cambio la música, y continúo moviendo las cintas, ahora sentada frente a ella, estirándoselas y recogéndolas, ella trata de tomarlas en una especie de juego. Cambio la música nuevamente a una de percusiones para continuar la dinámica, trato de pararla con una de las cintas, pero M no muestra deseos de estar de pie, poniendo resistencia. Le acaricio el rostro rozándola con las cintas, ella muestra agrado. En este momento es cuando M emite por primera vez un grito. Tomo un shaker y comienzo a agitarlo al ritmo de la música, M escucha y aplaude. Ella también toma un shaker y se lo lleva a la boca, al hacer esto su atención se centra plenamente en su acción, dejando de lado las cintas y la interacción conmigo.

Apago la música envasada. Luego improviso una canción acompañada del shaker sobre lo que hace M con un triángulo. Cuando menciono su nombre en

la canción ella se ríe. Por casualidad golpea el espejo que esta junto ella y lo descubre como otro objeto sonoro, se voltea hacia él y comienza a golpearlo con ambas manos. Yo acompaño sus golpes con el shaker, después de un momento decido alejarla del espejo para que no se hiciera daño por una eventual rotura, pues lo estaba golpeando con fuerza. Basta con que me acerque para que se detenga, pues al parecer ella lo recibe como un gesto de cariño, pues se voltea hacia mí y sonrío emitiendo una vocalización que me evoca ternura.

Luego, tomo dos shakers y le paso uno a ella, se produce una breve improvisación en donde tocamos al mismo tiempo. Pruebo metiendo los shakers en sus bolsillos pero no se da cuenta de ellos. De repente, fija su mirada en el piano de juguete y lo toca con una mano, inmediatamente lo acerca hacia ella y comienza a tocarlo con mucha fuerza, al agitar su cuerpo lo pateo y esto hace que se aleje. Lo observa y se inclina hacia él para traerlo hacia sí, nuevamente. Emite unas vocalizaciones como si le hablara al instrumento, lo toma como abrazándolo contra su pecho y continúa tocándolo con fuerza, como si fuese un tambor, con ambas manos. En ese momento tomo el toc-toc y lo toco, esto pareciese que la sacó de su atención en el piano de juguete pues lo deja al momento de lado.

Se vuelve a inclinar sobre el setting, en intención de búsqueda, toma los cascabeles y comienza a agitarlos, manifestando entusiasmo cuando suenan. Mueve todo su cuerpo cuando lo toca, como imitando la agitación del cascabel. Tomo el sonajero de semillas y lo agito también, acompañando cuando ella toca.

Luego de tocar un momento de forma intermitente, se hinca como tratando de acercarse al setting en búsqueda nuevamente. Toma el sonajero de semillas, el cual capta su atención por un buen rato, observando sobretodo como cuelga desde su mano. Luego de un minuto, se voltea y se acuesta boca

abajo, comenzando a tocar el sonajero contra el suelo, manifestando agrado. Se vuelve a sentar sola y sigue manipulando este instrumento, yo comienzo a tocar los cascabeles, pero esto no parece abstraerla de su atención sobre el sonajero.

Después de un momento, con la baqueta comienzo a tocar el chimes que está colgado en la pared. Sucede que al mismo tiempo que comienzo a tocar ella se agita con energía, moviendo el sonajero y emitiendo un sonido agudo con la voz mientras se mira en el espejo, repite dos veces esto y luego grita.

Le acerco el chimes y ella inmediatamente se incorpora en su postura sentándose. Estira manos y piernas en muestra de querer tocar el instrumento. Lo alejo un poco y ella comienza a gatear para acercarse a él. Realiza un movimiento de vaivén (hacia adelante y hacia atrás) con su cuerpo mientras emite sonidos agudos y gritos con la voz al ritmo del movimiento (esto lo repite siempre que gatea un poco). Pareciese que se queda en una posición fija por cansancio pues dobla los brazos quedando apoyada en los codos. Yo me siento contra la pared con el chimes, como provocando que se acerque. M vuelve a apoyarse en sus manos, grita y golpea el suelo con una mano. Se acerca hacia mí quedando de frente y observa el chimes un momento. Al tratar de sentarse se hace para atrás y de paso encuentra el sonajero de semillas, emite un sonido vocal como de alegría, lo toma y mueve. Realiza nuevamente el movimiento de vaivén con su cuerpo. Se mantiene un rato con su cuerpo boca abajo, sonajero en mano, se agita y golpea contra el suelo. Luego, rápidamente se pone a gatear hasta donde estoy yo y alcanza el chimes, sonrío y emite sonidos de alegría al tocarlo. Yo toco el chimes una vez y luego suavemente a ella, repitiendo varias veces la operación.

Después de manipular el chimes con mucho agrado, M se recuesta hacia un lado con el sonajero, yo la imito y toco la kalimba suavemente, se produce a mi parecer un momento muy íntimo de conexión en el cual ella se mantiene

recostada junto a mí y acerca el sonajero con delicadeza a mi rostro para tocarlo. Después de este momento ella se sienta y parece cansarse de la kalimba, pues la toma y la tira hacia un lado. En este momento yo la tomé de nuevo y seguí tocando un rato más. Posteriormente, hacia el cierre de esta sesión, M se recuesta y toma el triángulo para observar como cuelga desde su mano y como gira.

Ya anunciando el cierre de la sesión, Tapo los instrumentos con la manta amarilla para que se “vayan a dormir” y canto la canción de despedida.

Las producciones sonoras fueron muy similares a las de la segunda sesión, surgiendo nuevamente el emergente verbal “mamá”. En esta ocasión M emite varios gritos por primera vez dentro del espacio musicoterapéutico. Mi voz aparece cada vez con menos frecuencia, decididamente sólo en las canciones de bienvenida y despedida. Al principio de esta sesión, le hablé a M marcando el ritmo de las palabras con instrumento de percusión (toc-toc). Se van haciendo cada vez menos necesarias las intervenciones verbales.

Dentro de este ámbito sonoro, se destacan los sonidos de los instrumentos musicales. M toca los instrumentos de forma intermitente, momentos cortos que se van separando de momentos de silencio.

De lo observado en cuanto a la corporalidad de M en esta sesión, es importante mencionar que no mira a los ojos mientras toco para ella, manteniendo su atención en el espacio de la sala. De todas maneras, después de observar la grabación pareciera que atiende y escucha pues se aquieta mientras suena el instrumento.

Con frecuencia aplaude y vocaliza en gesto de aprobación. Del mismo modo, en un momento expresó su reprobación, cuando yo insistía en tocar la kalimba, tomándola y arrojándola a un lado con fuerza.

Toma los objetos, como la cinta o el sonajero de semillas, los alza sobre su cabeza mientras observa desde abajo, viendo como cuelgan. Lleva su lengua a los objetos y viceversa (instrumentos, colchonetas, etc.).

Cuando gatea realiza un movimiento de vaivén (hacia adelante y hacia atrás) con su cuerpo mientras emite sonidos agudos y gritos con la voz al ritmo del movimiento (esto lo repite siempre que gatea un poco). Pareciese que se queda en una posición fija por el cansancio, pues dobla los brazos quedando apoyada en los codos.

En esta tercera sesión, observo que M centra mucho su atención en el entorno y no en mí, lo cual no aportaba a la conexión paciente-terapeuta que se pretendía lograr. Me doy cuenta que debo llamar su atención de alguna manera, en este caso, con las cintas. El escoger música envasada para acompañar la acción no generó mucha respuesta por parte de M, quizás por el hecho de que habitualmente escuchan música en las salas y no es algo novedoso para ella.

