



**UNIVERSIDAD DE CHILE**

**FACULTAD DE ARTES**

**ESCUELA DE POSTGRADO**

**“Conversando con tus sonidos”**

**Musicoterapia aplicada a un grupo de adolescentes con discapacidades  
severas.**

**CENTRO MANANTIAL**

**Monografía para optar al Curso de Especialización de Postítulo en**

**Terapias de Arte, mención Musicoterapia**

Autor

Christián Adolfo Thezá Vargas

Licenciado en Educación. Profesor de Artes Musicales, Universidad Mayor

Profesora Guía

Silvia Andreu

Santiago, Chile

2012

A mi familia, quienes me alentaron a seguir adelante

Mis tres fuentes de alegría y energía permanente

Mil gracias por la motivación constante

## INDICE

<b>Introducción</b>	6
<b>Capítulo 1</b>	
Conceptos como fundamento para la intervención	8
<b>Capítulo 2</b>	
Lugar de Intervención Musicoterapeutica	10
2.1 Identificación de la unidad	10
2.2 Matrícula y cursos	10
2.3 Equipo de gestión	11
2.4 Antecedentes de población escolar Pacientes	12
2.5 Presentación histórica	12
2.6 Análisis de debilidades y fortalezas	13
2.6.1 Ambiente interno	14
2.6.2 Equipo de Trabajo	15
2.6.3 Pacientes	15
2.6.4 Apoderados	16
2.7 Infraestructura	16
2.7.1 Implementación otros recursos	17
<b>Capítulo 3</b>	
Marco teórico	18
3.1 Discapacidad	18

3.2 Discapacidades presentes en el grupo.	22
---	----

#### **Capítulo 4**

Enfoque musicoterapeutico	28
4.1 Ejes de acción	33

#### **Capítulo 5**

Aproximación Diagnostica	37
5.1 Encuadre musicoterapeutico	37
5.2 Diagnostico Grupal	37
5.3 Sobre los Pacientes	39
5.4 Momentos significativos de la etapa diagnostica	43
5.5 Reflexiones sobre este momento	46

#### **Capítulo 6**

La Intervención	50
6.1 Plan de Trabajo	50
6.2 Modelo y Técnicas a utilizar	50
6.3 Estructura de la sesiones	51
6.3.1 Inicio	51
6.3.2 Desarrollo	51
6.3.3 Cierre	51
6.4 Etapa de desarrollo	52
6.4.1 Momentos significativos en esta etapa	52

6.4.2 Reflexión sobre este momento	55
6.5 Etapa final o de cierre	59
6.5.1 Momentos significativos en esta etapa	59
6.5.2 Reflexión sobre este momento	61
<b>Capítulo 7</b>	
Resultados	63
<b>Capítulo 8</b>	
Síntesis	66
<b>Bibliografía</b>	69
<b>Anexos</b>	72
Anexo I Cronograma de sesiones grupales	72
Anexo II Partitura Canción de Saludo de las sesiones	73
Anexo III Protocolo de Atención	74
Anexo IV Ficha Musicoterapéutica	75
Anexo V Ficha sobre Historia Sonora de los Pacientes.	77

## INTRODUCCION

La Música como medio en el arte, la educación, la comunicación y la salud, son elementos fundamentales en la formación y en la vida del ser humano. Es una expresión del arte completamente relacionada con el Hombre, es parte de su salud, equilibrio y felicidad. La música además de interpretar el pensamiento y las ideas del Hombre, también forma parte de sus procesos afectivos, cognitivos y sociales, importantes en el campo de su desarrollo, esto se manifiesta de distintas formas en los diversos grupos humanos. En el proceso que se muestra a continuación, esto se hace visible al revisar el comportamiento de los actores involucrados, los pacientes, quienes conforman un grupo de personas con discapacidad, cuya principal característica es la dificultad en la comunicación, la que de alguna manera se ve favorecida a través de la actividad musical. El estudio de caso que se presenta, da cuenta del proceso de práctica en el postítulo de Terapias de Arte con mención en Musicoterapia, la que se realiza en el Centro Privado de Rehabilitación Infantil Manantial, ubicado en la comuna de Providencia. La intervención se lleva a cabo al interior de un grupo compuesto por siete personas (pacientes), quienes presentan discapacidades severas de diversa índole, los pacientes conforman un grupo de adolescentes compuesto por una mujer y seis hombres.

El grupo de pacientes presenta diversos diagnósticos, entre ellos síndrome de Noonan, síndrome de west, hidrocefalia, microcefalia, licensefalia, lo que conlleva distintas dificultades para realizar actividades grupales, por lo que se hace indispensable contar con la asistencia de un tercero para desplazarse y en ocasiones para comunicarse. Estos estados de discapacidad permanente, permiten establecer como objetivos la mejora de habilidades de socialización y de comunicación, desarrollar la participación y acción grupal, promover el auto-conocimiento, a través de la exploración de sentimientos, y en definitiva mejorar la calidad de vida de los pacientes, sin un fin de rehabilitación, considerando el periodo breve de la intervención.

