



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de artes

Curso de especialización de Postítulo en Musicoterapia

**Musicoterapia en la educación especial  
Experiencia con un adolescente con Parálisis cerebral**

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

**Autora: DANIELA JOFRÉ VILLALOBOS**

**Profesora Guía: PATRICIA LALLANA**

Título previo:

Profesora de Educación musical

Universidad Andrés Bello 2009

Santiago, Chile 2013

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis Padres por contar con su amor y apoyo incondicional

A mis sobrinos quienes fueron mi primera inspiración para dedicarme al trabajo con niños y adolescentes.

A mis hermanos por su apoyo y consejos

Y a Pablo, mi pareja por ayudarme siempre y animarme en el camino de mi realización personal.

A todos ustedes muchas Gracias.

Daniela Jofré Villalobos.

## TABLA DE CONTENIDOS

|             |  |           |
|-------------|--|-----------|
| <b>I.</b>   | <b>INTRODUCCIÓN</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>II.</b>  | <b>CONTEXTO INSTITUCIONAL Y SOCIAL</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>1</b>    | <b>Historia institucional</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>2</b>    | <b>Proyecto educativo</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>2.1</b>  | <b>Actividades extra programáticas</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>2.2</b>  | <b>Actores, infraestructura y entorno social</b> .....                                 | <b>8</b>  |
| <b>III.</b> | <b>MARCO TEÓRICO</b> .....   | <b>10</b> |
| <b>1</b>    | <b>Marco conceptual</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>1.1</b>  | <b>Parálisis cerebral</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>1.2</b>  | <b>Retraso Mental</b> .....  | <b>14</b> |
| <b>IV.</b>  | <b>MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO</b> .....   | <b>16</b> |
| <b>1</b>    | <b>Parálisis cerebral y Musicoterapia</b> .....  | <b>16</b> |
| <b>2</b>    | <b>Aproximación diagnóstica en Musicoterapia</b> .....                                 | <b>17</b> |
| <b>3</b>    | <b>El Juego y el Deseo</b> .....   | <b>19</b> |
| <b>4</b>    | <b>El trabajo corporal</b> .....   | <b>21</b> |
| <b>V.</b>   | <b>METODOLOGIA DE INTERVENCIÓN</b> .....   | <b>23</b> |
| <b>1</b>    | <b>Etapas de diagnóstico</b> .....   | <b>23</b> |
| <b>1.1</b>  | <b>Técnicas activas: el paciente participa activamente haciendo música</b> .....       | <b>24</b> |
| <b>1.2</b>  | <b>Técnica receptiva: el paciente participa receptivamente escuchando música</b> ..... | <b>24</b> |
| <b>2</b>    | <b>Etapas de desarrollo y cierre</b> .....   | <b>25</b> |
| <b>2.1</b>  | <b>Técnicas activas</b> .....  | <b>25</b> |
| <b>2.2</b>  | <b>Técnica receptiva</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>VI.</b>  | <b>PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO</b> .....   | <b>28</b> |
| <b>1</b>    | <b>Presentación de L</b> .....   | <b>28</b> |
| <b>2</b>    | <b>Etapas de Diagnóstico</b> .....   | <b>28</b> |

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| 2.1          | Primera sesión: .....  | 28        |
| 2.2          | Segunda sesión:.....   | 30        |
| 2.3          | Tercera sesión:.....   | 30        |
| 2.4          | Cuarta sesión: .....   | 31        |
| <b>VII.</b>  | <b>DESARROLLO DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....</b>   | <b>34</b> |
| 1            | <i>Organización según etapas del proceso musicoterapéutico y Objetivos planteados .....</i>  | <b>34</b> |
| 2            | <i>Descripción y análisis de las sesiones consideradas relevantes por marcar hitos importantes dentro del proceso musicoterapéutico de L .....</i> | <b>35</b> |
| 2.1          | Sexta sesión: 10 de octubre del 2012 .....   | 35        |
| 2.2          | Novena sesión: 31 de octubre del 2012.....   | 37        |
| 2.3          | Onceava sesión: 14 de noviembre del 2012 .....   | 38        |
| 2.4          | Treceava y última sesión: 28 de noviembre del 2012 .....   | 39        |
| <b>VIII.</b> | <b>ANÁLISIS DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO .....</b>  | <b>40</b> |
| 1            | <i>El proceso de L .....</i>   | <b>40</b> |
| 1.1          | L y la MT.....   | 40        |
| 1.2          | L y las actividades de relajación con el pañuelo .....   | 42        |
| 1.3          | L y la Melódica.....   | 43        |
| 2            | <i>El proceso de la musicoterapeuta .....</i>  | <b>44</b> |
| <b>IX.</b>   | <b>CONCLUSIONES.....</b>   | <b>46</b> |
| <b>X.</b>    | <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>48</b> |
| <b>XI.</b>   | <b>ANEXOS .....</b>  | <b>49</b> |
|              | <b>ANEXO 1: .....</b>  | <b>50</b> |
|              | <b>ANEXO 2: .....</b>  | <b>53</b> |
|              | <b>ANEXO 3: .....</b>  | <b>55</b> |

## I. INTRODUCCIÓN

Juliet Alvin y Josefa Lacárcel han sido dos musicoterapeutas que trabajaron con personas con discapacidad, dentro de estas la Parálisis Cerebral. Las dos coinciden en que la música puede generar la sensación de movimiento en las personas con este trastorno ya que tienen la concepción de que la música es movimiento en el tiempo y en el espacio<sup>1</sup> por lo cual la ejecución de un instrumento o la escucha receptiva de música pueden crear una imagen mental de movimiento que luego podría convertirse en movimiento que vaya fluyendo cada vez mas. También indican que la música trabajada adecuadamente con personas que tienen parálisis cerebral puede generar gran goce y emoción lo que muchas veces provoca cambios positivos en la actitud y en el mismo trastorno motor de la persona<sup>2</sup>. El deseo como motor y la música como generadora de movimiento son dos importantes ideas tomadas como parte esencial del trabajo para la intervención musicoterapéutica que en estas páginas se describe.

En el presente trabajo se dará a conocer la experiencia musicoterapéutica con L<sup>3</sup>, un adolescente de 15 años quién presenta Parálisis cerebral. Ésta experiencia tuvo una duración de cuatro meses entre los meses de agosto a noviembre del año 2012 realizándose una sesión semanal de 1 hora de duración, en la Escuela Especial a la cual L asiste.

La experiencia musicoterapéutica realizada con L se dividió en tres etapas: la etapa de diagnóstico, la etapa de desarrollo y por último la etapa de cierre. En la etapa de diagnóstico se realizaron actividades que le brindaran libertad a L para expresarse a través de los sonidos, gestos y expresión corporal con el fin de conocerlo y crear vínculo con él. En la etapa de desarrollo se sumo la actividad de relajación y se fue ampliando el tiempo de exploración y ejecución instrumental con el fin de disminuir la tensión corporal que se observo en la etapa previa. Y por

---

<sup>1</sup> ALVIN, Juliette. Música para el niño disminuido, Buenos Aires, Ricordi Americana S.A.E.C editorial, 1965.149p.

<sup>2</sup> ALVIN, Juliette. Música para el niño disminuido, Buenos Aires, Ricordi Americana S.A.E.C editorial, 1965.151p.

<sup>3</sup> En lo sucesivo la letra L designará al sujeto del proceso individual señalado, con el objeto de proteger su identidad.

último en la etapa de cierre se fue consolidando el proceso con las actividades favoritas de L y se preparo para despedida.

A lo largo de la experiencia se dieron fenómenos importantes en relación a la ejecución instrumental por parte de L y también se construyeron vínculos fuertes que estimularon su trabajo de sesión en sesión, brindándole a L un espacio de bienestar y libre expresión.

## **II. CONTEXTO INSTITUCIONAL Y SOCIAL**

### **1 Historia institucional**

El proyecto nace en 1999 con la misión de educar y rehabilitar a niños y jóvenes abandonados e internos en el “Hospital Sanatorio Marítimo San Juan de Dios” de viña del mar. Al año siguiente se otorga matrícula para escolarizar a niños con retos múltiples externos al hospital y que no habían recibido educación escolar hasta ése momento. En marzo del año 2006 se remodela y amplía el espacio educativo dentro del mismo sanatorio para acoger a una lista de espera de niños con las mismas necesidades, Y debido a esta extensión fue formado ese mismo año un nuevo curso: El Nivel Pre-Básico 1, “UMAKI” integrado por 8 pre-escolares. El éxito de éste proyecto evidenciado en el avance de los niños de nivel básico tanto en el ámbito educativo como en el de la rehabilitación dio como resultado que en marzo del año 2008 se ampliara la permanencia de los niños en la escuela otorgándose la jornada escolar completa a la escuela, lo cual significo incrementar las actividades e implementar nuevos espacios que cumpliesen con las condiciones para que éstas actividades fueran llevadas a cabo de forma óptima. Por esta razón en este mismo año la escuela se traslado a un inmueble más amplio ubicado en el sector de recreo donde actualmente continúa su labor educativa y de rehabilitación a niños de diversos sectores de viña del mar y Valparaíso.

### **2 Proyecto educativo**

El proyecto educativo de la escuela especial San Juan de Dios está enfocado a educar y rehabilitar de forma integral a niños y jóvenes con retos mutiles que presenten daños orgánicos cerebrales en su mayoría niños con parálisis cerebral. El objetivo de este proyecto es mejorar la calidad de vida de estos niños y facilitar su integración al medio social y familiar. Para llevar a cabo este objetivo la escuela utiliza y acoge metodologías e intervenciones innovadoras, creativas y funcionales

acordes a las múltiples necesidades, habilidades y potencialidades de los alumnos.