Traté de pararla con una de las cintas, pero M no muestra deseos de estar de pie, poniendo resistencia. Me doy cuenta que debo respetar las capacidades de ella, sin forzarla a algo que no pueda hacer, se debe trabajar con ella sentada o como este dispuesta.

Es importante darse cuenta de la edad cognitiva del paciente, pues si bien M posee una edad cronológica de 8 años, su desarrollo cognoscitivo es el de un bebé, lo cual se ve reflejado en sus expresiones, como el hecho de llevarse los instrumentos a la boca o gritar. Según las etapas del desarrollo planteadas por Jean Piaget, M se encontraría en el periodo sensoriomotor, en donde el niño tiene un pensamiento egocéntrico y su capacidad de adaptación se basa en dos herramientas: percepción y motricidad.

El descubrimiento del espejo reafirma lo anterior. Al sacarla del espejo, me doy cuenta que puedo acercarme a ella y que acepta mi contacto. A partir de

esta sesión, considero que es importante darle más espacio a M para que manipule los objetos del setting el tiempo que necesite, sin quitárselos. Lo mismo cuando ella toca, no intervenir para observar y escuchar sus producciones sonoras y su corporalidad desenvolverse por sí misma.

3. Objetivos.

3.1 Objetivos generales.

- Fomentar la aceptación del otro dentro de un espacio de interacción.
- Estimular la expresión corporal y sonora a través de la música.

3.2 Objetivos específicos.

- Fomentar la conexión con la terapeuta.
- Fomentar la aceptación del contacto físico con el otro y su coordinación.
- Estimular la activación musical a través de la manipulación de instrumentos musicales y sonidos vocales.

4. Metodología.

4.1 Setting.

Para realizar las sesiones, la escuela facilitó su sala multi-sensorial, la cual estaba acondicionada con colchonetas, un espejo grande y buena iluminación natural. Si bien no era grande, se presentaba como un espacio muy acogedor.

Utilizamos este espacio desde la primera sesión hasta la sexta, pues luego tuvimos que cambiar de sala por motivos internos de la Institución. Desde la

séptima sesión hasta la onceava, ocupamos la sala del curso de M. Este espacio era más grande, con iluminación similar a la anterior, no había espejo, pero contábamos con las mismas colchonetas de la otra sala. Las últimas dos sesiones, las realizamos nuevamente, en la sala multi-sensorial.

4.2 Recursos materiales:

- **Instrumentos:** Guitarra, bongó, pandero pequeño, toc-toc, kalimba, triángulo, par de shakers, palo de agua, tambor de juguete, flauta dulce, cascabeles, piano de juguete, chimes, sonajero de semillas y sonajero-tambor.
- Peluche “Minnie Mouse”, canasto de juguetes.
- Ramas de hojas verdes, ramas secas, flores, piedras, agua.
- Colchonetas y manta.
- PC

4.3 Técnicas utilizadas en las sesiones musicoterapéuticas.

- **Técnicas receptivas:**
 - Escucha de música envasada.
 - Canción de bienvenida y despedida.
- **Técnicas activas:**
 - Exploración de los instrumentos musicales.
 - Exploración de elementos de la naturaleza como ramas, hojas, piedras.

- Improvisación musical (expresión libre y creativa a través de cualquier instrumento).
- Improvisación vocal.
- Improvisación de canciones.
- Diálogos musicales.
- Juego de eco rítmico o sonoro.
- Movimiento con elementos al ritmo de canciones.

5. Descripción y análisis de las sesiones que se presentan como relevantes dentro del proceso musicoterapéutico.

En este apartado, haré referencia a 4 sesiones, en las cuales ocurrieron hitos que marcaron el proceso de musicoterapia desarrollado con M. Se incorpora la última sesión de modo simbólico, ya que esta de alguna forma aparece como una capitulación de la totalidad del proceso realizado.

5.1 Séptima sesión correspondiente al 11 de octubre de 2012

A partir de esta sesión, se cambia la sala por motivos internos de la institución. De este punto en adelante se llevaron a cabo en la sala del curso de M. En esta sesión faltó el chimes, pues se encontraba permanente en la sala multi-sensorial donde se desarrollaban antes las sesiones.

Es importante mencionar que desde la tercera sesión en adelante yo iba a buscarla al lugar donde se encontrase, ya fuese su sala de clases, o la sala común. Ella caminaba con mi ayuda, para esto, yo me ponía detrás de ella y la tomaba de ambas manos.

Para dar inicio a la sesión, ingresamos a la sala, siento a M en la colchoneta, me dirijo al computador para iniciar grabación y ella inmediatamente toma la manta amarilla y la retira, toma la guitarra y la acerca hacia ella para golpearla con su mano, al hacer esto expresa agrado. Encuentra una ramita con hojas, la toma, manipula y se la lleva a la boca, mientras ella realiza esta acción, yo canto la canción de bienvenida.

Luego, manipulamos diversos elementos de la naturaleza, como ramas y flores. M se las lleva a la boca y las agita, muestra mucho interés por ellas, pues por largo rato se centra en ellas sin tomar los instrumentos musicales. Las piedras no le llaman la atención, pues las rechaza. De un momento a otro, M se pone de pie sola, algo que no había hecho nunca hasta ahora. Se mantiene largo rato así (6 minutos aprox.) con una ramita en una mano y con la otra se apoya en la pared, golpea una puerta metálica la cual resuena fuerte, imito el sonido agitando una fuente plástica en la cual tenía las piedras. M sonríe y mueve sus pies como marcando pasos. Le gusta observar como cuelga la rama. Le muestro diferentes tipos de ramas y entremedio el sonajero de semillas, no muestra interés hasta que recibe una rama que le entrego, luego me pongo de rodillas junto a ella y recibe el sonajero de semillas. Me siento al frente de ella y toco el toc-toc, se aprecia en su rostro mucho agrado, reconociendo un sonido conocido. Se queda un momento escuchando y cuidadosamente se sienta. Continúa manipulando la rama, yo el toc-toc; luego el tamborín. Tomo la kalimba, M muestra interés como en algunas sesiones anteriores, acerca su cabeza para escuchar su resonancia en el oído. Luego tomo el triángulo, se lo ofrezco y lo toma, le gusta mirar como cuelga. Hago sonar varias ramas de nuevo, pero no quita su atención del triángulo. Se estira en el suelo acostada boca abajo, luego se voltea estirando sus piernas, al hacer esto sus piernas quedan sobre las mías, ella sigue con el triángulo y yo con la baqueta del mismo, tocándolo de vez en cuando. Ella se vuelve a sentar quedando espalda con espalda conmigo, ella sigue moviendo el triángulo. Yo

me pongo de espalda, ella pone su mano sobre mí y me descubre como un instrumento más, aplaude y sonrío, me golpea en la pierna y estómago como un tambor suavemente, yo la imito y toco en su pierna, ella responde un par de veces. Me pongo frente a ella y vuelve a sonreír. Vuelve a tomar el triángulo unos momentos, quitando su atención de mí, pero luego vuelve. Tocamos la guitarra, haciendo resonar su caja con las manos.

Para cerrar la sesión, tapo los instrumentos con la manta amarilla para cantar la canción de despedida. En ese momento M toma mi zapatilla y la deja colgar desde los cordones para ver como cuelga, yo tomo la de ella y la dejo colgar también junto a ella. Luego tomo la otra zapatilla mía, para hacer lo mismo. Canto la canción de despedida, le coloco sus zapatillas mientras ella sigue con la mía en su mano. Me pongo las mías sin que ella se oponga.

La producción sonora de esta sesión se enriqueció con la incorporación de los elementos de la naturaleza, objetos que despertaron mucho interés en M. El sonido de las ramas y las piedras se suman a las sonoridades ya instaladas como constantes del proceso: el sonido de nuestras voces y el de los instrumentos musicales.