Este proceso de práctica se realiza entre los meses de Marzo y Agosto del año 2011, se desarrolla a través de dieciséis sesiones de aproximadamente cincuenta minutos de duración cada una, los días jueves de cada semana, intervienen en ellas dos terapeutas cumpliendo roles de Musicoterapeuta y Coterapeuta por turnos. El lugar utilizado corresponde a la misma sala o habitación en donde los pacientes trabajan a diario la mayoría de sus rutinas relacionadas con su formación académica. En este proceso se realizan además de las sesiones de musicoterapia, otras actividades de integración no solo para el grupo de atención, involucrando a todos los actores participantes del centro en sus distintos ámbitos, es así como se realizaron tres actividades anexas, la primera consistió en una presentación a los apoderados del centro a través de una reunión y breve exposición musical, la segunda consistió en una fiesta para los pacientes del centro, en donde el lugar se ambientó como discoteque y la tercera fue la realización de una fiesta para los padres, logrando una instancia de dispersión y encuentro de estos apoderados que han compartido desde hace muchos años el paso de sus hijos en el centro.

## CAPITULO 1

### Conceptos como Fundamento para la experiencia de práctica

Luego de un proceso de estudio que se materializa en las vivencias y prácticas de las cuales participo, el cursar el postitulo del cual se hace mención, se convierte en un gran soporte y fundamento para enfrentar el periodo de práctica, todo el conocimiento recibido, visto, escuchado, visualizado y vivido, se ha transformado en una herramienta importante de ayuda al momento de enfrentar esta etapa. El fundamento surge en la lectura y la bibliografía consultada y se manifiesta de manera importante cada vez que es leída, ofreciendo distintas ideas en cada nueva revisión de sus líneas.

Tomando como fuente la diversidad existente en el grupo humano en el que se realiza el proceso, considerando necesidades, discapacidades, formas de expresar, participar y sus habilidades, se presenta la forma de conducir la participación en las sesiones a través de un acercamiento al abordaje Plurimodal. Las sesiones fueron sucediéndose de tal manera que el trabajo con canciones, en la que los pacientes participan de manera activa y pasiva, la improvisación, en relación a consignas o al simple hecho de cumplir un deseo de participar, y la estimulación de imágenes y sensaciones, a través del sonido en cada viaje imaginario realizado, acercan e inclinan la experiencia al modelo mencionado. En la intervención, se intenta promover la comunicación y la acción del grupo en el ambiente en que se desarrolla cada individuo, este forma parte importante de su espacio y su acción, o al existir discapacidades permanentes, como es el caso, ayuda a tener una mejor calidad de vida, de ahí la importancia de generar vías de comunicación favorables para el grupo, la condición de salud no solo tiene que ver con sí misma, varios factores influyen en esta, "cualquier alteración del mundo interno de un individuo y su entorno social puede determinar el estado de enfermedad o discapacidad del mismo" <sup>1</sup> el medio en que interactúa la persona favorece o limita según sus características y condiciones sus núcleos de

---

<sup>1</sup> MUSICOTERAPIA Abordaje Plurimodal por Diego Schapira "et al". Argentina, ADIM Ediciones, 2007..33p

salud, “la salud entonces está vinculada con la calidad de vida y esta comprende las dimensiones física, psíquica, espiritual y social del ser humano<sup>2</sup>, estas se desarrollan idealmente en un entorno que ofrezca vías expeditas de comunicación y contención emocional.

---

<sup>2</sup> Ibidem, p33

## CAPITULO 2

### Lugar de Intervención Musicoterapeutica

#### 2.1 IDENTIFICACION DE LA UNIDAD

ESTABLECIMIENTO: Centro Privado de Rehabilitación Infantil Manantial.

SOSTENEDOR: Sociedad Aida Pohlhammer - Patricia Rivera.

DIRECTORA: Aida Pohlhammer

DIRECCION: Avenida Los Leones N° 1480 Providencia

FONOS: 2513205

E-MAIL: [centromanantial@vtr.net](mailto:centromanantial@vtr.net)

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA: Particular

JORNADA: 8:30 a 16:00 Hrs.

MODALIDAD DE ENSEÑANZA: Jardín Infantil y enseñanza Básica especial.

#### 2.2 MATRICULA Y CURSOS

NIVELES	MATRICULA	CURSOS
Pre-escolar	5	1
Pre-básico	7	1
Especial	7	1
TOTALES	19	3

### 2.3 EQUIPO DE GESTION

DIRECTORA: Aida Pohlhammer

UNIDAD TECNICO PEDAGOGICA: Verónica Ubilla (Pediatra)

#### DOTACION

Kinesiólogos	2	Educadora de Párvulos	1
Terapeuta Ocupacional	1	Pediatra	1
Fonoaudiólogos	2	Técnico en Educación Parvulario	6
Educadora Diferencial	1	Alumnos en Práctica en Fonoaudiología	1
Psicopedagoga	1	Alumnos en práctica en Musicoterapia	4

#### Administrativos

Secretaria	1	Abogado	1
Administrador	1	Auxiliar	1
Contador	1	Manipuladora de alimentos	1

## 2.4 ANTECEDENTES DE POBLACIÓN ESCOLAR (pacientes)

El Centro privado de Rehabilitación Infantil Manantial, se ubica en un sector residencial de la comuna de Providencia. En el centro se atienden niños, niñas y jóvenes de la Comuna de Providencia, Las Condes, Ñuñoa, La Florida y Pirque.

En general las familias que se favorecen con la atención en Manantial, corresponden al estrato social-económico medio y medio alto, en este sentido el centro abre sus puertas y la atención de su equipo de profesionales a una población variada desde el punto de vista socio-cultural y económico.