## **2.1 Actividades extra programáticas**

La escuela San Juan de Dios brinda a sus alumnos distintas actividades extra programáticas en los distintos semestres. En la actualidad se traslada a los niños a la piscina de recreo donde hacen hidrogimnasia, y para los niños de taller laboral se está realizando un “Taller de papelería”, el cual es un proyecto ganado por la escuela que lo organiza la municipalidad de viña del mar, en este taller los jóvenes están rediseñando la agenda escolar para el año 2013 la cual la venderán a final de año.

Antes de finalizar debe señalarse que el año 2009 se impartió un taller de música con un enfoque musicoterapéutico por lo cual algunos niños ya habían tenido una experiencia parecida a la que se les ha brindado en ésta práctica profesional de musicoterapia, también se compraron instrumentos musicales simples para realizar este taller y los niños los han seguido utilizando cuando cantan la canción de saludos en la mañanas o en distintas actividades que les proponen los educadores.

## **2.2 Actores, infraestructura y entorno social**

La Escuela San Juan de Dios atiende actualmente a un total de 56 alumnos y alumnas que presentan Retardo Mental, Trastorno Motor y Trastornos del espectro autista. Brinda una atención diurna, mixta, gratuita subvencionada e imparte enseñanza especial en Deficiencia Mental, Trastornos Motores y trastornos del espectro autista.

Los cursos se organizan por niveles: pre-básico 1, básico 5, 6, 7, 8 ,9 y un taller laboral. Existen 7 cursos de 8 niños en promedio, cada curso cuenta con una Educador(a) diferencial con especialidad en discapacidad mental y una asistente técnica. Los Profesionales como Kinesiólogos, Fonoaudiólogos y Psicólogos que integran el equipo multiprofesional de ésta institución atienden a los niños de

forma individual y también grupal integrándose en las actividades que se realizan como curso con las educadoras diferenciales.

Para el traslado de los niños con dificultad de desplazamiento se han contratado a 3 choferes con sus buses que van a buscar a los niños en la mañana y los llevan de vuelta a sus respectivos hogares al final de la jornada.

También hay personal contratado por la JUNAEB para dar a cada niño desayuno, almuerzo, y una colación para la tarde.

La estructura de los actores del equipo de trabajo está compuesto por:

**A: Dirección** (Director: Harol Vejar Vergara)

- Consejo Directivo
- U.T.P
- Coordinadora Docencia
- Equipo Multiprofesional (Kinesiólogos, Fonoaudiólogos y Psicólogos)
- Consejo General de Profesores y Asistentes Educativos
- Grupos Profesionales de Trabajo (GPT) Equipos de Gestión

**B: Administración**

- Secretaria Académica
- Conductor
- Auxiliares y Servicios
- Asesorías profesionales

Por último, haciendo referencia al entorno social de la escuela los niños y jóvenes que asisten a ésta vienen de distintos sectores socioeconómicos de Valparaíso y Viña del mar, por lo cual hay una convivencia diaria entre alumnos de niveles socioeconómicos bajos, medios y altos.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 1 Marco conceptual

##### 1.1 Parálisis cerebral

La parálisis cerebral (PC) es una la lesión cerebral no progresiva que puede darse dentro de los 3 o 4 primeros años de vida. Esta lesión afecta el tono muscular, la postura y el movimiento de la persona.

La PC no permite o dificulta los mensajes enviados por el cerebro hacia los músculos, dificultando el movimiento de éstos. Éste trastorno aún siendo motor también lleva asociados trastornos sensoriales, perceptivos y psicológicos.

##### 1.1.1 Clasificación <sup>4</sup>

Existen variadas clasificaciones para la PC, aquí se presentan a modo general las clasificaciones más comunes, como los son: según el tipo de parálisis, según tono muscular, según la parte del cuerpo que está afectada y por último según el grado de afectación.

Se debe destacar que el diagnostico de L es una Tetraparesía Mixta la cual está clasificada según tipo de parálisis y parte del cuerpo afectada

##### A. Según el tipo de parálisis:

- Espasticidad: aumento exagerado del tono muscular (hipertonía), esto genera movimientos exagerados y poco coordinados.
- Atetosis: pasa de hipertonía a hipotonía por lo que se presentan movimientos incoordinados, lentos o no controlables que se pueden manifestar en manos, pies, brazos y piernas y en algunos casos afectan los músculos de la cara y lengua produciendo babeo y muecas en la cara las cuales aparecen con más frecuencia en estados de estrés y

---

<sup>4</sup> RICARD, François, MARTÍNEZ Elena. Osteopatía y pediatría. Madrid, editorial médica panamericana S.A. 2005.167-168p

desaparecen en estados de relajo y descanso como al dormir. También pueden haber problemas para coordinar los movimientos necesarios para el habla (disartria).

- Ataxia: defecto en la marcha, la persona presenta inestabilidad al caminar poniendo los pies muy separados uno del otro. Genera también descoordinación motora en la motricidad fina y gruesa.
- Mixta: éste es el tipo de parálisis más frecuente, se da cuando se manifiestan distintas características de los tipos de parálisis definidos anteriormente. La combinación más común es la de espasticidad con movimientos atetoides.

Ésta última combinación es la que se presenta en la parálisis de L quien tiene incapacidad para la marcha por lo que es movilizadado en silla de ruedas.

#### **B. Según tono muscular:**

- Isotónico: tono muscular normal
- Hipertónico: aumento en el tono muscular
- Hipotónico: tono muscular disminuido

#### **C. Según parte del cuerpo afectada:**

- Hemiplejía o Hemiparesia: es la afectación de uno de los dos lados del cuerpo (lado izquierdo o lado derecho)
- Diplejía o Diparesia: la mitad inferior del cuerpo está más afectada que la mitad superior del cuerpo.
- Cuadriplejía o Cuadriparesia: los cuatros miembros están paralizados
- Tetraplejía o Tetraparesia: la afectación en este tipo de parálisis es global, ya que junto con la parálisis de los cuatro miembros también está afectado el tronco.

- Paraplejía o Paraparesia: es la afectación de los miembros inferiores
- Monoplejía o Monoparesia: es la afectación de un solo miembro
- Triplejía o Triparesia: es la afectación de tres miembros

Es importante indicar que el sufijo “plejía” significa ausencia de movimiento y el sufijo “paresia” se utiliza cuando existe algún tipo de movimiento

#### **D. Según grado de afectación:**

- Grave: prácticamente no hay autonomía
- Moderada: tiene algún grado de autonomía y/o necesita alguna ayuda asistente.
- Leve: tiene total autonomía.

### **1.1.2 Causas de la parálisis cerebral<sup>5</sup>**

Existen causas prenatales, perinatales y posnatales.

#### **A. Causas prenatales:**

- Nacimiento prematuro
- Intoxicación materna
- Traumatismo en la madre ( paro cardiaco)
- Exposición descuidada a rayos X
- Enfermedades virósicas como la toxoplasmosis o la rubéola
- Madre con hipertensión, adicción a drogas, tabaco o alcohol
- Factores genéticos, alteraciones en el desarrollo intrauterino o cromosómico.

#### **B. Causas perinatales:**

- Sufrimiento fetal en el transcurso de un parto prolongado

---

<sup>5</sup> FEDERICO, Gabriel.F. El niño con necesidades especiales: neurología y musicoterapia. Buenos Aires, Kier editorial, 2007. 45-46p.

- Problemas con el cordón umbilical
- Pelvis muy estrecha
- Placenta envejecida

**C. Causas posnatales:**

- Traumatismos de cráneo entre los primeros 6 meses de vida
- Cuadros de deshidratación
- Meningitis o Encefalitis en recién nacidos
- Enfermedades infecciosas

**1.1.3 Problemas asociados con la Parálisis cerebral <sup>6</sup>**

L además de presentar en su diagnóstico PC presenta un retraso mental severo, problemas de deglución y carece de lenguaje verbal. Algunas de estas alteraciones están definidas como problemas asociados a la parálisis cerebral como se describe a continuación

La parálisis cerebral se asocia con frecuencia a los siguientes trastornos:

- A.** Alteraciones de tipo sensitivo sensorial: hipoacusias, trastornos de la visión, lenguaje y percepción
- B.** Retraso mental
- C.** Trastornos de la conducta
- D.** Trastornos morfológicos
- E.** Alteraciones del crecimiento

Ya que previamente se ha indicado el Retraso mental severo como parte del diagnóstico de L a continuación se profundizara un poco más sobre este trastorno asociado a la PC.

---

<sup>6</sup> CARABALLO, María Isabel, SÁNCHEZ, María del Águila, Pérez, Patricia, Manual de Fisioterapia, neurología, pediatría y fisioterapia respiratoria, Módulo II. Sevilla, editorial Mad S.L.2004 .324p.

## 1.2 Retraso Mental<sup>7</sup>

El Retraso mental (RM) como trastorno asociado a la PC puede derivarse a una afectación neurológica central o también de un grave trastorno del desarrollo condicionado por las limitaciones perceptivas y esto a su vez puede derivar en retrasos importantes en la adquisición de patrones conductuales necesarios para la autonomía personal.

El DSM – IV plantea que para diagnosticar retraso mental se deben considerar los siguientes tres criterios:

- A.** La “*capacidad intelectual general*”, debe ser significativamente menor al del promedio, esto quiere decir que el CI (cociente intelectual) debe aproximarse o ser inferior a 70 midiéndose este a través de un test de inteligencia administrado de forma individual.
  
- B.** La deficiencia que manifiesta la persona para responder a las exigencias de acuerdo a su edad y grupo sociocultural, lo cual es denominado como “*capacidades adaptativas*”. Estas deben ser deficientes por lo menos en dos de las siguientes habilidades: cuidado de sí mismo, vida domestica, habilidades sociales/ interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio o salud.
  