Al analizar su desenvolvimiento corporal, en esta sesión ocurre un suceso anteriormente mencionado, en el cual M se pone de pie por primera vez y por iniciativa propia, manteniéndose así 6 minutos aproximadamente. En ese momento la aprecié muy cómoda, manipulando una rama y por lapsos cortos, incluso sin apoyo de manos. Atribuí su acción al hecho de que nos encontrábamos en su sala de clases, lugar en el cual ella habita a diario gran parte del día, y por lo tanto, un espacio conocido por ella.

Cuando me informaron de que cambiaríamos la sala para llevar a cabo las sesiones de musicoterapia, me preocupé un poco, pues pensé que afectaría en forma negativa el proceso, al modificar parte importante del encuadre, pero

realmente M se desarrolló tranquilamente, sin desconocer ni el setting, ni a mí. Todo lo contrario, en esta sesión considero que se crea el vínculo paciente-terapeuta, pues M toma contacto directo conmigo, dándose el tiempo de tantearme y expresando, a través de toda su corporalidad, agrado y alegría de estar ahí. Me toca como instrumento varias veces, y hacia el término de la sesión, toma mi zapatilla como una acción que me dejó entrever que existía un reconocimiento de otro y que había interés de interactuar con él.

5.2 Décima sesión correspondiente al 8 de noviembre de 2012

Antes de partir la sesión, la asistente en aula me comenta que M había llorando mucho en la semana durante las clases y que esto se debía a que estaba durmiendo mal, debido a un trastorno del sueño.

Ya ubicadas en la sala, siento a M en la colchoneta, ella comienza a aplaudir y emitir vocalizaciones, le saco los zapatos y el delantal. Canto canción de bienvenida y ella pone atención, muestra entusiasmo por la guitarra; al terminar de tocar se la acerco para que la toque y sienta su resonancia, como en sesiones anteriores. Percute con ambas manos sobre la caja de la guitarra, aplaude, agita los brazos y emite balbuceos.

Destapo el resto de los instrumentos. Tomo el toc-toc y toco, ella quiere tomarlo, sonrío como mostrando alegría por verlo, se mueve con todo el cuerpo. En un momento percibo que se quiere acercar más a mí, se impulsa con su cuerpo hacia mí, le ofrezco mis manos para que las toque. Pone sus piernas sobre las mías, seguimos con el toc-toc, lo toco en distintas intensidades.

Le muestro y ofrezco el tamborín, ella lo toma y lo deja colgar, luego tomo la flauta y toco una melodía improvisada para ella. M escucha, no emite ninguna vocalización, sigue con tamborín en mano, pero parece escuchar. Dejo la flauta

y tomo la kalimba, M hace un ruido con sus dientes que no había hecho nunca antes en la sesión, como el roce de apretarlos. Imito este sonido raspando la madera de la kalimba, este sonido de sus dientes estuvo presente varias veces durante la sesión.

Tomo el palo de agua, emite sonidos fuertes, luego le ofrezco el sonajero de semillas y lo toma, yo tomo el pandero pequeño, ella acerca su cabeza para escucharlo, vuelve a hacer sonar los dientes, la imito raspando el cuero del pandero. Sigue manipulando el sonajero, dejándolo colgar y chupando la pita de lana.

De repente, ella me toma la mano y comienza a hacer el movimiento de vaivén con su cuerpo de adelante hacia atrás (presente en sesiones previas), yo sigo su movimiento con mi cuerpo, sus piernas siguen en contacto con las mías.

Toma un rato el pandero, luego le ofrezco las ramitas de hojas, las movemos un rato, acompaño con el sonido de la flauta. Luego tomo la botella con agua y parece interesarle mucho pues emite muchas vocalizaciones, la toma, la observa, la degusta, la mueve y la agita durante un rato. Yo imito sus sonidos acompañando con un shaker.

Ella toma el sonajero de semillas de nuevo, sin soltar la botella. Tomo el triángulo, ella observa como gira y lo escucha durante un par de minutos, no emite sonidos vocales. Le ofrezco la baqueta del triángulo, lo toma y se lo lleva a la boca.

Tomo una rama de vainas, se acerca para tomarla y se la paso, comienza a arrancar las vainas. Hace un ademán de acostarse, pero no lo hace, cambia de posición quedando casi de espalda hacia mí, sigue observando y manipulando la rama, mientras yo hago sonar suavemente las semillas en mis manos. En ese momento el ruido exterior se hace excesivo, me levanto para cerrar la

ventana, M sigue manipulando la rama, con los pétalos blancos le hago una pequeña “lluvia”, ella observa tranquila, no emite sonidos vocales durante largo rato.

Vuelve a hacer el ademán de querer tocarme, me toca las manos y dice “má”, suavemente. Comienza con las vocalizaciones de nuevo. Yo me cambio de lado y me siento junto al chimes que esta colgando en la pared, ella se voltea quedando frente a mí, igual que antes. Toco suavemente el chimes, ella aplaude y emite sonidos vocales y el sonido de sus dientes. Comienza a acercarse hacia mí impulsándose con su cuerpo, emite sonidos más fuertes, hasta que llega al chimes y lo toma con ambas manos, comienza a agitar su cuerpo en entusiasmo por poder tocarlo, emite sonidos vocales, constantemente mientras lo toca, yo la imito.

En un momento, mueve el chimes de un lado para otro, en vaivén, yo la ayudo y aplaude al observarlo. Yo aplaudo también y esto capta su atención de inmediato, me mira y me toma las manos, yo pongo la suya entre las mías y nos mantenemos así un momento, mostrándome mucho agrado en su rostro. Luego, ella se voltea un poco, toma el triángulo y lo deja colgar, luego la botella de agua. En su rostro puedo apreciar alegría, y relajo en su cuerpo.

Acompaño el sonido que produce al tratar de masticar la botella con el shaker, también el movimiento que siempre hace con su boca. Luego de esto se vuelve a voltear hacia mí y agita la botella, yo la acompaño con el shaker. Me vuelve a dar la espalda, pues se interesa por las ramas y el sonajero de semillas que habían quedado detrás. Comienza a hacer el movimiento recurrente con su boca sobre su rodilla, como masticándola. Manipula el sonajero y veo que sonrío.

Para cerrar la sesión, tomo la guitarra, M se voltea hacia mí completamente, canto la canción, ella escucha mientras mueve el sonajero, no emite sonido

mientras canto, cuando termino dice fuerte “Ya!”, yo le respondo “Yao” y luego “Chao”. Tapo los instrumentos con la manta.

Dentro del ámbito de la corporalidad, en esta sesión M manifestó su necesidad de contacto corporal de forma evidente, en dos momentos de la sesión: me tomó la mano (durante 40 segundos aproximadamente, en una primera instancia de dos que ocurrieron), y mantuvo largo rato sus piernas en contacto con las mías, mostrando mucho agrado cuando estábamos cerca o había contacto físico. Hacia el término de la sesión, logré apreciar relajo en su postura y alegría en su rostro.

Si bien la tía manifestó que M había llorado mucho en la semana, no mostró signos de descontento o llanto el sesión. De hecho, nunca la vi llorar durante todo su proceso. Bostezó un par de veces en esta sesión, quizás producto del sueño o del relajo, pero de todas maneras se desarrolló activamente. Claro ejemplo de esto, se refleja al momento de manipular de forma concentrada el chimes, por alrededor de 5 minutos seguidos.