## 2.5 PRESENTACIÓN HISTÓRICA

El centro Privado de atención Manantial, fue creado en 1981, en aquel entonces un grupo de ocho profesionales unen sus inquietudes surgidas desde la experiencia en el área de la salud y la educación, para crear y dar vida a este Centro. Desde lo particular se manifiesta como una opción laboral para algunos de ellos, como labor social, educativa y de salud, la idea se basa en atender a niños y niñas con trastornos del desarrollo.

Se conforma un equipo de profesionales dispuestos y preparados para atender de manera colectiva y/o personalizada, a niños y niñas con diversos problemas, para estimularlos a desarrollar sus capacidades cognitivas y motoras, con esto ofrecerles una mejor calidad de vida y bienestar.

En sus inicios básicamente contaba con capital humano, al poco andar fue captando la atención de profesionales que derivaban pacientes al centro, lo que permitió dar un soporte económico al proyecto y le permitió afianzarse como tal. Se atendía a pacientes derivados por ejemplo del instituto de rehabilitación Teletón, muy distinto al que conocemos actualmente y de los centros de atención de las fuerzas armadas, entre otros.

Este centro se financia sólo por el aporte de los padres de los niños y niñas que se atienden, lo que en algunos casos no es tan significativo considerando un porcentaje de becas y medias becas existentes.

En abril del presente año el Centro ha celebrado sus 30 años de existencia, cabe destacar que gran parte del personal que allí trabaja, cumple labores hace bastantes años, en algunos casos más de 20 lo que revela un compromiso, gran cariño, dedicación y en definitiva entrega por quienes les necesitan, muchos de los niños y niñas que hoy se atienden, lo han hecho durante bastantes años de su vida, llegando muy pequeños y hoy en algunos casos con más de veinte o treinta años de edad, siguen acompañados por quienes les vieron llegar.

Actualmente del número de ocho profesionales que iniciaron el proyecto, se mantienen frente al el dos de aquellos pioneros, Aida Pohlhammer y Patricia Rivera.

Tomando como base la información proporcionada por algunos actores permanentes en el quehacer de Manantial, se puede concluir que en el Centro, existe un proyecto educativo claro en su definición, que propone mejorar la calidad de vida de los niños, niñas y jóvenes con necesidades especiales que aquí atiende y con ello, ofrecerles instancias de desarrollo que les permitan interactuar con los demás actores sociales, lo que también provocaría una mejor calidad de vida al interior de sus familias.

## 2.6 ANALISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS.

Como en toda institución, podemos encontrar ciertos aspectos que pueden influir en un mejoramiento de la actividad que en este se realiza, para tal efecto es de vital importancia realizar un diagnóstico de los distintos puntos que podrían optimizarse y de los distintos actores que en estos se ven involucrados. Se visualizan las fortalezas y debilidades existentes, con el propósito de definir y verificar los puntos más débiles o sensibles, que podrían ser intervenidos con el objeto de realizar una intervención.

## 2.6.1 AMBIENTE INTERNO

### Centro y administración

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>1.-Existe claridad en el propósito del centro y los objetivos trazados.</p> <p>2.-Trabajo en equipo y especificación de funciones de cada uno. Se cuenta con un equipo de atención durante todos los días de funcionamiento y en horarios permanentes y definidos.</p> <p>3. Existe un espacio de atención a la diversidad, a través de “Equipo multidisciplinario”, compuesto por educadoras, especialistas y profesionales de distintas áreas. Ej.: fonoaudiólogo.</p>	<p>1.- Falta de mejores ingresos, solo se cuenta con el aporte de los Padres.</p> <p>2.- Falta un equipo de gestión, para realizar proyectos y/o postulaciones a fondos concursables por ejemplo, con el propósito de incrementar los ingresos y mejorar las condiciones del centro.</p> <p>3. Relacionado con lo anterior, el Centro carece de un equipo que desarrolle campañas de marketing, la integración de nuevos pacientes se produce en su mayoría, por dato de los mismos beneficiarios del centro.</p>

### 2.6.2 Equipo de trabajo

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>1.- Profesionales especialistas en sus respectivas áreas, en algunos casos habiendo cursado postitulos y distintas capacitaciones.</p> <p>2.- Disposición para aceptar y perfeccionar el quehacer en sus respectivas áreas de trabajo.</p> <p>3.- Conocimiento en el área de la Neurología, de gran importancia en un centro de estas características.</p> <p>4.- Comunicación permanente y trabajo colaborativo e informativo con los padres.</p> <p>5.- Grato ambiente laboral.</p>	<p>1.- Falta de especialista, específicamente un (a) Psicólogo, actualmente se cuenta con información de profesionales externos, de acuerdo a la gestión de los Padres.</p>

### 2.6.3 Pacientes

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>1.- La mayoría de los pacientes se muestra entusiasta frente a las actividades que se realizan en el centro.</p> <p>2.- Los pacientes se esfuerzan en virtud de un buen desarrollo, de acuerdo a sus propias características y posibilidades.</p>	<p>1.- Básicamente en algunos casos se presentan problemas conductuales, pero sin generar un ambiente de conflicto.</p> <p>2.- Las debilidades propias de cada caso, con relación a sus patologías, déficit y trastornos.</p>

3.- Dispuestos al trabajo.	
4.- Afectivos con quienes les atienden.	