- C.** El inicio del RM debe manifestarse antes de los 18 años.

En cuanto a la gravedad del RM el DSM –IV establece cuatro grados de intensidad de acuerdo con el nivel de inteligencia descendido. Estos grados se clasifican de la siguiente forma:

- A.** Retraso mental leve (o ligero): CI entre 50-55 y aproximadamente 70
- B.** Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55
- C.** Retraso mental grave (o severo): CI entre 20-25 y 35-40

---

<sup>7</sup> Catalogo DSM-IV.

**D. Retraso mental Profundo: CI inferior a 20-25**

Es importante destacar que L fue diagnosticado con RM severo según test de inteligencia aplicado por psicólogo, pero se desconoce la forma de medición de las habilidades adaptativas que presenta L.

## **IV.MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO**

La intervención musicoterapéutica que se describe en este trabajo se focaliza en un caso con PC, por lo tanto en este capítulo se desarrollará el tema de la PC en relación a los beneficios que le puede aportar la musicoterapia, basándose en la experiencia y escritos de la musicoterapeuta Británica Juliette Alvin, luego se abordaran conceptos de la musicoterapia importantes para esta intervención como lo son la aproximación diagnóstica, el vínculo musicoterapéutico y la importancia del deseo, del juego y del goce en la sesión musicoterapéutica.

### **1 Parálisis cerebral y Musicoterapia**

El niño con parálisis cerebral presenta una gran inseguridad, ya que la limitación, descoordinación y descontrol en sus movimientos los torna vulnerables ante cualquier obstáculo por más pequeño que sea éste, ya que esto les dificulta la posibilidad de explorar y aventurarse como el común de los niños, y por lo tanto se vuelven muy dependientes.

Juliet Alvin refiriéndose a este trastorno registra varios casos en los cuales por medio de la escucha y ejecución musical se han logrado avances en la coordinación motora, la activación en la musculatura, el control del movimiento y además indica que las experiencias favorecen mucho al aspecto emocional de los niños, brindándoles goce, disfrute y permitiéndoles vivenciar movimientos que no se pueden ejercer con el cuerpo a través de la sensación de movimiento que puede otorgar la música: “la música puede proporcionar al niño la emoción del movimiento, porque se mueve en el tiempo y el espacio. Las notas ascendentes y descendentes, así como la sucesión de sonidos a diferentes velocidades y ritmos

pueden dar a un niño sensible la sensación de movimiento completo: arriba y abajo, despacio o rápido”<sup>8</sup>

La ejecución de un instrumento puede favorecer en varios ámbitos al niño con parálisis cerebral. Hay algunos instrumentos que por la forma de ejecutarlos pueden ayudar a desarrollar alguna parte específica del cuerpo.

Juliet Alvin cita al doctor Sidney Licht quien se refiere a la práctica del piano y el violoncelo como ejemplos de ello: “El doctor Sidney Licht postula la práctica de ciertos instrumentos cuya técnica ayuda a desarrollar músculos específicos. Recomienda el piano, que ofrece excelentes oportunidades para la flexión de los dedos, la extensión y abducción de la muñeca, y la flexión y abducción de los hombros, y ejercita el cuello y la espina dorsal. La técnica del Violín o del violoncelo desarrolla la flexibilidad de los dedos de la mano izquierda, la flexión y extensión del codo derecho y de la muñeca, la abducción y aducción del hombro”<sup>9</sup>

Y por último, el goce que produce la música puede generar cambios positivos en el ámbito emocional del niño con parálisis cerebral, Juliet Alvin lo expresa con las siguientes palabras: “nunca debemos olvidar que el valor esencial de la música para un niño disminuido consiste en añadir a sus actividades un elemento indispensable de emoción y goce; elemento que puede transformar o reducir al mínimo los obstáculos que el niño enfrenta, cualquier sea la naturaleza o el grado de aquellos”.<sup>10</sup>

## **2 Aproximación diagnóstica en Musicoterapia**

La aproximación diagnóstica en Musicoterapia es un concepto que plantea el Musicoterapeuta Gustavo Gauna para referirse a la primera etapa que se realiza con el paciente. Éste concepto nace de una serie de estudios y reflexiones que él

---

<sup>8</sup> ALVIN, Juliette. Música para el niño disminuido, Buenos Aires, Ricordi Americana S.A.E.C editorial, 1965.149p.

<sup>9</sup> ALVIN, Juliette. Musicoterapia, Buenos Aires, PAIDOS editorial, 135p.

<sup>10</sup> ALVIN, Juliette. Música para el niño disminuido, Buenos Aires, Ricordi Americana S.A.E.C editorial, 1965.151p.

hace frente a su experiencia como musicoterapeuta, en donde básicamente dice que se debe realizar un trabajo cuidadoso y respetuoso con el paciente identificando aquello enfermo que se manifiesta como “Lo estático” y esperar el momento indicado para movilizarlo y así llevarlo hacia lo sano, que se manifestará como “lo estético”.

Éste concepto se acoge dentro de ésta intervención por la forma de abordar esta primera etapa de trabajo musicoterapéutico y además por la importancia que le da al vínculo, a la improvisación y al trabajo expresivo espontaneo expresado en los siguientes definiciones:

“La relación de distancia con los objetos:

(...)Proponemos un espacio que le permita al “Otro sufriente” y al “Nosotros expectantes” poder desarrollar la comprensión de una “dinámica de ser”. Esto nos plantea un diagnóstico que no puede dejar de ser una situación normal para el otro. Nada artificial puede existir en una propuesta, que tiene como objeto ser la base para un futuro trabajo, en donde la improvisación y el trabajo expresivo espontáneo, van a ser los pilares de la construcción del vínculo”<sup>11</sup>

“La situación diagnóstica es un encuentro:

Es una propuesta de encontrarse con el otro, no, solamente, con lo que le pasa al otro. Esto le exige al musicoterapeuta un primer corrimiento; el del escaparse de lo sintomático y fortalecer el vínculo”<sup>12</sup>

En estas dos definiciones aparece el vínculo como aquello fundamental dentro del trabajo en la aproximación diagnóstica e indica que la improvisación y el trabajo expresivo espontaneo será lo que hará posible la construcción de éste vinculo.

---

<sup>11</sup> GAUNA, Gustavo 2004. La aproximación diagnóstica en musicoterapia. En la clínica y la textura social. Buenos Aires, Universidad abierta interamericana, Facultad de Psicología, Licenciatura en Musicoterapia. 59-60p.

<sup>12</sup> GAUNA, Gustavo 2004. La aproximación diagnóstica en musicoterapia. En la clínica y la textura social. Buenos Aires, Universidad abierta interamericana, Facultad de Psicología, Licenciatura en Musicoterapia. 60p.

Desde las palabras de Gabriela Paterlini, musicoterapeuta a quien cita Gauna en su tesis “aproximación diagnóstica en la Musicoterapia”, se refiere al vínculo de esta forma:

“consideramos al vínculo como una estructura dinámica en continuo movimiento, que engloba tanto al sujeto como al objeto. De aquí podemos decir que un vínculo crea un territorio. Este territorio está conformado por la trama discursiva que resulta de la interacción de los sujetos que participan de ese vínculo”<sup>13</sup>

De estas palabras se deduce que el Vínculo es fundamental dentro del proceso musicoterapéutico ya que generar este vínculo entre paciente y musicoterapeuta, abre las posibilidades para movilizar al paciente desde “lo estático” hacia “lo estético” por lo tanto es importante que el vínculo sea lo primero que se cree dentro del proceso musicoterapéutico.

En esta intervención realizada con L. el, trabajo para generar y luego fortalecer el vínculo fue lo más importante ya que desde el vínculo L. se abrió a la experiencia musical, hacia la exploración instrumental y también hacia su expresividad

### **3 El Juego y el Deseo**

El trabajo musicoterapéutico realizado con L. se relaciona también con el goce que a él le generaban los instrumentos y las canciones de saludo, despedida y canciones improvisadas en algunas sesiones. Este goce y/o placer L. lo demostró a través de gestos, movimientos y sonidos que se fueron intensificando de sesión en sesión, por lo que a continuación abordó desde palabras del musicoterapeuta Gabriel Federico dos conceptos que desarrolló durante todo el proceso musicoterapéutico con L: el Juego y el deseo.

“Lo lúdico simboliza lo placentero, por lo cual, como musicoterapeutas, debemos trabajar sobre las posibilidades del paciente para que

---

<sup>13</sup> Idem

desarrolle su propio deseo y pueda desplegarlo en el placer que genera hacer o escuchar música”<sup>14</sup>

Cuando yo le acercaba a L. los instrumentos que le gustaban sonreía y comenzaba a movilizar sus brazos para poder tocarlos y de esta forma, poco a poco L. pudo tocar por tiempos más prolongados y con más manejo en sus manos y brazos.

“... jugar es un derecho en los niños a lo largo de la historia de la humanidad el juego en los niños siempre tuvo presencia, es comunicación, es expresión, ayuda al desarrollo intelectual y emocional convirtiéndose en una fuente de comunicación y de expresión abundante. Brinda satisfacción y logro, genera espontaneidad y por sobre todo placer”<sup>15</sup>

Jugar a imitar sonidos, a imitar gestos, realizar juegos que implican movimientos corporales y otros juegos impulsaron muchas veces a que L. emitiera melodías en conjunto conmigo, respondiera rítmicamente a alguna propuesta rítmica hecha por mí y ayudo a que se expresara cada vez más con sus balbuceos, sonidos vocales y gestos que en cada sesión se iban incrementando.