A partir de las observaciones realizadas, puedo establecer que en esta sesión, se produjo la consolidación del vínculo terapéutico con M, marcando una etapa importante del proceso. Esta sesión se instaló como una especie de “clímax” del transcurso vivido, desde el primer encuentro en adelante, en donde pude apreciar a M en una conexión plena y fluida conmigo, totalmente apropiada del espacio musicoterapéutico. En las sesiones siguientes, el cimiento vincular establecido, servirá para generar nuevas instancias de interacción entre ambas, a través de lo corporal y lo sonoro, ya apuntando hacia el fin del proceso musicoterapéutico.

5.3 Doceava sesión correspondiente al 22 de noviembre de 2012

En días previos a esta sesión, invito a la mamá de M a participar en este encuentro, producto del interés manifestado por ella en torno al proceso de su hija. Del mismo modo, esta oportunidad sería señera en relación a las formas de interacción que podrían apreciarse entre madre e hija, bajo un contexto musicoterapéutico.

Cabe mencionar que en esta sesión regresamos a la sala multi-sensorial, donde realizamos las primeras 6 sesiones, nuevamente, por solicitud de la Institución.

Antes de ir a buscar a M para comenzar, le sugiero a la mamá que se siente en la colchoneta alrededor de los instrumentos, mientras traigo a la niña. Una vez que entramos, M no se percata inmediatamente de la presencia de su madre, una vez que está sentada, se fija en ella y sonríe, sacándose animadamente sus zapatos.

Canto la canción de bienvenida, M observa la guitarra en postura de atención, cuando termino de cantar aplaude. La mamá comenta que la vio muy conectada en ese momento.

Saco la manta que cubre los instrumentos y M toma inmediatamente el triángulo, el cual se le cae y no vuelve a tomarlo. Luego, toma el peluche de Minnie Mouse que yo había incorporado en el setting, hacia el principio del proceso y que M nunca había tomado hasta ahora. Lo sostiene y manipula unos momentos.

La mamá escoge el toc-toc y comienza a tocarlo, expresando que seguramente le debe gustar a M, pues había tenido uno parecido. La niña se queda observando y escuchando a su madre mientras toca, ella le ofrece el instrumento, pero M no lo toma, sólo la mira. Yo tomo el sonajero de semillas y

se lo ofrezco también, esta vez accede, tomándolo y levantándolo para ver como cuelga. La mamá comenta que a M le gusta todo lo que es pequeño.

Luego de un intercambio de palabras entre la mamá y yo, M se agita y sonriendo pronuncia la vocal “a”. Observando el video, me da impresión que percibía que nos referíamos a ella.

Ocurre un lapsus de silencio, yo paso mis dedos por las cuerdas de la guitarra, M inmediatamente dirige su vista hacia este instrumento y comienza a rotar su cuerpo para acercarse a él. Mientras hace esto, balbucea fuerte. Le acerco la guitarra, poniendo la caja de resonancia sobre sus piernas, quedando ambas sentadas frente a frente con la guitarra entre medio, seguidamente comienza a percutirla con energía, emitiendo sonidos vocales. También acerca sus pies y su boca para sentir el instrumento. Cuando levanto la guitarra, mueve sus manos y emite sonidos con su voz, expresando que quería continuar con este instrumento. Ella continúa percutiéndola, esta vez yo la acompaño espejando el ritmo de pulso constante que se generaba. Pongo la guitarra de lado y al revés, y continuamos percutiéndola. Yo toco suavemente las cuerdas, ella pone atención al sonido, luego comienza a pasar sus manos con delicadeza por las cuerdas, yo la imito.

M toma el pandero pequeño y comienza a agitarlo, yo empiezo a tocar un ritmo en la guitarra, ella se detiene y pone atención al movimiento de mis manos. La mamá comenta que en su casa tenían una guitarra y que el papá le tocaba. En ese momento M se inclina un poco hacia su mamá y ella le pregunta “¿qué pasó?, ¿quién está aquí?”, M sonrío y su mamá ríe. A partir de la frase pronunciada, improviso la letra de una canción haciendo referencia a que nos había venido a ver la mamá de M. Mientras canto, la niña sostiene el sonajero siempre de frente hacia mí y acercando su cabeza hacia la guitarra.

Cuando termino la canción, la mamá llama por su nombre a M, ella inmediatamente gira su cabeza hacia su madre, sonriendo y balbuceando. Comienzo a tocar unos arpegios suaves en la guitarra para acompañar. En ese momento tocan la puerta, la mamá se para y M la sigue con su mirada, volteando su cuerpo hacia donde está ella. Se vuelve a sentar, quedando ambas ubicadas dentro de la colchoneta circular, y le dice a la niña que cante una canción, como cuando era pequeña, le estira sus manos y M inmediatamente se las toma y luego de un momento se las suelta. Le vuelve a ofrecer las manos, pero M no se las toma. La mamá comenta sonriendo que quizás M no quiere que ella esté en su espacio. Luego, toma el tambor de juguete y lo pone entre ambas, le pregunta si puede tocar. Toma la baqueta y empieza a tocar, después le toma la mano a M y le pone la baqueta, la niña la rechaza.

Le sugiero a la mamá que pruebe con el bongó, ella lo pone frente a M y comienza a percutirlo, la niña también. En este momento, es cuando aprecio en el rostro de M mucha alegría, pues no deja de sonreír durante varios segundos, disfrutando el tocar el bongó. Se genera un diálogo musical con este instrumento entre ambas. Yo me quedo observándolas sin intervenir, ocurre un lapsus de silencio.

En ese instante, yo comienzo a tocar suavemente la guitarra de nuevo, M sigue percutiendo el bongó y la mamá comienza a tocar también al mismo ritmo que hago yo. Se crea una interacción musical breve, entre las tres.

La mamá sugiere que cante una canción de Mazapán, “La cuncuna amarilla” (la cual yo le había cantado en la primera sesión). Mientras canto M me observa y luego toma el tambor de juguete, el cual levanta y observa como cuelga. En un momento, M grita y yo subo la intensidad para imitar su intensidad. Al terminar la canción, la mamá aplaude y M agita todo su cuerpo, como tiritando, a su vez sonrío y emite un sonido vocal largo y fuerte.

Le muestro a M el sonajero de semillas, dejándolo colgar, ella lo toma y manipula unos segundos.

Le sugiero a la mamá que pruebe tocar el tamborín, ella lo toca y esto capta la atención inmediata de M, estirando sus manos para tomarlo. Su mamá le dice que ella sabe tocarlo, la niña lo toma e inmediatamente lo agita. Yo la acompaño con el toc-toc, M pone atención y sonrío. Comienza a producir sonidos vocales los cuales voy imitando.

Se acerca a la guitarra que estaba a su lado y se inclina sobre ella para acariciar las cuerdas. La guitarra estaba justo debajo del chimes, yo comienzo a tocarlo con suavidad, lo que incita a M a acercarse a él de a poco, hasta que lo alcanza. Comienza a manipularlo con fuerza y entusiasmo, moviendo todo cuerpo.

La mamá comenta sobre el instrumento y M, al escuchar su voz, se gira y acerca rápidamente hacia ella. La madre comienza a tocar el piano de juguete, la niña la observa y empieza a percutir el instrumento, yo espejo el sonido producido con el pandero, generándose luego un diálogo imitativo, M sonrío mientras tocamos. Luego de mantenerse esta dinámica unos segundos, M estira su mano para tomar el pandero que yo usaba. La mamá de ríe y M sonrío avergonzada, agachándose y estirándose hacia ella.

Vuelvo a ofrecerle el pandero, percutiéndolo frente a ella. Seguidamente ella lo toca. Logro apreciar que M quiere tomar contacto con su mamá, pues comienza a tocarla y a inclinarse mucho sobre ella. Su mamá percibe inmediatamente esto, la toma y la acaricia.

Comienzo a tocar la kalimba, poniéndosela en sus pies y oídos. M se queda quieta percibiendo la vibración.