#### 2.6.4 Apoderados.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
1.-La mayoría de los padres se identifica e involucra con los principios del colegio. 2.- Padres, preocupados por la situación de sus hijos. 3.-Creen en la atención que entrega el centro.	1.- En ocasiones y algunos casos, delegan al colegio responsabilidades. 2.-Poca movilidad al momento de gestionar o proponer acciones de mejoramiento y/o ayuda para el centro.

### 2.7 INFRAESTRUCTURA.

El centro, cuenta con recursos que permiten un funcionamiento adecuado. Cuenta con un espacio físico que permite albergar a los pacientes, en salas dispuestas para ello, con radio, mobiliario y elementos básicos para realizar las actividades grupales (clases y distintas sesiones), cuenta además con salas de kinesioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional, equipadas con sillas de rueda para el movimiento de algunos pacientes y sillas acondicionadas con el mismo propósito. Las salas de baño, están acondicionadas para ser utilizadas sin problema para los pacientes.

En cuanto a otra implementación, se dispone de Computadores con software y complementos para cada atención, también se encuentra disponible material de audio, literatura y algunos instrumentos y accesorios musicales.

### 2.7.1 IMPLEMENTACION (OTROS RECURSOS)

Si bien, se cuenta con recursos pedagógicos, como textos, algunos recursos audiovisuales, instrumentos musicales, etc. parece necesario aumentar la cantidad de estos para entregar una mayor posibilidad de desarrollo a los pacientes (instrumentos para musicoterapia, por ejemplo).

El centro por encontrarse en un sector urbano cuenta con una serie de oportunidades, la posibilidad de establecer convenios con instituciones, salas de cine o la municipalidad, con el fin de acercar a los pacientes a distintas instancias y/o actividades culturales que se desarrollen en la comuna, o en su defecto gestionar la integración de actividades al interior del centro. Por otra parte existen Centros de Atención relativamente cercanos como el Hospital Luis Calvo Mackenna y Consultorio El Aguilucho que ofrecen un soporte en el área de la salud. Dependiendo de la disponibilidad de estos centros, se atiende por ejemplo la vacunación de los pacientes por parte del consultorio, directamente en las dependencias de Manantial.

## CAPITULO 3

### Marco Teórico

#### 3.1 Discapacidad

Referirse a la discapacidad o hacer mención de esta, es introducirse en un extenso e interminable campo que debe ser tratado con delicadeza y con una visión amplia que permita ver, aceptar, comprender y acompañar lo que ahí sucede. Será complejo en los comienzos familiarizarse con un espacio y hábitat sabido, pero conocido desde la distancia, verificar desde la propia acción y ejecución, esta condición y forma de vida, comprender que lo distinto de cada ser humano conforma y cumple una función en la dinámica grupal y en la formación de un esquema social.

A lo largo del desarrollo de la humanidad y tal vez como consecuencia del mismo, las ideas sobre las personas con discapacidad se han modificado sustancialmente. Las tradiciones y creencias han jugado un papel importante, así como el avance de las ciencias en sus distintas expresiones, al mismo tiempo que se enriquecieron los enfoques de intervención<sup>3</sup>.

Para Méndez (1991), la discapacidad se define como “cualquier restricción o carencia de la capacidad para realizar una actividad de la misma forma de la que se considere normal”<sup>4</sup>, esto se traduce en contar con dificultades para poder realizar una actividad, o cumplir una función de igual forma en que otros la pueden realizar, en esta condición una persona puede presentar cambios en su comportamiento.

La discapacidad, con relación a los factores que la provocan, podría ser transitoria o permanente, interferir en las actividades normales de un individuo, que en

---

<sup>3</sup> AMATE, A. y VÁSQUEZ, A. Discapacidad, Lo que todos debemos saber [en línea] Washington D.C. , <[http://books.google.cl/books?id=bnf6zhhwfDQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summar y\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.cl/books?id=bnf6zhhwfDQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summar y_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)> [consulta: 03 septiembre 2011]

<sup>4</sup> MÉNDEZ, E. Introducción al Estudio de la Invalidez [en línea] Costa Rica, <<http://books.google.cl/books?id=QhKe73JdbdoC&pg=PA27&dq=conceptos+generales+sobre+discapacida d&hl=es#v=onepage&q=conceptos%20generales%20sobre%20discapacidad&f=false>>[consulta 03 septiembre 2011]

caso de tomar conciencia de su condición, podría verse afectado también desde su personalidad, sintiendo temor, inseguridad, etc.

El término discapacidad se ha visualizado y planteado de distintas formas a lo largo de la historia, ha sufrido variaciones que tienen relación también con cambios a nivel social, de esta manera se encuentran registros como los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que elabora la *Clasificación internacional de Deficiencia Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) en 1980 y luego la Clasificación internacional del funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) en el 2001*, además encontramos la clasificación internacional de la Salud (CIE) entre otras.

La discapacidad desde un enfoque particular hacia la persona, parece no considerar factores anexos o complementarios a la misma, se centra en la idea de una causa y no considera la multicausalidad que hace, participa y valoriza la implicancia del medio y su intervención, esta postura corresponde al modelo médico, que considera la discapacidad como un problema de la persona producto de una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales, dirigidos a conseguir la cura o una mejor adaptación de la persona y un cambio en su conducta<sup>5</sup>. La CIE se basa en este aspecto en donde se atribuye a la persona la mayor parte de las causas de su discapacidad, luego la CIDDM proyecta esta postura no solo a la enfermedad, también a las consecuencias de la misma, que influenciarían sobre la vida de la persona.