“El deseo es lo que nos mantiene encendida la llama de la sensibilidad, lo que alimenta nuestro sentir. Y nuestro sentir es una de las áreas en las cuales el desarrollo del ser humano está atravesado por una comunicación no verbal. O, mejor dicho, por aquello que no se ve, o es difícil de explicar con palabras, en definitiva: lo que se siente se percibe”<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> FEDERICO, Gabriel.F. El niño con necesidades especiales: neurología y musicoterapia. Buenos Aires, Kier editorial, 2007. 32p.

<sup>15</sup> FEDERICO, Gabriel.F. El niño con necesidades especiales: neurología y musicoterapia. Buenos Aires, Kier editorial, 2007. 33p.

<sup>16</sup> FEDERICO, Gabriel.F. El niño con necesidades especiales: neurología y musicoterapia. Buenos Aires, Kier editorial, 2007. 33-34p.

## 4 El trabajo corporal

Dentro del proceso musicoterapéutico con L el trabajo corporal realizado dentro de las sesiones de desarrollo y cierre fue uno de los recursos más importantes para generar relajación muscular en L lo cual le ayudo a realizar movimientos más coordinados para movilizar y tocar instrumentos.

Este trabajo se realizo inicialmente mediante el principio de imitación utilizando un pañuelo con el cual la Musicoterapeuta imito movimientos de L relajándolo paulatinamente. El pañuelo cumplió la función de ser objeto intermediario entre la Musicoterapeuta y L, lo que permitió un acercamiento gradual y por lo tanto natural y que no genero ansiedad en L lo que propició un desarrollo muy favorable en sus modos de expresión posteriores, esto es explicado por Aucuturier y Lapierre en su caso de estudio con un niño diagnosticado con parálisis cerebral, ellos se refieren al contacto corporal como primera forma de comunicación del ser humano:

“la primera relación del niño con el mundo es una relación afectiva que pasa a través del contacto y las tensiones tónicas de su cuerpo, con el otro y con el objeto, contactos y tensiones generadoras de placer o disgustos. Ahí reside la primera “comunicación, la más profunda y primitiva. Y de ahí nace el interés del niño por el otro y por el objeto”<sup>17</sup>.

La Imitación de movimientos como se indico al principio y los gestos realizados con y sin el pañuelo otorgo la confianza necesaria en L para expresarse de forma más natural y disminuyendo su rigidez en muchos movimientos y también genero la confianza en L para realizar acciones de forma más autónoma como tomar y tocar la melódica, con respecto a esto Aucouturier y Lapierre habla sobre la importancia que tiene el principio de imitación en una primera etapa para transmitir la aceptación del otro y como esto genera un canal de comunicación con el otro:

“... cuando un niño quiere entrar en comunicación con otro, empieza por imitar los gestos de éste. Tras este signo, “ritual” lo llama Montagner, en el sentido etológico del término, empiezan a establecer entre ellos otros tipos de comunicación, tales como intercambios de objetos, de palabras, contactos corporales, etc.

---

<sup>17</sup> AUCOUTURIER, Bernard y LAPIERRE, André. La educación psicomotriz como terapia “Bruno”. Barcelona, editorial médica y técnica, S.A, 1977. 52p.

Éste es un procedimiento que utilizamos inicialmente con niños muy perturbados que rechazan cualquier tipo de comunicación. 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...”<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> AUCOUTURIER, Bernard y LAPIERRE, André. La educación psicomotriz como terapia “Bruno”. Barcelona, editorial médica y técnica, S.A, 1977. 35p.

## V. METODOLOGIA DE INTERVENCIÓN

Las intervenciones musicoterapéuticas llevadas a cabo con L fueron 13 en total entre fines de agosto y fines de noviembre del año 2012. Éstas sesiones se realizaron los días miércoles desde las 10 de la mañana hasta las 11:00 de la mañana, transcurrieron en la sala multifuncional de la escuela, la cual se utiliza para realizar fisioterapia y actividades que el Kinesiólogo realiza con los niños de forma individual, es una sala acogedora y luminosa la cual está aislada del ruido.

Tomando en cuenta que L se traslada en silla de ruedas se debe señalar que la MT se encargó de ir a buscar a L a su sala para llevarlo a cada sesión y al terminar también era ella quien lo trasladaba de vuelta a su sala de clases.

A continuación se describirán los recursos y técnicas musicoterapéuticas utilizadas durante las tres etapas en las que se dividió el proceso musicoterapéutico de L: etapa de diagnóstico, etapa de desarrollo y etapa de cierre.

Cabe señalar que algunos recursos y técnicas varían en la etapa de diagnóstico con respecto a los recursos y técnicas utilizadas en las etapas de desarrollo y cierre del proceso musicoterapéutico lo que justifica describir los recursos y técnicas separadas según las etapas del proceso musicoterapéutico.

### 1 Etapa de diagnóstico

Los recursos materiales que se utilizaron durante la etapa de diagnóstico fueron:

**A. el setting instrumental:** Toc –toc, Melódica, Chimes, Flautas (soprano y contralto), Guitarra, Kalimba, Triangulo, Una maraca grande, Dos maracas chicas, bongó, Un pandero, Un palo de agua, Un par de claves, Una caja china, Un cascabel, Dos huevitos, Dos castañuelas y Un güiro.

**B. Materiales anexos:** una manta y mesas para poner sobre estos los instrumentos musicales, música envasada, radio y colchonetas.

**C. Ficha musicoterapéutica de L<sup>19</sup>,** éste elemento sirvió para recopilar información sobre su historia musical y se le entrego a los padres de L para que escribieran la información que se requería.

Las técnicas utilizadas en esta etapa están categorizadas en técnicas activas y receptoras las cuales se presentan a continuación:

### **1.1 Técnicas activas: el paciente participa activamente haciendo música**

- Canciones de saludo y despedida: estas fueron creadas especialmente para L. en el momento de saludarnos y de despedirnos, estas incluían su nombre y un ritmo enérgico que llamaba al movimiento.
- Melodías improvisadas con sonidos vocales: melodías que improvisa la MT con los sonidos vocales que L emite tomando su registro y la rítmica de éstos sonidos, esta técnica utilizo varias veces para imitar a L o para acompañarlo con melodías complementarias.

### **1.2 Técnica receptiva: el paciente participa receptivamente escuchando música**

Se presenta música grabada para realizar trabajos corporales ya sea para motivar los movimientos al ritmo de la música o también para ayudar a la relajación corporal

---

<sup>19</sup> Anexo n° 1

Todas las sesiones comenzaron con la canción de saludo<sup>20</sup> y finalizaban con la canción de despedida<sup>21</sup>. En cuanto a las actividades durante el desarrollo de las sesiones fueron variando según el deseo que manifestaba L de realizar en esos momentos, estas fueron: presentación de los instrumentos por parte de la MT y escucha receptiva por parte de L, ejecución libre de los instrumentos, trabajo de reconocimiento corporal mediante música envasada.

## 2 Etapas de desarrollo y cierre

Los recursos materiales que se utilizaron durante las etapas de desarrollo y cierre fueron:

- A. **El setting instrumental:** Toc –toc, Melódica, Chimes, Flautas (soprano y contralto), Guitarra, Kalimba, Triangulo, Una maraca grande, Dos maracas chicas, bongó, Un pandero, Un palo de agua, Un par de claves, Una caja china, Un cascabel, Dos huevitos, Dos castañuelas y Un güiro.
- B. **Materiales anexos:** una manta y mesas para poner sobre estos los instrumentos musicales, música envasada, radio y Pañuelo grande para realizar masajes.

### 2.1 Técnicas activas

#### A. Utilización de canciones:

- Canciones de saludo y despedida: estas fueron creadas especialmente para L. en el momento de saludarnos y de despedirnos, estas incluían su nombre y un ritmo enérgico que llamaba al movimiento.
- Melodías improvisadas con sonidos vocales: melodías que improvisa la MT con los sonidos vocales que L emite tomando su

---

<sup>20</sup> Anexo n° 2

<sup>21</sup> Anexo n° 3

registro y la rítmica de éstos sonidos, esta técnica utilizo varias veces para imitar a L o para acompañarlo con melodías complementarias.

**B. Improvisaciones musicoterapéuticas:** esta técnica será tomada desde el enfoque de Juliet Alvin sobre la “libre improvisación” en la cual el terapeuta no impone ningún regla, estructura o tema en la improvisación del paciente, sino que permite al paciente “soltarse” en el instrumento musical.<sup>22</sup>

Durante todo el proceso musicoterapéutico L. manipulo, exploro y toco distintos instrumentos con y sin ayuda de la MT, dada la condición motora de L se considera en esta monografía que las ejecuciones prolongadas con la melódica, especialmente, en las últimas sesiones son Improvisaciones musicoterapéuticas.

## 2.2 Técnica receptiva

### A. Escucha de música envasada:

Se presenta música grabada para realizar trabajos corporales ya sea para motivar los movimientos al ritmo de la música o también para ayudar a la relajación corporal

### B. Música improvisada por la Musicoterapeuta:

Esta técnica se utilizó para realizar el trabajo de relajación con L. Las improvisaciones que realizo la MT fueron en su mayoría canciones improvisadas que invitaban a L a relajar sus manos, brazos, etc. utilizando además como objeto intermediario un pañuelo para realizar masajes.

---

<sup>22</sup> BRUSCIA, Kenneth. E. Modelos de improvisación en musicoterapia, Salamanca, AGRUPARTE editorial, 1999.77p.

También hubo canciones improvisadas que invitaban a alguna acción o que describirán alguna situación o daban algún mensaje a L.