Después de unos momentos, M se voltea rápidamente hacia su mamá, hincándose sobre ella y comienzan a hacer un juego de manos, su mamá canta y yo las acompaño percutiendo el pandero. M disfruta mucho de este momento, pues sonríe mucho y la abraza, quedando sentada sobre las piernas de su mamá.

Comienzan a manipular juntas el palo de agua, luego el toc-toc y el tamborín. Considero que la sesión se acerca a su término llegando a este punto, pues a continuación comenzamos una conversación con la mamá sobre M en torno a lo acontecido en el espacio de musicoterapia, sobre su relación con los sonidos, la música y los instrumentos musicales en su vida cotidiana.

M se muestra totalmente relajada, recostada sobre las piernas de su mamá. Canto la canción de despedida para cerrar la sesión.

Dentro del ámbito de las producciones sonoras, en esta sesión cabe destacar la reaparición de situaciones comunicativas verbales, dado que la madre de M utilizaba la palabra frecuentemente. De todas maneras, a medida que avanzaba la sesión, se fue conectando de a poco con el lenguaje analógico, ya instalado en el proceso musicoterapéutico de M. De este modo, se generaron, en más de una ocasión, diálogos musicales a través de los instrumentos.

En cuanto a la corporalidad, logré apreciar a M muy activa, desplazándose por el espacio a su antojo y muy apropiada de los objetos que constituían al setting. Si bien partió la sesión sin contacto físico con su mamá, de a poco se fue acercando a ella hasta terminar acomodada en sus brazos, muy relajada, hacia el fin de la sesión.

En resumen, esta sesión me sirvió para conocer el tipo de vínculo existente entre M y su mamá, logrando percibir que existe una unión muy emotiva y sólida entre ambas, sin resistencias.

La madre fue muy respetuosa dentro de este espacio de musicoterapia, constantemente observaba como M se desenvolvía con los instrumentos musicales y como interactuaba conmigo. Así mismo, la vi en una actitud comprometida y dispuesta a participar.

5.4 Decimotercera y última sesión correspondiente al 29 de noviembre de 2012

Ingresamos con M a la sala, la ayudo a sentarse. Al cerrar la puerta M se activa corporalmente. Me ubico frente a ella y comienzo a cantar la canción de bienvenida, M sonrío inmediatamente mientras se balancea y aplaude. Además emite un grito largo y agudo, que me dio la impresión que fue por su entusiasmo.

Una vez que termino, pongo la guitarra acostada como habitualmente lo hacíamos y M rápidamente se acerca para tocarla. Continúa emitiendo gritos agudos, esta vez con un patrón rítmico que también percute con sus manos. Yo la voy imitando, luego agita sus manos acompañada de un balbuceo, el cual también espejo.

Empiezo a cantarle acompañada de la guitarra, improvisando una letra referida a que es nuestra última sesión y que lo vamos a pasar muy bien. M me acompaña aplaudiendo.

Continuamos manipulando y percutiendo la guitarra durante unos momentos. Improviso otra canción sobre la guitarra, M se acerca de a poco hacia mí, quedando nuestros pies en contacto.

Le muestro el sonajero de semillas y se alegra de verlo, lo dejo colgar y M lo observa mientras yo creo una breve canción para este instrumento.

Continuamos con la dinámica, ahora con el tamborín, mientras canto sobre él, M lo toma y comienza a percutirlo contra la pared, mirando hacia arriba.

Justo en esa dirección, más arriba, estaba colgado el chimes, M lo queda mirando y espera pacientemente a que se lo baje. Yo se lo acerco y comienza a tocarlo animadamente, mientras balbucea. Yo la imito y comenzamos a tocarlo juntas.

En un momento, impulso el chimes, que comienza a hacer un movimiento de vaivén, imito este movimiento con la voz y el cuerpo. M de a poco, y suavemente, empieza a vocalizar también.

M toma el tamborín y comienza a agitarlo y observa como cuelga, yo toco el pandero pequeño. Percuto un poco, lo que llama la atención de M, produciendo sonidos vocales que voy imitando y ritmizando con el pandero. Ella observa y también percute, generándose un diálogo musical a través de este instrumento.

M me toma de las manos y comenzamos a balancearnos hacia adelante y hacia atrás varias veces, hasta que ella queda recostada de espalda, sin soltarme la mano, yo se la acaricio un momento y ella pone su pierna sobre mí, ejerciendo cierta presión para sentir el contacto.

Yo tomo la kalimba y comienzo a tocar, ella rápidamente se reincorpora y toma el instrumento, se lo lleva a la boca y se vuelve a recostar con él, emitiendo la sílaba “ma”.

Empiezo a tocar el toc-toc tomando la sílaba pronunciada, M se sienta y se acerca a mí nuevamente. Observa un momento, diciendo esta vez “mamá”.

Pongo el bongó entre ambas y M lo manipula con entusiasmo. Luego sucede algo muy similar con el palo de agua, el cual lleva a sus oídos para apreciar como suena. Se recuesta para jugar con una lana que se desprendió del instrumento, quedando distanciada de mí.

Yo desde lejos, toco un momento el triángulo y luego una melodía en la flauta. Lentamente, M comienza a levantarse y se sienta. Cuando tomo el sonajero de cascabeles, se acerca un poco hacia mí y luego, cuando comienzo a tocar el piano de juguete, se impulsa para quedar otra vez frente a frente conmigo.

Tomo el tambor de juguete, al tocar un poco M se inclina, pone su cara sobre él, yo continúo tocándolo suave, mientras ella siente la vibración.

En ese momento, comienzo a cantarle una canción de despedida a cada instrumento y elemento natural que habíamos utilizado, en donde les dábamos las gracias por estar con nosotras. Una vez que lo despedíamos, lo dejaba al centro de la colchoneta circular. M observaba y escuchaba, también tendía a tocar cada instrumento que le mostraba.

El último instrumento que incorporamos al centro fue la guitarra, para así cerrar con la canción de despedida. Luego de este momento, tapé con la manta amarilla todos los instrumentos.

Como despedida, le entrego a M una foto en la que aparece con su mamá en la sesión previa de musicoterapia. Inmediatamente la reconoce pues dice “mamá”.

En esta última sesión del proceso musicoterapéutico de M, se generó una dinámica en la cual aparecieron, en mayor o menor medida, todos los instrumentos musicales utilizados, a modo de darles una despedida y agradecimiento por habernos acompañado a lo largo de las 13 sesiones.

Dentro de la producción sonora, en esta sesión se destacaron las frecuentes intervenciones vocales de M, sus habituales balbuceos y gritos, a través de los cuales lográbamos interactuar, sumándose a los sonidos de los instrumentos musicales. El diálogo musical ya estaba instalado como algo familiar.

El emergente verbal “ma” estuvo presente en todas las sesiones, lo que reafirmaba la conexión profunda que tenía con su madre. Por lo mismo, decidí entregarle al final de la sesión la fotografía de ambas interactuando dentro del espacio de musicoterapia.

En el plano corporal, M se desenvuelve como si estuviera en un espacio propio. Toma y manipula los instrumentos musicales con confianza, se toma su tiempo para explorarlos y tocarlos. Del mismo modo, cuando yo tocaba alguno, ella escuchaba y observaba con atención. Se acercaba a mí y tomaba contacto con sus pies y manos cuando ella lo necesitaba.

A modo de síntesis, esta última sesión se instala como una recapitulación del proceso vivido junto a M, en la cual interactuamos en base al sonido y el cuerpo. En algunos momentos nos alejamos y en otros estuvimos en contacto directo. M se desplazó por el espacio, acostándose, sentándose, jugando conmigo, tocando los instrumentos y emitiendo sus propios sonidos.