Se establecen distintas definiciones de acuerdo al grado de implicancia o influencia en la actividad de la persona que afectan su vida, de esta manera aparecen los siguientes conceptos: Deficiencia, discapacidad y Minusvalía.

### Deficiencia

Dentro de la experiencia de la salud se define como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o

---

<sup>5</sup> BARRERO, C. OJEDA, A y OSORIO R., Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): Revisión de sus aplicaciones en la Rehabilitación [en línea] Nuevos Horizontes. Vol. 7 Núms. 1-2 Enero-Diciembre 2008 < [http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2008/prn081\\_2e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2008/prn081_2e.pdf) > [consulta: 25 Agosto 2011]

permanente y en principio solo afecta al órgano. Según esta clasificación podrían ser: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, del órgano de la audición, del órgano de la visión, viscerales, músculo esqueléticas, desfiguradoras, generalizadas, sensitivas y otras deficiencias<sup>6</sup>.

### Discapacidad

Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad<sup>7</sup>.

### Minusvalía

Es toda situación desventajosa para una persona concreta, producto de una deficiencia o de una discapacidad, que supone una limitación o un impedimento en el desempeño de un determinado rol en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status de la persona en relación con sus propias expectativas o las del grupo al que pertenece, representa la socialización de una deficiencia o discapacidad. La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas del universo del individuo. Las minusvalías se clasifican de acuerdo a seis grandes dimensiones en las que se espera demostrar la competencia de la persona y que se denominan roles de supervivencia,

---

<sup>6</sup> CÁCERES, C. Sobre el Concepto de Discapacidad. Una Revisión de la Propuesta de la OMS [en línea] Revista Electrónica de Audiología. Vol. 2, 2004  
<<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:zfAFKCdkqKoJ:www.auditio.com/docs/File/vol2/3/020304.pdf+revistas+electronicas+sobre+audiologia+caceres+>> [consulta: 26 agosto 2011]

<sup>7</sup> Ibidem, p 75.

por lo que las minusvalías podrán ser: de orientación, de independencia física, de la movilidad, ocupacional, de integración social, de autosuficiencia económica y otras<sup>8</sup>.

En los años setenta, la UNESCO, plantea que el proceso de rehabilitación, avanza en cinco diferentes etapas, estas consideran desarrollo, economía y socialización de los grupos humanos, se manifiesta de la siguiente manera<sup>9</sup>:

1. Etapa Filantrópica: La idea predominante es la enfermedad y se habla de invalidez, considerada como una característica constante del individuo.
2. Etapa de asistencia social: Se caracteriza por la ayuda al lisiado con carencias.
3. Etapa de los derechos fundamentales: Coincide con el establecimiento de los derechos universales. Surge el concepto de discapacidad.
4. Etapa de igualdad de oportunidades: Se pone en evidencia la relación entre la persona y el medio. Aparece el concepto de desventaja.
5. Etapa del derecho a la integración: Los avances sociológicos, así como la democratización política y del conocimiento, amplían el concepto de desventaja y determinan la incorporación del derecho a la integración y la participación.

En nuestro país la definición se aproxima a las tendencias de organizaciones mundiales, según el artículo 3, inciso 1, de la ley número 19.284, sobre Integración Social de Personas con Discapacidad, se señala que:

"Para los efectos de esta ley se considera persona con discapacidad a todas aquellas que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que le hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos

---

<sup>8</sup> Ibidem, p 75.

<sup>9</sup> AMATE, A. y VÁSQUEZ, A. Discapacidad, Lo que todos debemos saber [en línea] Washington D.C. , <[http://books.google.cl/books?id=bnf6zhhwfDQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summar y\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.cl/books?id=bnf6zhhwfDQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summar y_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)> [consulta: 03 septiembre 2011]

<sup>9</sup> MÉNDEZ, E. Introducción al Estudio de la Invalidez [en línea] Costa Rica, <<http://books.google.cl/books?id=QhKe73JdbdoC&pg=PA27&dq=conceptos+generales+sobre+discapacid ad&hl=es#v=onepage&q=conceptos%20generales%20sobre%20discapacidad&f=false>>[consulta 03 septiembre 2011]

un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social. Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, en su clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada en 1980, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano<sup>10</sup>.

### 3.2 Discapacidades presentes en el grupo

Se hace referencia a las distintas discapacidades encontradas en el grupo, entregando una breve definición de estas, con el propósito de conocer algunos aspectos sobre las mismas.

#### Síndrome de West

El síndrome de West es una encefalopatía epiléptica dependiente de la edad caracterizada por la tríada electroclínica de espasmos epilépticos, retardo del desarrollo psicomotor y patrón electroencefalográfico de hipsarritmia en el electroencefalograma, aunque uno de estos elementos puede estar ausente. Se inicia en la mayoría de los pacientes durante el primer año de vida. Desde el punto de vista etiológico se clasifica en idiopático, criptogénico y sintomático. Las causas prenatales son las más frecuentes. Diversas hipótesis se han planteado para explicar el origen del síndrome de West. Los espasmos epilépticos son las crisis características del síndrome de West, los cuales pueden ser en flexión, extensión y mixtos<sup>11</sup>.