## **VI. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO**

### **1 Presentación de L**

L, es un adolescente de 15 años, empático, alegre, persistente, participativo y que cuenta siempre con el apoyo de su familia. Vive en la región de Valparaíso, proviene de una familia de escasos recursos económicos, tiene un tipo de parálisis cerebral (PC) catalogado como Tetraparesia mixta, la cual ha comprometido las cuatro extremidades de L, lo que entre otras cosas no le permite mantenerse de pie por lo cual permanece sentado en un silla de ruedas, también se le ha diagnosticado un retardo mental severo como un problema asociado a la PC. No presenta discapacidad visual, carece de lenguaje verbal y actualmente asiste a la escuela especial San Juan de Dios ubicada en Viña del Mar en donde ha recibido la intervención musicoterapéutica que se está describiendo y analizando en esta monografía.

La madre de L. indico en la ficha musicoterapéutica que L. gusta de música “movida” como el regenton, la salsa y bachata, ya que con este tipo de música él se mueve en la silla y ríe cuando la ponen en la casa. La familia lo describe como un niño alegre, cariñoso y muy dócil, lo cual es una opinión que también se comparte en la escuela especial.

### **2 Etapa de Diagnostico**

A continuación se describirán y analizaran las cuatro primeras sesiones de diagnostico, en donde se conoció a L y se fueron detectando sus capacidades y necesidades, como también dar conocer de qué forma se trabajó para crear el Vínculo: objetos – L - musicoterapeuta.

#### **2.1 Primera sesión: 29 agosto del 2012/ 1 hora de duración.**

La MT con ayuda de la asistente educacional ubican a

L acostado en la colchoneta que la Musicoterapeuta arreglo previamente y en donde están los instrumentos musicales, la asistente se retira de la sala y comienza la primera sesión con L.

La MT lo saluda cantando una canción que creó para él, L se muestra entusiasmado con una sonrisa, luego la MT le presenta los instrumentos musicales nombrándolos y haciéndolos sonar primero frente de él y luego cerca de distintas partes de su cuerpo, L dirige su mirada hacia las distintas partes en donde suenan los instrumentos, se observa que L muestra especial interés con el “Chimes”, bongó y la melódica, ya que sonríe y moviliza su cuerpo entero en señal de entusiasmo e intenta llegar con sus manos a estos tres instrumentos lo que no hace con los demás. La MT luego de presentarle los instrumentos le invita verbalmente a que elija algún instrumento para tocarlo, ella le va acercando uno por uno los instrumentos y L elije primero el chimes, la MT se lo acerca para que pueda tocarlo él lo agarra fuertemente con movimientos espásticos y lo agita intensamente, luego la MT lo toca para él de forma suave y L vuelve a tomarlo y a agitarlo como antes. Con el bongó se pone rígido y mueve todo su cuerpo rígidamente para tocarlo con la mano derecha ( que es donde la MT le acerca el instrumento) cuando lo logra ríe y vuelve hacer esto tres veces luego la MT acerca el bongó a su mano izquierda y realiza los mismos movimientos para tocarlo y lo toca con más dificultad, se ve un poco cansado por lo cual hacemos una pausa y luego L vuelve a pedir instrumento, se le muestra la melódica y se interesa, la MT le acerca el instrumento y sopla, y L con ayuda de la MT posa su mano empuñada sobre la melódica y al escuchar el sonido ríe, golpea con su puño en varias partes distintas de la melódica y disfruta mucho con esto, esto se prolonga por un rato y luego L se vuelve a cansar por lo que hacemos otra pausa y finalmente la MT le anuncia que se van a despedir y con la Guitarra le canta la canción de despedida, L cansado esboza una pequeña sonrisa y se mueve un poco al ritmo de la canción. Luego es llevado a la silla de ruedas y se le lleva a su sala nuevamente.

## **2.2 Segunda sesión: 05 de septiembre del 2012/ 1 hora de duración**

Desde esta sesión hasta la última se ubica a L sentado en su silla de ruedas frente a una mesa en donde están ubicados los instrumentos musicales con el objetivo de acercar más los instrumentos a L y de que éste tenga visión de la mayoría los instrumentos al mismo tiempo.

Se saluda a L con la canción de inicio con la cual se muestra más animado que la sesión anterior ya que se mueve más y ríe más, luego con ayuda de la MT L explora algunos instrumentos, y se queda mucho tiempo explorando la melódica, el toca ayudado por la MT la mayor parte del tiempo, también le agrada mucho hacer sonar el “Chimes” y luego se exploran algunas partes de cuerpo con el audio de la canción “ mi cara y tu cara” de mazapán , en esta canción se indica mover las manos, la cara, la lengua y los pies, L se animo mucho con la canción y se movió al ritmo de la canción siempre sonriente y junto con la MT quien también se movía con él, L logro mover sus manos al escuchar en la canción que se pedía esto y también la lengua la cual saco y se la mostro a la MT dos veces seguidas, para mover los pies y piernas la MT lo tomo cuidadosamente de los pies y fue generando el movimiento de éstos al ritmo de la canción, esto solo lo logro con ayuda de la MT. Para finalizar se canto la canción de despedida y se llevo a L a su sala de clases.

## **2.3 Tercera sesión: 12 de septiembre del 2012/ 1 hora de duración**

Al saludar a L con la canción éste comienza a moverse y a reír mucho, comienza a balbucear y a realizar distintos sonidos vocales que expresan alegría mientras se está cantando la canción. En esta sesión L emite muchos sonidos vocales, algunos como expresión de alegría y otros como si estuviese contando algo a la MT.

En esta sesión L toca por largo rato el Chimes, ríe mucho al hacerlo sonar y ya no lo aprieta ni lo agarra fuerte llevándoselo hacia él, sino que desliza su brazo por los tubitos y en algunas ocasiones lo golpea con su puño, también toca la melódica con un poco de ayuda de la MT para llegar al instrumento y luego toca el

toc-toc también con la ayuda de la MT quien le pone en su mano la baqueta con la cual L golpea el instrumento hasta que ésta se le suelta y cae al piso.

La actividad central de ésta sesión fue la ejecución libre de los instrumentos y la imitación de los sonidos vocales de L por parte de la MT a lo cual L respondió con miradas y sonrisas. En esta sesión L se mostro muy alegre y estuvo muy participativo tocando muchos instrumentos, cuando finalizo la sesión cantando la canción de despedida L se movió muy contento al ritmo de la canción pero al terminarla de cantar L se puso serio e hizo la mueca de un “puchero”.

#### **2.4 Cuarta sesión: 26 de septiembre del 2012/ 1 hora de duración**

Cuando la MT va a buscar a L a su sala él se comienza a mover mucho y a reír, demuestra con esto que quiere ir a la sesión, en coherencia con su disposición inicial L goza con la canción de saludo, él ríe, se mueve y hace sonidos vocales mientras la MT canta la canción. Luego comienza la ejecución libre de los instrumentos y L elije la Melódica la toca por mucho rato y explora los distintos registros, la toca con su mano empuñada dando golpes y en otras ocasiones separa un poco los dedos con lo cual logra tocar algunos notas por separado, goza mucho con esta ejecución que en momentos se hace en conjunto con al MT, algo muy interesante que pasa en esta sesión es que L realiza una pequeña melodía distinta a sus sonidos vocales realizados anteriormente ya que esta vez L realizó una entonación con su voz, ésta melodía que él hace es espejada por la MT y se transforma en una melodía entonada en conjunto (L y MT) esto dura poco tiempo pero es disfrutada por ambos generándose un momento muy especial de cercanía, al término de esta entonación los dos ríen, L realiza gestos y sonidos que reflejan gozo. En esta sesión también pasa otra cosa importante L imita algunos movimientos de brazo que realiza la MT reiteradas veces siendo invitado por la MT a realizar esta imitación pero ésta es la primera vez que lo hace. En cuanto a la ejecución de instrumentos toca muchos, pero la melódica es con la que mas goza, también logra sujetar un cascabel tocándolo por un tiempo corto esto es estimulado por la MT quien hace la mímica para que L lo haga también

como lo hizo con su brazo, para finalizar la MT canta la canción de despedida mientras L hace sonidos vocales que van acompañando a la canción.

Durante estas cuatro sesiones se observa un aumento en la confianza de L hacia la experiencia musical que la MT le va ofreciendo ya que de sesión en sesión L fue tomando con más seguridad los instrumentos musicales que él quería tocar, se fueron dando con mayor frecuencia, risas, balbuceos y sonidos vocales, las canciones tanto de saludo como de despedida las fue disfrutando cada vez más demostrándolo con sus movimientos corporales al ritmo de la canción.

Por otro lado el vínculo se fue fortaleciendo poco a poco entre L, los instrumentos y la MT, L es un niño muy empático y dócil, por lo cual desde el primer encuentro que se tuvo se fue creando el vínculo entre L y la MT con mucha facilidad, también L generó un vínculo especial con la melódica, un instrumento que desde el principio le agrada y lo quiso tocar, al igual que con el “chimes” que le encantaba hacer sonar.

Con el gozo, alegría y entusiasmo que L demostró a lo largo de las sesiones y las actividades que la MT iba proponiendo se comenzó a crear, tomando las palabras de Gabriela Paterlini, “territorio”, territorio en el cual fue posible entonar una melodía en conjunto L y MT en la cuarta sesión.

Esta entonación conjunta fue el resultado de la construcción de un lenguaje no verbal único de este espacio para comunicarse utilizando miradas, movimientos, gestos corporales y faciales, sonidos vocales e instrumentales y risas.

Gracias a este lenguaje creado la MT fue conociendo a L y L fue conociendo a la MT, lo cual permitió a la MT conocer los deseos de L: con que goza y con que no, cuando se cansa, cuando quiere que lo escuchen y cuando quiere tocar algún instrumento y cuando no. Es por esto que se fija la cuarta sesión como la última de

diagnostico, ya que se ha creado el vinculo y así se puede pasar a la siguiente etapa.