VI. ANÁLISIS DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

1. El proceso de M.

Desde la primera sesión de musicoterapia con M, constaté que era una niña que se conectaba rápidamente con los instrumentos musicales, manifestando un evidente agrado por sus texturas y sonoridades, lo que denotaba una musicalidad intrínseca a su persona.

En el transcurso del proceso, fue demostrando sus preferencias por algunos instrumentos, como la guitarra y el chimes, los cuales se instalaron como elementos que propiciaron el desarrollo de la “personalidad expresiva”, a la que hace referencia Gustavo Gauna, en pos de fortalecer sus núcleos saludables. Así, su musicalidad, su sentido lúdico y su curiosidad, se instalaron como factores preponderantes y transversales a la totalidad del proceso.

Del mismo modo, los avances en el plano corporal de M, se traducen en el progresivo acercamiento que se fue produciendo conmigo. En este ámbito cobran gran importancia las ideas planteadas por teóricos como Benenzon, Aucouturier y Lapierre, en torno al uso del lenguaje no-verbal como base fundamental de la comunicación. Progresivamente, M fue entrando en la dinámica de interacción propuesta para esta intervención, inspirada por los conceptos referidos a la utilización de técnicas no-verbales, como la imitación y sus diferentes formas de aplicación. Éstas pasaron a formar parte habitual de las sesiones, como medio de comunicación entre ambas. Aquí convergían sonido, voz y cuerpo.

Durante la semanas previas al cierre del proceso musicoterapéutico, la mamá me comentó que había percibido cambios considerables en el modo en

que M se relacionaba con sus pares, ya que siempre había mostrado desinterés por interactuar con otros niños. Relató como ejemplo de esto, que en la celebración pasada del cumpleaños de M, la niña se hizo la dormida desde que llegaron los niños invitados hasta que se fueron, lo que reflejaba un claro rechazo a estar con ellos. Me explica que el cambio en M lo percibió después de comenzar las sesiones de musicoterapia, ya que hacía un par de semanas atrás, la había llevado al cumpleaños de otro niño y ahí se desarrolló completamente diferente a como lo hacía antes, esta vez quiso jugar con sus pares y participar de forma activa en la fiesta. La mamá me manifestó que para ella, la musicoterapia había influido de forma positiva en M, pues estaba más abierta y motivada a estar con otros niños. Como describí en el apartado de la doceava sesión, la mamá de M se incorporó activamente a la dinámica de la misma. En un principio se mantuvo en una actitud más receptiva, observando el desenvolvimiento de la niña, y de a poco fue tomando la iniciativa para interactuar con ella, a través de los instrumentos musicales. Considero que esta disposición de la madre ayudó a que M no sintiera una invasión en su espacio, pues percibí que se desarrolló con soltura y confianza en la sesión, sin cohibirse y mostrando su entusiasmo habitual. Al final de este encuentro, la mamá me comenta que la niña usualmente es esquiva y que no se da fácilmente con las personas. Además, expresa que observó a M muy conectada conmigo y apropiada del espacio de musicoterapia.

En términos generales, puedo decir que fui testigo de cómo M se fue apropiando del espacio de musicoterapia, el cual trascendía el plano físico y estaba determinado por lo que ocurría dentro de él, más que por el lugar o el entorno donde se desarrollaba. M fue aceptándome como parte de este espacio propio, tomando contacto conmigo paulatinamente. De alguna forma, para M pasé a ser parte del instrumental, como menciona Benenzon. La tendencia de M a explorar su entorno facilitó que encontrara en los instrumentos musicales,

la voz y el cuerpo un medio de expresión natural, no forzado y que siempre se presentara como algo novedoso, que parecía captar su interés.

De estas apreciaciones, puedo afirmar que los objetivos generales planteados para esta intervención, se lograron de forma satisfactoria. La consecución de estas metas, además, implicó para M un aporte para el desarrollo de sus habilidades sociales. Un ámbito que, coincidentemente, figuraba como descendido en su ficha de evaluación, facilitada por la Institución.

El siguiente cuadro resume el proceso musicoterapéutico de M, en donde se establecieron tres criterios de observación para cada una de las etapas: producciones instrumentales, producciones vocales y corporalidad.

| | Aproximación Diagnóstica | Desarrollo | Cierre |
|------------------------------------|---|---|---|
| Producciones instrumentales | <ul style="list-style-type: none"> •Ejecuciones y exploraciones de corta duración e intermitentes . •Preferencia por instrumentos. | <ul style="list-style-type: none"> •Momentos de ejecución y exploración más largos. | <ul style="list-style-type: none"> •Ejecuciones de larga duración. •Patrón rítmico. •Pulso estable. •Diálogos imitativos y de pregunta-respuesta. |
| Producciones vocales | <ul style="list-style-type: none"> •Balbuceos y gritos intermitentes. •Emergentes verbales “ma”, “mamá”. | <ul style="list-style-type: none"> •Balbuceos , gritos aparecen con mayor frecuencia. | <ul style="list-style-type: none"> •Balbuceos y gritos se sincronizan con la producción instrumental. •Diálogos vocales. |
| Corporalidad | <ul style="list-style-type: none"> •Tiende a mantenerse sentada en el mismo lugar. •Agita extremidades y torso, aplaude. •Exploración con todos los sentidos. •Resistencia al pararla. •Primer acercamiento paciente-MT. | <ul style="list-style-type: none"> •Desplazamiento por el espacio. •Variadas disposiciones corporales. •Se pone de pie sola. •Contacto directo paciente-MT se hace más frecuente. | <ul style="list-style-type: none"> •Desplazamiento por el espacio, variación en las posturas y contacto directo con MT se instalan como constantes. |

2. El proceso de la musicoterapeuta.

Al comenzar este proceso junto a M, que constituye mi primera experiencia profesional como musicoterapeuta, afloraron en mí una serie de interrogantes en torno a que estrategia escoger o qué camino tomar.

Si bien tuve la oportunidad de aplicar previamente un cuestionario a la madre de M, a modo de tener datos referenciales a su historia musical, el hecho de planificar la primera sesión me generaba incertidumbre. Por lo mismo, decidí esperar encontrarme con la niña, para así tener información del escenario real, en el cual se desarrollaría la intervención.

Cuando conocí en persona a M, constaté que era una niña con muchas dificultades. En primer lugar, me percaté que tenía poca autonomía para desplazarse. De hecho, la primera vez que la vi, estaba sentada en una silla con amarres para que no se cayera y caminaba siempre con ayuda. Además, no poseía lenguaje, sus producciones vocales se basaban en balbuceos y gritos.

Si bien M tenía 8 años cumplidos, se desenvolvía como un bebé de aproximadamente 1 año, lo cual se me presentaba como un gran desafío pues no tenía ninguna experiencia previa de trabajo con niños con esa edad cognitiva.

En un principio, me costaba acercarme a ella por lo brusca que aparentemente era, situación derivada de su hipotonía. Me daba la impresión de que me iba a rechazar, pero de a poco me fui dando cuenta que esto, era parte de su corporalidad. De hecho, cuando existió contacto físico entre ambas, ella siempre fue muy delicada en su tacto. De este modo, yo también me fui abriendo a las posibilidades de acercamiento corporal con ella.

Por otra parte, en el ámbito de mi rol como musicoterapeuta, el conocer a M me fue enseñando a cambiar mis estructuras de trabajo instaladas, propias de mi labor docente. Ir a hacer musicoterapia a la escuela, cada jueves, implicaba para mí salir del esquema habitual de comunicación, de disposición corporal, de comportamiento al que estaba acostumbrada. Era, por decirlo de algún modo, una vía de escape de mi rol de profesora.