#### Síndrome de Noonan

---

<sup>10</sup> Ley N° 19.284. Chile. De Integración Social de las personas con Discapacidad. Establece Normas para la Plena Integración Social de Personas con Discapacidad, Santiago Chile Enero de 1994

<sup>11</sup> POZO, A. POZO, D. y POZO, D. Síndrome de West: etiología, fisiopatología, aspectos clínicos y pronósticos [en línea] Revista Cubana de Pediatría. v.74 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2002 <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312002000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000200009)> [consultada: 30 Agosto 2011]

El síndrome de Noonan aparece en uno de cada 1.000-2.500 recién nacidos, tiene un carácter autosómico dominante y se caracteriza por presentar talla baja, dismorfias faciales, defectos cardíacos y criptorquidia en varones. El gen responsable (PTPN11) ha sido recientemente identificado, y explica entre el 30 y el 50 % de los casos diagnosticados por la clínica<sup>12</sup>.

### Hidrocefalia

La hidrocefalia se desarrolla cuando la cantidad de Líquido Céfalo Raquídeo (L.C.R) sobrepasa la cantidad que se reabsorbe, con lo que se provoca un almacenamiento del mismo en los ventrículos cerebrales aumentando el tamaño de los mismos y llegando a comprimir el tejido nervioso. Por tanto, la hidrocefalia no debe considerarse como una enfermedad, sino como un estado patológico caracterizado por

- a) aumento de volumen de L.C.R. intracraneal,
- b) aumento de la presión existente en el interior de los ventrículos y
- c) aumento de las cavidades intracerebrales.

Como consecuencia de algunas alteraciones neuropsicológicas los sujetos afectados por hidrocefalia presentan problemas de adaptación a nuevas situaciones y reducción en sus capacidades de percepción y análisis de situaciones sociales así como déficits en la interacción social. Desde una perspectiva clásica, estas alteraciones pueden ser valoradas como una mera consecuencia de los déficits neuropsicológicos que presentan y por tanto como una reacción psicológica de adaptación-desadaptación pero desde un modelo neuropsicológico más dinámico e interactivo creemos que se debe de plantear un modelo donde la hidrocefalia puede producir alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales. Este segundo modelo

---

<sup>12</sup> LLOREDA-GARCÍA, JM. MARTÍNEZ-AEDO, MJ. TARTTAGLIA, M. LÓPEZ-SIGUERO, JP.. Síndrome de Noonan por mutación en el gen PTPN11 [en línea] Anales de Pediatría. Barcelona 2006; 65:635-6. - vol.65 núm 06 <<http://www.elsevier.es/es/revistas/anales-pediatria-37/sindrome-noonan-mutacion-gen-ptpn11-13095865-cartas-al-editor-2006>> [consultada: 30 Agosto 2011]

derivado de la propuesta de Aloia plantea la imposibilidad de establecer unas relaciones de causalidad pareciendo más justificable una relación de reciprocidad ya que en muchos casos tenemos dificultades para establecer una relación causa-efecto entre los déficits cognitivos y los trastornos conductuales, afectivos y emocionales. La literatura médica y neuropsicológica se ha ocupado de este tema con menos prodigalidad de lo que cabría esperar dada la importancia de esta patología. En general podemos afirmar que se han descrito alteraciones en el funcionamiento intelectual en general y más concretamente en las capacidades visoconstructivas, utilización pragmática del lenguaje, atención, memoria y funciones ejecutivas<sup>13</sup>:

### Lisencefalia

Pueden distinguirse dos tipos anatómicos de lisencefalia. El tipo I presenta una corteza cerebral similar a la de un feto de unas 12 semanas de gestación, donde se aprecia una capa marginal más externa con pocas células, una capa celular difusa que contiene neuronas piramidales y de otro tipo características de las capas inferiores de la corteza, una zona de neuronas heterotópicas en columnas y una banda más interna de sustancia blanca. En la lisencefalia tipo II el aspecto es muy distinto, las meninges están engrosadas y adheridas a la superficie cortical y sin circunvoluciones. La corteza se presenta como acumulaciones y disposiciones circulares de neuronas, sin organización o laminación reconocible, separadas por tabiques neurogliales y vasculares.

Clínicamente se distinguen, dentro de la lisencefalia tipo I, una forma aislada y otra que conforma el síndrome de Miller-Dieker. La lisencefalia tipo II se clasifica en

---

<sup>13</sup> TIRAPU, J. LANDA N. y PELEGRIN C.. Deficits Neuropsicologicos en la Hidrocefalia Asociada a Espina Bífida. [en línea] <<http://www.espinabifida-fundacion.org/Articles/deficits%20hidrocefalia.htm>> [consultado: 30 Agosto 2011]

tres cuadros distintos: síndrome de Walker-Warburg, enfermedad muscular-ocular-cerebral y distrofia muscular congénita de Fukuyama.<sup>14</sup>

### Microcefalia

Es un trastorno del crecimiento craneal anomalías en el tamaño craneal derivadas de alteraciones en los huesos craneanos o en el Sistema Nervioso Central, de carácter congénito o adquirido.