También en esta primera etapa se fueron definiendo las necesidades de L, se sabe que L esta diagnosticado de Tetraparesia mixta acompañado de retardo mental severo, pero mas allá de esto lo que se pudo observar en estas primera sesiones es que L es capaz de disfrutar de la experiencias musicales y es capaz de participar activamente de estas tocando instrumentos, moviéndose al ritmo de la música y realizando otras cosas más que se han descrito anteriormente, pero al disfrutar la mayoría de las veces L se vuelve ansioso lo que le produce movimientos espásticos que hacen que su musculatura se vuelva rígida y de esta manera le sea más difícil tomar o hacer sonar los instrumentos que él desea, por lo tanto se ha definido trabajar la relajación de la musculatura para intentar disminuir la rigidez muscular y que de esta forma L pueda manipular, hacer sonar y/o tocar los instrumentos musicales que desea teniendo más control sobre éstos

## VII. DESARROLLO DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

### 1 Organización según etapas del proceso musicoterapéutico y Objetivos planteados

El Proceso musicoterapéutico de L se organizó de la siguiente forma:

- Primeras 4 sesiones de diagnóstico
- Siguiendo 6 sesiones de desarrollo
- Últimas 3 sesiones de cierre

**Cuadro organizacional de sesiones musicoterapéuticas de L.**

| Nº de Sesión | Fecha          | Objetivo   | Etapas de proceso musicoterapéutico |
|--------------|----------------|--|-------------------------------------|
| 1            | 29 / 08 / 2012 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Detectar y reconocer las capacidades, los recursos y las necesidades de L.</li><li>• Crear vinculo</li></ul>   | Diagnóstico                         |
| 2            | 05 / 09 / 2012 |  |                                     |
| 3            | 12 / 09 / 2012 |  |                                     |
| 4            | 26 / 09 / 2012 |  |                                     |
| 5            | 3 / 10 / 2012  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Disminuir la tensión corporal en L</li><li>• lograr mayor goce al tocar los instrumentos que L desee.</li><li>• Desarrollar en L mayor expresividad y comunicación durante las sesiones de musicoterapia.</li><li>• Continuar desarrollando el vinculo</li></ul> | Desarrollo                          |
| 6            | 10 / 10 / 2012 |  |                                     |
| 7            | 17 / 10 / 2012 |  |                                     |
| 8            | 24 / 10 / 2012 |  |                                     |
| 9            | 31 / 10 / 2012 |  |                                     |
| 10           | 7 / 11 / 2012  |  |                                     |
| 11           | 14 / 11 / 2012 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener los objetivos de</li></ul>  |                                     |

|    |                |   |        |
|----|----------------|---|--------|
| 12 | 21 / 11 / 2012 | la etapa de desarrollo.   | Cierre |
| 13 | 28 / 11 / 2012 | <ul style="list-style-type: none"> <li>preparar a L. para el término del proceso musicoterapéutico</li> </ul> |        |

## **2 Descripción y análisis de las sesiones consideradas relevantes por marcar hitos importantes dentro del proceso musicoterapéutico de L**

Durante las etapas de desarrollo y cierre del proceso musicoterapéutico de L se continuo con la rutina de comenzar y terminar con las canciones de saludo y despedida ya que además de generar gozo en L cumplían con la función de darle a conocer cuando comenzaba la sesión y cuando finalizaba.

En cuanto a las actividades centrales se mantuvo la ejecución libre de los instrumentos y se añadió la libre improvisación, el trabajo de relajación corporal mediante música envasada y música improvisada por la MT, juegos rítmicos de pregunta y respuesta e imitación de sonidos vocales. Todas las actividades se basaron en las técnicas de la musicoterapia activa y receptiva como se categorizaron anteriormente

A continuación se presenta una selección de cuatro sesiones que develan progresos frente a los objetivos planteados para la etapa de desarrollo del proceso

### **2.1 Sexta sesión: 10 de octubre del 2012/ 1 hora de duración**

En esta sesión la canción de saludo es cantada dos veces seguidas obedeciendo a el deseo de L quien comienza la sesión muy entusiasmado, primero explora el palo de agua el cual le causa mucha gracia al escuchar el sonido de las semillas cayendo, luego de un rato manifiesta no querer el palo de agua y la MT le muestra entonces la melódica, L ríe y la MT se acerca con la melódica, L se vuelve tenso y llega dando un golpe con su mano derecha a la melódica, toca la melódica dando

golpes con su mano derecha empuñada quedándose un tiempo de esta forma con las teclas presionadas, luego vuelve a lanzar su mano para tocar la melódica y la MT se la acerca de esta forma la MT deja de tomarle la mano derecha para que L llegue al instrumento, el gozo que experimenta L hace algunas sesiones atrás con la melódica es por causa de escuchar que los sonidos salen cuando el presiona el instrumento, esto lo alegra ríe y lo impulsa a volver a intentarlo, la MT lo alienta riendo con él y dándole ánimo con su mirada y alegría, en esta sesión L toca otros instrumentos como el pandero, la baqueta del toc-toc, el bongó y el cascabel pero ningún instrumento le da tanta satisfacción como tocar la melódica, en esta sesión L pide en distintos momentos la melódica y hacia el final comienza a abrir su mano derecha para tocarla rozando las teclas con algunos dedos y luego con el gesto de “pellizcar” con sus dedos las teclas las va tocando y logra sacarle el sonido a algunas teclas por separado, luego hace lo mismo con su mano izquierda pero a diferencia de lo anterior con esta mano necesita que la MT le tome la muñeca para llegar a la melódica, ésta es la primera vez que L hace este gesto de “pellizcar las notas” y por lo tanto de tocar mas definitivamente algunas notas por separado. En cuanto a sus sonidos vocales se van haciendo cada vez más habituales, muchas veces da la sensación de que está hablando por la entonación y el ritmo con el que hace estos sonidos vocales, en un momento en que L hace estos sonidos por un tiempo prolongado la MT le toma la mano sujetando en ella el cascabel y ella lo mueve al ritmo de estos sonidos vocales que L realiza, lo cual L parece no advertir ya que no reacciona frente a esta imitación sonora, luego L vuelve a pedir la Melódica y se comienza un juego de pregunta-respuesta, donde L golpea las teclas y deja un espacio en donde la MT imita ese sonido con la misma intensidad que lo hace L, luego el responde imitando la intensidad de la MT y comienza a hacer sonidos más rápidos y cortos cada vez, esto le causa mucha gracia y se concluye en risas. Hacia el final de la sesión L comenzó a ponerse rígido por lo que la MT comenzó a realizar masajes en L por primera vez con globos que trajo a esta sesión y que estaban dentro del setting, al pasarle los globos L miro fijamente lo que le estaba haciendo la MT fue por los brazos, suavemente, luego por el pecho y cuando llegó a la cara y la cabeza

manifestó movimientos y gestos de descontento muy claros, la Mt le pregunto a L si quería seguir con el masaje de globos y L movió la cabeza negativamente e hizo gestos faciales de desagrado, por lo cual al Mt comprendió claramente que no le agradaron los masajes con globos, por lo cual hay que pensar en otro material. La sesión termina con la canción de despedida con la que se mueve enérgicamente como con la canción de saludo y se acaba la sesión.

## **2.2 Novena sesión: 31 de octubre del 2012/ 1 hora de duración**

Luego del saludo inicial L elige la melódica para tocar, hace ya varias sesiones atrás que comienza la sesión eligiendo la melódica después de la canción de saludo. Poco a poco se observa que L abre la mano para tocar las teclas, esto que hace dos sesiones era algo esporádico en esta sesión se vuelve claramente algo constante: cierra y abre la mano derecha y toca varias notas por separado, se ve también que llega a la melódica un poco más suave que al principio y que aumenta los tiempos de ejecución de este instrumento. Luego de que L deja de tocar la melódica la MT le realiza masajes en las manos brazo cara y cabeza con el pañuelo como ya es habitual.

L se queda muy tranquilo, disfruta de esta parte de la sesión, y al igual que la sesión anterior la MT improvisa una canción para que L abra sus manos y con suaves movimientos toma sus manos y brazos con el pañuelo y las mueve suavemente después de esto la MT le acerca la melódica nuevamente y L la toca pero sin mucho entusiasmo, se observa a L somnoliento lo cual puede haberse generado por la relajación entonces la MT toma la melódica y comienza a descender y ascender con los dedos sobre la melódica enérgicamente lo que moviliza a L, este movimiento ascendente descendente que hace la MT en la melódica hace reír a L el cual levanta su mano derecha para poder tocar la melódica, frente a esto la MT le indica que levante el dedo índice para poder hacer estos sonidos ascendentes y descendentes que tanto le entusiasmaron. L luego de un rato levanta su dedo índice de la mano derecha la MT se lo toma y mueve su dedo haciendo los mismos sonidos, esto le causa risa a L y continua

haciéndolo repetidas veces siempre con la ayuda de la MT. Al terminar la sesión con el canto de despedida L se quedó quieto y miró fijamente a la MT quien estaba cantando la canción, L comenzó a mover la boca en concordancia con algunas partes de la letra de la canción como si quisiera cantarla pero sin emitir sonido. Esta fue la primera vez que L hace este gesto con su boca.