Apropiarse del rol de musicoterapeuta, implicaba necesariamente un cambio de paradigma en los objetivos de trabajo, en las metodologías, en los modos de proceder, en la concepción de la música y sus usos, y sobre todo, en la cuota de control que se ejerce sobre las situaciones.

Así, de a poco me fui adaptando a la dinámica de la incertidumbre, como una constante del quehacer musicoterapéutico, despojarse de la toma de control de la sesión y dar paso a que M desplegara sus recursos y fuera guiando su propio proceso. De este modo, fui asumiendo un rol de acompañante, dejando de lado cualquier postura impositiva.

Como educador, el uso de la palabra es el principal vehículo de comunicación, quedando, en la mayoría de los contextos educativos, relegado el lenguaje del cuerpo, a un plano a veces olvidado. Lamentablemente, desde mi experiencia en instituciones de educación, en las salas de clases se pretende que los alumnos estén lo más inactivos posibles, corporalmente hablando. Se anula así, de alguna manera, una dimensión humana total, disgregando el cuerpo de las facultades intelectivas.

M, a través de sus recursos comunicativos, basados en lo analógico, me fue mostrando nuevas formas de interacción donde el uso de la palabra no era necesario para establecer una comunicación, conocerla y lograr crear un vínculo estable con ella. Fue como recobrar un idioma olvidado, que estaba

remitido por el lenguaje digital aprendido como medio de comunicación por excelencia, pero que a fin de cuentas no es absoluto.

Las experiencias descritas dejaron aprendizajes valiosos para mí. Destaco que logré incrementar la flexibilidad para aceptar lo que proponía M, consciente o inconscientemente. Este modo de concebir el propio rol cobró real importancia en el desarrollo del proceso de M y debiera serlo para cualquier intervención musicoterapéutica en general.

Fue muy relevante para mi desempeño en la práctica profesional, contar con el apoyo de algunas personas cercanas al círculo de M, como su mamá y su profesora jefe. Sus aportes enriquecieron la visión de mi trabajo, al mismo tiempo que sentí su apoyo y disposición constantemente.

Considero relevante hacer mención a la participación de la mamá de M en la penúltima sesión, pues significó un gran aporte para mi experiencia de musicoterapeuta, ya que tuve la valiosa oportunidad de ver el modo relacional madre-hija a través de la musicoterapia, una interacción a través de los instrumentos musicales y la corporalidad. Además, su colaboración con el proceso de M, implicó contar con sus apreciaciones e información que resultó relevante para complementar el panorama de la intervención.

Así mismo, contar semanalmente con la retroalimentación de parte de mi profesora guía, me permitió ir conociendo y aceptando mis debilidades in situ, situación que me permitió ir creciendo junto con el devenir del proceso musicoterapéutico de M.

VII. CONCLUSIONES

Llevar a cabo esta monografía me sirvió para sistematizar mi primera experiencia formal como musicoterapeuta. Una primera instancia para poner en la práctica los aprendizajes adquiridos durante la formación.

El haber vivido este proceso junto a M, ha significado para mí, un gran aprendizaje, trascendente a los planos profesional, personal e interpersonal.

En términos concretos, el proceso de desarrollo implicó una puesta en movimiento total del ser. Tanto M, como yo, después del proceso no éramos las mismas, habíamos generado un espacio vincular único, dependiente del lazo interpersonal creado. Esta idea de puesta en movimiento, en términos personales y físicos, me hace recordar de inmediato, las ideas de Gauna sobre la movilidad como agente catalizador de la salud. En M, esta situación implicó una conexión creciente con el espacio propuesto para ella. Así, los elementos del setting, se fueron haciendo familiares a sus manos, a sus oídos, a sus pies, a sus ojos, a su boca. A través del cuerpo, estos elementos familiares, permitieron ser el principal vehículo comunicativo, que me permitió ir notando, pequeños, pero significativos cambios en su disposición.

Así, uno de los principales indicios de esta fase de cambios vivida por M, está relacionado con el nivel de autonomía que logró manifestar, durante las últimas sesiones. Al conocerla, me pareció que su autonomía estaba totalmente reducida. Con el correr de las sesiones, esta situación fue cambiando, tal como fue descrito anteriormente. Hago hincapié en este punto, ya que esta manifestación del cuerpo puesto en marcha en pos de voluntad personal, me hace pensar que los objetivos fueron logrados, que se llegó a establecer un nexo importante, que fomentó la interacción a través del lenguaje musical y que

permitió acceder, de alguna forma, a este universo tan complejo, conocido como M.

Del mismo modo, esta práctica profesional fue un proceso para mí, una experiencia que generó nuevos conocimientos. El incorporar a mis recursos una nueva mirada, una nueva forma de observar y escuchar, una nueva concepción de la música y el valor del silencio como parte esencial de ella; decantó en mí, una nueva forma de relacionarme con mi pasión, que es la música.

En relación a este punto, me gustaría destacar la relevancia de los elementos corpóreos, y su indisoluble relación con el fenómeno de la música. Más allá del fenómeno emotivo-kinésico, que podríamos ejemplificar a través de un escalofrío cuando escuchamos una pieza musical que nos toca, entiendo que cuerpo y música, están unidos desde su génesis. Ambos le deben al movimiento su razón de ser, sin él no podrían existir, de ahí su ligazón entrañable. Del mismo modo, la carga afectiva de la experiencia musical, parece ir grabándose de algún modo en el cuerpo, como si éste poseyera una especie de memoria propia. Bajo esta concepción, vuelvo a pensar en Aucouturier y Lapierre, quienes mencionan que sería esta carga afectiva, la que nos motivaría como seres humanos, a tomar contacto con un otro. Esto implicó para mí, el descubrimiento de potencialidades que, tal vez, se encontraban dormidas.

A su vez, esta experiencia me ofreció la posibilidad de darme cuenta, de que existen otros medios de relación, diferentes a los establecidos convencionalmente; y que son éstos, precisamente, los que alimentan la interacción musicoterapéutica. Bajo esta lógica, todas las habilidades musicales adquiridas previamente cobran una nueva funcionalidad, ya que parecen regirse bajo un cambio de paradigma, donde lo estético cobra otra significación. Constatar y comprender que “no se puede no comunicar” y que la música

siempre tiene algo que decirnos (desde el grito más intenso, al silencio más profundo); evidencia que estas alternancias de tensiones y reposos, develan un ritmo propio y particular, que a fin de cuentas se traducen en la musicalidad de la persona, una forma simbólica de estar y de habitar el mundo. De alguna forma el tomar contacto con la musicalidad de M, y que ella se relacionara con la mía, me permitió darme cuenta de la lógica que acabo de plantear.

Por otra parte, fue muy significativo darme cuenta que dentro de un contexto educativo, que si bien está enfocado a niños con necesidades especiales, se pueden generar espacios de experiencias, que trascienden los aspectos netamente curriculares. Me surgen algunas interrogantes: ¿Por qué no hacerlo bajo el marco de la educación tradicional?, ¿Por qué asumimos que los niños “normales”, no necesitan de este tipo de intervenciones?, ¿Por qué no aprovechar estas intervenciones, como medio sanador para una comunidad educativa en su totalidad? Lo único que puede decir al respecto, es que es necesario un cambio de enfoque, donde se plantee un mayor interés por el factor humano, alejándonos un poco de los estándares de productividad, que tanto han inmovilizado la vida dentro de los establecimientos de educación.

Para lograr un cambio, es necesario generar instancias que fundamenten el quehacer musicoterapéutico, razón por la cual, considero importante tomar consciencia de la relevancia de plasmar estas experiencias, para contrastarlas y articularlas con otras ideas. Esto a modo de darle una fundamentación a la disciplina, que la valide frente a la sociedad.