En ellas se incluyen las craneoestenosis, la macrocefalia, la microcefalia y otras alteraciones con deformidad craneal que alteran el perímetro cefálico. El crecimiento craneal está íntimamente ligado al crecimiento cerebral, así un deficiente crecimiento cerebral, bien primario (enfermedades cerebrales primarias) o una detención del crecimiento secundaria a procesos intercurrentes, va a condicionar la presencia de una microcefalia por microencefalia. En ambos casos la microcefalia es armónica. Pueden estar producidas por<sup>15</sup>:

1. Microcefalia por defecto primario desarrollo cerebral.
2. Microcefalias secundarias a detención crecimiento cerebral por:
  - Agentes nocivos fetales.
  - Infecciones prenatales.
  - Infecciones posnatales.
  - Otras agresiones y enfermedades.
  - Cierre precoz de todas las suturas craneales, presente al nacimiento.

El síntoma común prácticamente a todas las microcefalias es el retraso mental, salvo en algunos casos de microcefalia familiar. Aparecen otros síntomas relacionados con la etiología del proceso, como pueden ser:

---

<sup>14</sup> IGLESIAS, G. CARRASCO, M. DEL VALLE, M. MARTÍNEZ, N. Rodríguez, L. MARTÍNEZ-FERNÁNDEZ, M.L. Síndrome de Miller-Dieker. [en línea] Anales de Pediatría. Barcelona 2009;70:304-6. - vol.70 núm 03 < <http://www.elsevier.es/es/revistas/anales-pediatria-37/sindrome-miller-dieker-13133956-cartas-al-editor-2009>> [consultada: 30 Agosto 2011]

<sup>15</sup> HERRERO, M y CABRERA, J. Macro-Microcefalia Trastorno del Crecimiento Craneal [en línea] <<http://www.formandoadomicilio.com/di/19.pdf>> [consultado: 30 Agosto 2011]

- Convulsiones
- Trastornos neurosensoriales (ceguera, sordera)
- Trastornos psicológicos
- Malformaciones viscerales
- Alteraciones tono muscular
- Fenotipo atípico
- Defectos motores
- Dificultades en la alimentación
- Trastornos del movimiento

### Espectro Autista

Los trastornos del espectro autista (TEA), también denominados trastornos generalizados del desarrollo, son un conjunto de problemas vinculados al neurodesarrollo, con manifestaciones preferentemente cognitivas y comportamentales, que ocasionan notables limitaciones en la autonomía personal y son una importante causa de estrés en la familia.

Con la excepción del síndrome de Rett, hasta el momento actual no disponemos de marcadores biológicos de los TEA, por lo que el diagnóstico de este grupo nosológico descansa, fundamentalmente, en sus manifestaciones clínicas. De este modo, los TEA se definen por la presencia de alteraciones cualitativas en la interacción social y la comunicación, y por una importante restricción del repertorio de intereses, actividades y conductas.

Las alteraciones en la interacción social se caracterizan por dificultades en el empleo del lenguaje no verbal, como el contacto ocular y la postura, problemas en el desarrollo de relaciones interpersonales, ausencia de la tendencia espontánea a mostrar y compartir intereses y falta de reciprocidad social en las emociones. Las alteraciones en la comunicación se pueden manifestar como un retraso en el desarrollo del lenguaje, que no se compensa con lenguaje no verbal, o por un lenguaje reiterativo y estereotipado. Además, es frecuente observar dificultades en el inicio y el

mantenimiento de la conversación, y la ausencia o escasa variedad del juego imaginativo y de imitación social.

La restricción de los intereses, actividades y conductas suele expresarse como una hiperfocalización en temas particulares o una firme adhesión a rituales o rutinas no funcionales. Al mismo tiempo, con frecuencia se observa una preocupación excesiva por partes de objetos y la existencia de estereotipias motoras muy repetitivas<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> CABANYES.TRUFFINO, J. y GARCIA-VILLAMISAR, D. Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista [en línea] Revista de Neurología. 2004; 39 (1): 81-90 <<http://institutos.juntaextremadura.net/eoeptgdbadajoz/DETECCION%20Y%20EVALUACION/Identiprecoz.pdf>> [consultado: 30 Agosto 2011]

## CAPITULO 4

### Enfoque Musicoterapeutico

¿Que entendemos por musicoterapia? Existen variadas definiciones que nos pueden orientar acerca de su objetivo o finalidad. Según Bruscia “la musicoterapia es un proceso constructivo en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando como fuerza dinámica de cambio, experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de esta”<sup>17</sup>.

Al existir en el proceso la presencia de un terapeuta, podemos definir al mismo como un proceso terapéutico. Siendo este un proceso terapéutico, puede atender necesidades de una amplia y diversa población de pacientes, los sujetos de atención pueden ser niños y adultos con diversas discapacidades, problemas psiquiátricos, alteraciones emocionales, dificultades o discapacidades visuales, auditivas, de lenguaje, problemas de comportamiento, personas privadas de libertad, enfermos en distintas etapas de tratamiento, etc.

La práctica que se menciona, fundamenta su experiencia tomando elementos presentes en distintos modelos o métodos de musicoterapia, de tal forma se acerca como ya se mencionara anteriormente al abordaje Plurimodal. Este nace en la década de los 90, de manera permanente ha sufrido variaciones producto de los aportes recogidos de varias técnicas y distintas teorías. El concepto de plurimodalidad dice relación con las distintas teorías y técnicas que se utilizan en este modelo, las que son tomadas de otros modelos y otros teóricos, no es tarea elaborar nuevas teorías sobre musicoterapia, el objeto es reutilizarla de otras formas, utilizándola como medio en el proceso musicoterapeutico, en su práctica.