### **2.3 Onceava sesión: 14 de noviembre del 2012/ 1 hora de duración**

Como es habitual L comienza muy animado la sesión con la canción de saludo, moviéndose, riendo y balbuceando con mucha alegría. Elige la melódica y la toca con mucho entusiasmo y por primera vez L abre la mano derecha como en posición de acorde y ayudado por la MT presiona las teclas, esto dura algunos segundos, Luego vuelve a tocar a ratos con la mano cerrada y otras con la mano abierta parcialmente, luego de esto L manifiesta querer el palo de agua la MT lo toma poniéndolo en la mano de L y tomándolo junto con él lo hace sonar, esto provoca carcajadas en L y la MT repite esto varias veces, luego pide el bongó lo percute junto con la MT haciendo juegos de pregunta respuesta con este instrumentos L vuelve a realizar movimientos espásticos para tocarlo por lo cual la MT comienza a realizar relajación en su cuerpo con el pañuelo disminuyendo la rigidez en L, disfruta como siempre de esta relajación, le gusta tomar el pañuelo y que se le tape la cara con éste, le relaja mucho el masaje en sus brazos y le encanta escuchar las melodías que improvisa la MT mientras está haciendo este trabajo de relajación. Luego de la relajación L toca la melódica pero se pone muy rígido, pasa lo mismo con el chimes, lo toca dando fuertes golpes pero hubo un rato entremedio de los movimientos espásticos de L en que se quedó quieto y la MT le guió la mano para que tocara suavemente el chimes y luego lo hizo sólo pero rápidamente se puso rígido nuevamente para lo cual la MT volvió al pañuelo y le hizo algunos masajes en sus manos cantando esto calmo a L nuevamente y concluyó la sesión con la canción de despedida.

## **2.4 Treceava y última sesión: 28 de noviembre del 2012/ 1 hora de duración**

En esta última sesión L se observa muy contento, realiza sonidos vocales y movimientos que acompañan la canción de saludo. Como últimamente ha pasado L pide tocar la melódica al principio de la sesión, la toca por largo rato, con su mano completamente abierta y separando los dedos por tiempos más prolongados, L ha logrado mayor fluidez al tocar viéndose este avance desde la sesión pasada, luego de largo rato con la melódica pide el chimes el cual percute con sus pies, golpea los tubitos con los pies de repente fuerte y de repente suave, luego L toca con sus manos, separando los dedos y tocando más suave que fuerte, nuevamente pide la melódica la cual sigue tocándola con mucha fluidez, se desliza por todos los registros sin ayuda de la MT y con poca tensión en sus movimientos disfruta mucho, da la sensación de que siente satisfacción por lo que el mismo ha logrado, luego la MT le realiza masajes con el pañuelo el cual disfruta como siempre, el masaje termina con el pañuelo envuelto entre la mano de L y la mano de la MT, en ese momento la MT improvisa una canción dirigiéndose a L, esta canción le deja un mensaje a L de guardar siempre esta música dentro de su corazón así como la MT la guardara en su corazón.

Termina esta última sesión con la canción de despedida que L continua acompañando con su movimiento de boca y labios como si quisiese cantar la letra de la canción, al terminar ríen los dos y la MT le entrega un regalo a L que consiste en una foto de L junto con la melódica, la MT le acerca la foto a L quién se queda mirando fijamente y esboza una sonrisa, la MT se despide por última vez de L y lo lleva a su sala.

## **VIII. ANÁLISIS DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO**

### **1 El proceso de L**

El análisis del proceso musicoterapéutico de L será abordado desde tres elementos que fueron significativos para L, con los cuales creó un vínculo especial que influyó en sus logros y en su disfrute de forma más plena con la experiencia que se le brindó y que él fue construyendo a lo largo del proceso

#### **1.1 L y la MT**

El primer encuentro visual entre L y yo aconteció cuando fui a buscar a L a su sala para comenzar con la Primera sesión, en esos momentos L parecía no entender porque lo estaban sacando de la sala de clase aún cuando toda la semana la educadora estuvo anticipándolo e informándole sobre la nueva actividad que él iba a tener.

Pese a este aparente desconcierto L no se negó a la experiencia. Al llegar a la sala donde se realizarían las sesiones L se manifestó un poco tímido, casi no emitió sonidos pero se movilizó cuando yo lo saludé con la canción de inicio que había creado para él, ésta canción fue lo primero que generó un interés y posteriormente mucho gozo en L y también fue el primer elemento que ayudó a la creación del vínculo entre los dos. Frente a los instrumentos L demostró un interés especial de inmediato por el Chimes y la melódica a lo cual yo respondí acercándole respetuosa y cuidadosamente estos instrumentos a L lo que posibilitaba que frente a las posibilidades de L para tocar estos instrumentos él pudiese hacerlos sonar y esto le provocaba placer que se visualizaba en las risas y gestos de agrado de L. Avanzando de sesión en sesión observé un aumento de confianza de L ya que comenzó a emitir muchos sonidos desde la sesión tres, comienza a realizar pequeñas melodías con sus sonidos vocales y largos momentos de “conversación” conmigo a través de balbuceos que yo imitaba de L, se comienza a mover cada vez más al ritmo de las canciones de saludo y despedida, se ríe y demuestra cada vez más alegría cuando yo lo iba a buscar a

la sala para llevarlo a la sesión, y en la cuarta sesión se evidencia el vínculo existente entre L y yo cuando éste entona una melodía en donde me permite entonar con él por primera vez, al terminar esta melodía los dos terminamos riendo y celebrando este momento muy especial.

Desde esta sesión hasta el final la cercanía entre L y MT se fue desarrollando mas, L y MT se comprendían cada vez más, generaron un lenguaje propio como y se ha mencionado anteriormente, L manifestaba con confianza cuando no quería o no le gustaba algo moviendo su cabeza de forma negativa y con expresión de molestia y también cuando si quería o gustaba de algo moviéndose generalizadamente y con sonidos y gestos de agrado. También L frente a su empeño por tocar la melódica le demuestra a la MT que le molesta que lo ayude tomándolo de la mano para alcanzar la melódica, esto se ve claramente en la sesión once cuando a L le costó en un momento llegar a la melódica y al MT le toma la mano pero L la mira enojado y le quita el brazo y lo pone encima de la melódica y ahí si sonríe cuando lo logra solo.

Hacia el final del proceso la MT improvisa canciones que van preparando a L para el cierre , en estas canciones la MT se dispone frente a la silla de L muy cerca de él y le canta cariñosamente L siempre responde con sonrisas y agrado pero al escuchar la palabra despedida hace gestos faciales de “puchero” y mira fijamente a la MT, éstos gestos los realiza en varias sesiones al terminar la sesión, lo cual indican que no desea que termine la sesión.

En la última sesión cuando se canta la canción de despedida L la disfruta mucho y la MT le regala una foto de él con la melódica, esto le genera interés y hace una sonrisa, no hace gestos de “pucheros”, no se pone tenso, la despedida se da en calma sin generar ansiedad en L.

## **1.2 L y las actividades de relajación con el pañuelo**

En las primeras sesiones L realizaba movimientos muy rígidos por los movimientos espásticos que se generaban por su condición, con estos movimientos L hacía sonar los instrumentos fuertemente, lo cual le generaba risa y también cierta incomodidad por lo rígido que se volvía su cuerpo al intentar tocar los instrumentos que él deseaba.

Luego de las sesiones de diagnóstico definí como objetivo, a consecuencia de lo observado, Disminuir la tensión corporal en L para lograr mayor goce y disfrute al tocar los instrumentos que él desee, obteniendo con esto mayor control en la manipulación de los instrumentos. Para trabajar este objetivo realicé un trabajo de relajación dentro de las sesiones de desarrollo del proceso musicoterapéutico.

En la sexta sesión intenté masajear con globos el cuerpo de L pero mostro incomodidad y desagrado por los globos, frente a este rechazo le presenté en la siguiente sesión un pañuelo grande con el cual le volví a hacer masajes, L lo acogió muy bien por lo cual fue un elemento que utilicé en todas las sesiones restantes. El masaje con el pañuelo fue una actividad que tenía lugar después de que L exploraba los instrumentos que quería al principio de la sesión, no obstante cuando observaba que L generaba una fuerte tensión que además de ser evidente en su cuerpo rígido también se evidenciaba en su rostro con un gesto de incomodidad, dolor o malestar recurría también al masaje con el pañuelo que casi siempre estaba acompañado de una canción cálida improvisada por mí, esto disminuía de inmediato la tensión y L por lo general volvía a sonreír o hacía gestos vocales que demostraban agrado.

Desde la novena sesión estos masajes y juegos que se realizaban con el pañuelo fueron dando resultados visibles de mayor relajación y control de parte de L al tocar los instrumentos. Esto se reflejó de forma específica en la ejecución de la melódica ya que L pasó de tocar en las primeras sesiones con todo su cuerpo rígido pasando de un sonido a otro a través de movimientos espásticos que se

concretaban en golpes encima de la melódica y siempre con sus manos empuñadas que solo llegaban a la melódica si yo se las tomaba, a pasar, desde la sesión nueve a la once, a abrir gradualmente las manos encima de la melódica, disminuir el tiempo de rigidez corporal al mover los brazos y manos para llegar y tocar la melódica y además llegar a la melódica sin necesidad de que yo le tomara la mano ya que L direccionaba un poco mas su movimiento sobretodo con el brazo derecho. Finalmente en las dos últimas sesiones se observa que L se “suelta” aún más en el instrumento tocando por un tiempo mucho más prolongado que las sesiones anteriores, abriendo totalmente su mano al tocar (esto más con la mano derecha que con la izquierda) y fluyendo desde un sonido a otro casi sin hacer pausas por causa de su rigidez corporal.

### **1.3 L y la Melódica**

Desde la cuarta sesión L comenzó a pedir al principio de cada sesión la melódica a través de miradas, sonidos vocales y movimientos de brazos, esto genero un vinculo especial entre L y el instrumento. Desde la sesión nueve en adelante L pidió la melódica más de una vez dentro de la misma sesión lo que demostraba que el interés y el goce que le brindaba este instrumento iban en aumento, junto con esto L se fue apropiando cada vez mas del instrumento percibiéndose esto mayormente en las últimas sesiones donde L se niega a recibir mi ayuda para tocar la melódica.