En base a mi experiencia, la musicoterapia se instala como una herramienta potente y eficaz, pues pude constatar sus efectos a través de la intervención realizada, lo que, a su vez reafirma la correcta elección del camino escogido para seguir en mi desarrollo profesional y personal.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). 1995. DSM-IV. Barcelona, Masson.
2. ARGENTE, H.; ÁLVAREZ, M. 2008. Semiología médica: Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A.
3. ARCAS, M.; GALVEZ, D.; GARCÍA, I.; LEÓN, J.; PANIAGUA, S.; PELLICER, M. 2004. Manual de Fisioterapia. Módulo II. Neurología, pediatría y fisioterapia respiratoria. España, Editorial MAD, S.L.
4. ARREGI A. 1997. Síndrome de Down: Necesidades educativas y desarrollo del lenguaje. [PDF]. Vitoria-Gasteiz. Departamento de educación, universidades e investigación del Gobierno Vasco.
5. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (AEP). 2008. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría, tomo 1. Madrid. 3ª edición.
6. AUCOUTURIER, B.; LAPIERRE, A. 1977. La educación psicomotriz como terapia "Bruno". Barcelona, Editorial Médica y Técnica S. A.
7. BENENZON, R. 2008. La nueva Musicoterapia. Buenos Aires, Grupo Editorial LUMEN.
8. GAUNA, G. 2008. Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Buenos Aires, Koyatun Editorial.

9. MOORE, R. Evaluación del Desarrollo Psicomotor [en línea] Manual de Pediatría Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.
<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/EvalDessPs.html>>
10. PÉREZ, D. 2006. Musicoterapia en un caso de retraso psicomotor. Monografía para optar al Post Título en Terapias de Arte con mención en Musicoterapia. Santiago, Universidad de Chile, Facultad de Artes.
11. PIAGET, J. 1991. Seis estudios de psicología. Barcelona, Labor.
12. REVISTA DE LA SOCIEDAD OTORRINOLARINGOLÓGICA DE CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA RIOJA. 2011. España. Volumen 2 (nº9).
13. SERRANO N., THEOT R. 2008. Efectos de la musicoterapia en niños con enfermedades neurológicas. Venezuela. Hospital J. M. De Los Ríos Segundo.

IX. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA MUSICOTERAPEUTICA NIÑOS

Nombre Niño(a): _____

Fecha Nacimiento: _____

Nombre madre: _____

Ocupación madre: _____

Nombre padre: _____

Ocupación padre: _____

¿Quién contesta la encuesta? Madre

1. Relación del entorno familiar con la música:

1.1 ¿Le gusta a usted la música? ¿Qué tipo de música le gusta? ¿A qué otras personas de la casa le gusta la música?

Si me gusta la musica, Todo Tipo de Musica al papa de Martina le gusta la Musica y le gusta tocar guitarra

1.2 ¿Se escucha música en su casa? ¿En qué momento del día se escucha música? ¿Es música grabada o radio?

Si se escucha musica, a Variadas horas del dia en la pieza de Martina tiene sus Videos Musicales especial para niños y la Musica es grabada y de radio

1.3 ¿Desarrollan alguna actividad musical en casa? (canto, baile, se tocan instrumentos...)

Si a Martina le gusta mucho la musica, le gusta que le cante y bailar y ella tararee algunas canciones y le llaman mucho la atención las cuerdas y los tambores

1.4 ¿Asiste usted u otra persona de la familia a conciertos u otro tipo de eventos musicales? ¿A cuáles?

Yo no mucho, pero el papá de Martina le gusta mucho la música y asiste a conciertos, jazz.

2. Relación del niño con la música:

2.1 ¿Qué música escuchó la mamá durante el embarazo?

Durante el embarazo escuche música variada Bozozos Música moderna y clásica

2.2 ¿Cuál era el ambiente sonoro musical de su niño(a) durante los primeros años de vida? (canciones de cuna u otros cantos, cajitas de música, escucha de música o instrumentos musicales, actividades cotidianas que se acompañaban de cantos o música)

Martina Cuando pequeña escucho mucha música clásica y canciones de cuna y el papá le cantaba con su guitarra

2.3 ¿A su niño(a) ¿le gusta cantar? Si es así ¿qué canciones le gustan? ¿Tiene alguna canción favorita?

Martina NO tiene mucho vocabulario (no habla) pero cuando yo le canto ella tatez o inventa canciones a su manera

2.4 ¿Hay algún tipo de música que su niño(a) prefiera?, ¿cuál?

Hay dos temas que Martina prefiere uno es un tema de la película Jorge el curioso y la otra es un tema en francés con el cual se queda dormida en las noches

2.5 ¿Hay algún tipo de música que su niño(a) rechace?, ¿Cuál?

No en realidad Martín, a escuchado desde rock hasta música clásica, lo que le molesta son los ruidos que no caben

2.6 ¿Qué sonidos ambientales le gustan o agradan a su niño(a)?

Sonidos como el agua o el de las bolsas plásticas el de las campanas o el ruido del secador de pelo

2.7 ¿Qué sonidos ambientales **no** le gustan, desagradan o asustan a su niño(a)?

no los ruidos metálicos estridentes o muy rancos los gritos los llantos los ladridos

2.8 ¿Tiene su niño (a) algún juguete musical? ¿Cuál? ¿Qué tipo de sonido tiene?

Martín a tenido muchos juguetes con sonidos con melodías de gaza o animales de juguete que emiten sonidos adms de los cascabeles y tambores

2.9 Si lo desea puede escribir libremente a continuación lo que considere que nos pueda ayudar en el tratamiento de su hijo.

Asociaciones de imágenes con los sonidos Música de relajación, Música en francés instrumentos, cuerdas / tambores interactuar ella con los instrumentos

¡¡¡Muchas gracias por su colaboración!!!

Fecha respuesta ficha: 19-08-12

ANEXO 2

PROTOCOLO DE SESIÓN INDIVIDUAL

FECHA:

SESIÓN N°:

Hora de inicio:

Hora de término:

Setting:.....
.....
.....

1. Objetivo/s:

.....
.....
.....

2. Actividades Realizadas:

.....
.....
.....

3. Desarrollo de la Sesión:

.....
.....
.....

.....
.....
.....

4. Producciones Sonoras:

.....
.....
.....

5. Corporalidad:

.....
.....
.....

6. Emergentes verbales:

.....
.....
.....

5. Conclusiones:

.....
.....
.....

ANEXO 3

1. Canción de bienvenida

Musical score for 'Canción de bienvenida' in 2/4 time. The score is written for voice (Voz) and includes two staves of music with lyrics. The first staff contains the first line of the song, and the second staff contains the second line. Chords are indicated above the notes: C, F, C, G, C for the first line and C, F, C, G, C for the second line.

Voz

C F C G C

Ho-la M_____ ¿Có-mo es-tás hoy? Ho-la M_____ te ven-go a sa-lu-dar.

9 C F C G C

Jun-to a la mú-si-ca va-mos a ju-gar. Ho-la, Ho-la, va-mos a em-pe-zar.

2. Canción de despedida

Musical score for 'Canción de despedida' in 2/4 time. The score is written for voice (Voz) and includes two staves of music with lyrics. The first staff contains the first line of the song, and the second staff contains the second line. Chords are indicated above the notes: C, F, C, G, C for the first line and C, F, C, G, C for the second line.

Voz

C F C G C

Cha-o M_____ Es to-do por hoy. Los ins-tru-men-tos se van a des-can-sar. La

9 C F C G C

pró-xi-ma se - ma-na vol - ve-mos a ju - gar. Cha-o, cha-o, nos des-pe-di-mos ya.