La melódica sin duda fue el instrumento favorito de L, el deseo por tocar este instrumento le brindo alegría, goce, mayor libertad para expresarse a través de éste y también fue un instrumento que fortaleció el vinculo entre L y yo ya que al ser este instrumento de viento y teclas se realizo siempre un trabajo en conjunto, yo soplabo el instrumento y L tocaba las teclas.

## **2 El proceso de la musicoterapeuta**

Durante los cuatro meses en que se realizó la práctica, yo experimenté diversos sentimientos y emociones.

El inicio del proceso estuvo lleno de incertidumbres tanto para mí como para L. El hecho de que L careciera de lenguaje verbal dificultaba conocer lo suscitado en él a nivel de sentimientos como agrado y/o desagrado, esto generó mucha ansiedad en mí la cual lo resolví de primera forma utilizando mucho lenguaje verbal y haciendo preguntas a L que éste no podía responder, pero luego de las primeras supervisiones fui comprendiendo que lo central no era enfocarse en saber exactamente lo que L podía estar sintiendo, necesitando o deseando, sino que lo mejor era estar en una disposición de acompañamiento y respeto frente a L, con lo cual poco a poco se fue construyendo un lenguaje comprendido por ambos en lo que las necesidades, deseos y sentimientos de L fueron siendo cada vez más claros para mí.

Durante el proceso hubo momentos de profunda alegría y gozo conjunto entre L y yo, en donde me sentí muchas veces contagiada por L de la alegría y gozo que le generaban las distintas experiencias en las sesiones de musicoterapia. L se comunicó conmigo desde el rol de madre que le brinda protección, y que comparte con él sus alegrías y lo acoge en su cansancio, muchas veces L demandó el cariño, y la presencia cercana mía al tocar un instrumento o hacer sonidos vocales, esto manifestaba el rol maternal que L vertía sobre mí.

Hubo también momentos de profunda emoción que me surgieron al ver la perseverancia, los logros de L y también al ver como L gozaba con cosas tan simples, estas emociones fueron contenidas para no contaminar la sesión ni a L (contratransferencia). La condición de L provocó muchas veces yo reaccionara de forma maternal y sobreprotectoramente hacia él, proporcionando en algunas ocasiones más cuidados de los que L necesitaba coartando en alguna ocasión su autonomía (contratransferencia).

En varias ocasiones L se cansaba y daba la sensación de que se desconectaba por un rato, en esos momentos volvía a presentarse mi ansiedad, lo cual resolvía esperando a L y respetando sus tiempo de descanso y en otras ocasiones la ansiedad me superaba y comenzaba a presentarle instrumentos para tocar o volvía a aparecer el lenguaje verbal.

El camino realizado durante el proceso musicoterapéutico con L dentro de la práctica, me otorgó conocimientos valiosos tanto en lo que concierne al quehacer práctico de la musicoterapia como al autoconocimiento. Algunos de los más importantes son: respetar al paciente y los tiempos del paciente, ser perseverante aún cuando no se presenten progresos visibles, realizar cada sesión brindando afecto y contención.

## **IX. CONCLUSIONES**

La experiencia musicoterapéutica que se ha presentado en esta monografía revela fortalezas y debilidades de la musicoterapeuta, como también brinda muchas enseñanzas para el trabajo posterior.

En primer lugar, en términos de los resultados objetivos del proceso desarrollado con L, se logró un mejoramiento concreto en la facilidad de L para manejar objetos tanto en las sesiones como en el resto de las actividades de clases, gracias al efecto de las técnicas de relajación realizadas previamente. Este logro fue muy importante porque representa el objetivo central de la intervención.

En la misma línea, también se cumplieron los objetivos esperados en cuanto a lograr de L una mayor expresividad y la comunicación. En el caso de L, que no contaba con lenguaje verbal, este objetivo era muy relevante pues la expresividad y también la comunicación estuvo asociada a lenguaje corporal, y en particular en sus manifestaciones en los instrumentos. A lo largo del proceso, L gradualmente comenzó a mostrar interés en instrumentos como la melódica y el chimes, de modo que llegando el término de la intervención se expresaba de forma fluida con la MT.

En segundo lugar, el proceso tanto para L como la para MT estuvo marcado por los aprendizajes. La empatía, la utilización de la voz cantada, la capacidad de acoger y de aceptar al otro como es y la creatividad son fortalezas claras de la MT que permitieron a L sentirse cómodo, aceptado y acogido lo que proporcionó la rápida generación del vínculo L y MT. Este ambiente creado entre L y la MT también generó confianza, un ambiente agradable y un constante apoyo a L para lograr lo deseado por él.

Las enseñanzas brindadas a la MT gracias a este proceso musicoterapéutico con L giran en torno a identificar algunos de los factores importantes que marcan el

éxito de la intervención. Entre estos factores se destacan aspectos como la escucha, la espera, y por lo tanto a la paciencia a lo largo del proceso.

La importancia de trabajar para generar el vínculo es esencial al principio de la intervención ya que se crea en el paciente la confianza suficiente para mostrarse tal cual es, lo que demuestra apertura a la experiencia musicoterapéutica. Esta es la disposición necesaria del paciente para que el proceso musicoterapéutico tenga éxito.

Otro de los aprendizajes centrales para la MT está asociado al trabajo con personas sin lenguaje verbal. En este caso, el proceso permitió avanzar en el uso de instrumentos, técnicas y actividades que permitieran lograr una comunicación efectiva entre el paciente y la musicoterapeuta.

Quedan como desafíos futuros, mejorar en la planificación de las actividades para lograr una mejor experiencia musicoterapéutica, que permita abordar de manera más efectiva las discapacidades y/o patologías del paciente. También identificar mejor el setting de instrumentos que sean más convenientes para los objetivos de cada intervención.

En conclusión, esta rica experiencia musicoterapéutica con L, un adolescente con parálisis cerebral, genera el deseo en la MT de volver a trabajar con personas que presentan este trastorno tomando en cuenta las enseñanzas aquí señaladas, y de esta forma realizar un mejor trabajo en el futuro,

Además el deseo de volver a trabajar con personas con parálisis cerebral reside en la linda experiencia musicoterapéutica vivida con L que siempre será recordada con gran cariño.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVIN, Juliette. Música para el niño disminuido, Buenos Aires, Ricordi Americana S.A.E.C editorial, 1965.135, 149-151p.
2. AUCOUTURIER, Bernard y LAPIERRE, André. La educación psicomotriz como terapia "Bruno". Barcelona, editorial médica y técnica, S.A, 1977. 35p y 52p.
3. BRUSCIA, Kenneth. E. Modelos de improvisación en musicoterapia, Salamanca, AGRUPARTE editorial, 1999.77p.
4. CARABALLO, María Isabel, SÁNCHEZ, María del Águila, Pérez, Patricia, Manual de Fisioterapia, neurología, pediatría y fisioterapia respiratoria, Módulo II. Sevilla, editorial Mad S.L.2004 .324p.
5. DSM-IV, Retraso Mental. Catalogo Médico
6. FEDERICO, Gabriel. F. El niño con necesidades especiales: neurología y musicoterapia. Buenos Aires, Kier editorial, 2007. 32-34p y 45-46p.
7. GAUNA, Gustavo 2004. La aproximación diagnóstica en musicoterapia. En la clínica y la textura social. Buenos Aires, Universidad abierta interamericana, Facultad de Psicología, Licenciatura en Musicoterapia. 59-60p.
8. RICARD, François, MARTÍNEZ Elena. Osteopatía y pediatría. Madrid, editorial médica panamericana S.A. 2005.167-168p

## **XI. ANEXOS**

**ANEXO 1:**  
**FICHA MUSICOTERAPEUTICA NIÑOS**

## FICHA MUSICOTERAPEUTICA NIÑOS

Nombre

Niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre madre: \_\_\_\_\_

Ocupación

madre: \_\_\_\_\_

Nombre padre: \_\_\_\_\_

Ocupación padre: \_\_\_\_\_

¿Quién contesta la encuesta? \_\_\_\_\_

### 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?

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

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

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

## 2. Relación del niño con la música:

2.1 ¿Qué música escuchó la mamá durante el embarazo?

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)

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

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

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

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

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

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

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

¡¡¡Muchas gracias por su colaboración!!!

**Fecha respuesta ficha:**\_\_\_\_\_

**ANEXO 2:**  
**CANCIÓN DE SALUDO**

# Hola Hola L

## Canción de Saludo

Daniela Jofré Villalobos

Musical score for the song "Hola Hola L". The score is written in treble clef with a key signature of one sharp (F#) and a 3/4 time signature. The melody is simple and repetitive. The lyrics are: "ho la ho la L(nombre del paciente) ho la co moes tas" and "ho la ho la L(nombre del paciente) la mu si caes taa qui". Chords are indicated above and below the staff: D, A, G, A7, D, A, G, A7, D. A measure number '5' is placed at the beginning of the second line.

Hola, Hola L

Hola , hola L (nombre del paciente)  
hola ¿como estás?

Hola, hola L (nombre del paciente)  
La música esta aquí.

**ANEXO 3:**  
**CANCIÓN DE DESPEDIDA**

# Chao, Chao L

## Canción de despedida

Daniela Jofré Villalobos

D A G

Voz

Cha o cha o L(nombre del paciente) la mu si ca se — va

A7 D A G A7 D

5

— cha o cha o L(nombre del paciente) la mu si ca se — va —

Chao, Chao L

Chao, chao, L (nombre del paciente)  
la música se va

Chao, chao, L (nombre del paciente)  
la música se va.