“En este sentido la incorporación de conceptos de distintas corrientes de pensamiento teórico, nos ha permitido ampliar nuestra comprensión acerca del fenómeno musicoterapeutico”<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> BRUSCIA, K. Modelos de Improvisación en Musicoterapia. Salamanca, España. Editorial Agruparte, 1999. p7

<sup>18</sup> MUSICOTERAPIA Abordaje Plurimodal por Diego Schapira “et al”. Argentina, ADIM Ediciones, 2007. p

Tratare más sobre el abordaje Plurimodal, revisando su dimensión teórica, esta considera al ser humano como “una unidad biopsicosocioespiritual”, podríamos hacer un desglose y referirnos a que el ser humano tiene necesidades y potenciales en los que influyen factores: biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Se considera como factor de gran importancia, la espiritualidad de la persona en el proceso, espiritualidad que no se limita solo al sentido religioso, la experiencia indica que las creencias de cada persona, influyen en su percepción de las cosas y condicionan su estructura de pensamiento, de esta manera se debe considerar que con relación a esto, los distintos encuadres desde el punto de vista social, cultural, religioso, son factores a considerar cuando los estímulos ofrecidos son recibidos de distinta forma por cada persona.

Desde el punto de vista psicodinámico, debemos observar la idea propuesta por Freud, la cual indica que todo ser humano se caracteriza por la constante evolución de sus pulsiones, de lo que están provocan entre ellos los mecanismos de defensa. Esto hace concluir que cada ser, tiene una vida psíquica en permanente cambio o movimiento.

En esta idea de pensamiento psicodinamico, se considera el inconsciente y las reglas de neutralidad, abstinencia y atención flotante, relacionándose con el proceso musicoterapeutico. La neutralidad tiene sentido toda vez que el musicoterapeuta sea capaz de mantener la distancia necesaria con el o los pacientes, con el propósito de operar de manera totalmente independiente, como consigna Shapira “se espera del musicoterapeuta, que conserve una distancia emocional que le posibilite no involucrarse, de manera tal de mantenerse interesado, alerta y atento con el proceso de sus pacientes<sup>19</sup>.

Sobre el concepto de abstinencia, habla de que “el médico debe negar al paciente el amor que ansia recibir, la satisfacción que demanda o sea conducir el tratamiento desde la abstinencia, al insistir en que el mismo debe ser llevado desde la

---

<sup>19</sup> Ibidem. p35

privación dado que el paciente busca satisfacciones sustitutivas y por lo tanto intentará suplir o compensar en la relación transferencial el padecimiento de sus privaciones<sup>20</sup>.

La atención flotante con una visión desde el encuadre musicoterapéutico es considerada tal como Fregtman la llamó “Escucha Flotante” (1982). El abordaje Plurimodal comenta que “si los procesos musicoterapéuticos se dan en la música, nuestra escucha adquiere características particulares al orientarse a los elementos sonoros de la sesión, en conexión permanente con el universo teórico que permite comprender su sentido de manera psicodinámica”<sup>21</sup>. La visualización de imágenes con relación a la audición, los recuerdos, sentimientos, etc. se desprenden de esta idea de la música propia en el sentido que nos genera emociones a partir de características particulares que dan sentido a la escucha.

El abordaje Plurimodal se fundamenta en el entendimiento del sujeto y sus producciones sonoras, dice relación con su música interna, es así como lo plantea Mary Priestley y toma la idea de ser en la música desde la teoría proveniente del método Nordoff- Robbins.

“El sonido de la propia energía fluyendo es la “música interna”. Su expresión a través de la música fluirá libremente hasta los límites de esa “música interna”. El Objetivo de la musicoterapia analítica, entonces es poder reconocer a través de la música donde ha sido bloqueada esa energía psíquica y qué ha causado ese bloqueo; y movilizar la energía para que fluya libremente entre el superyo, el yo y el ello, trayendo a la conciencia los propios procesos inconscientes” (Priestley, 1994)<sup>22</sup>.

Dice Shapira “somos sujetos del inconsciente constituido por una matriz de sonido, somos sujeto de sonido, que en la evolución normal del individuo se construye

---

<sup>20</sup> Ibidem. p35

<sup>21</sup> Ibidem. p35

<sup>22</sup> Ibidem. p37

como lenguajes.”<sup>23</sup> El sujeto está en la música, sus producciones sonoras, lo que escucha, canta y lo rodea desde el sentido del sonido, conforma un todo que suena.

Aparece también en el abordaje Plurimodal, el concepto de transferencia y contratransferencia, ambos se relacionan con el terapeuta y también con la música, la transferencia tiene que ver con proyectar en el terapeuta deseos, actitudes, relaciones objétales, que tiene relación con figuras parentales o significativas en los primeros años de vida. La contratransferencia tiene que ver con la respuesta a la transferencia del paciente, de manera consciente o inconsciente por parte del terapeuta, lo que puede influir sobre la forma de actuar de este último en la sesión. Cabe considerar como se mencionó, que en musicoterapia, se establecen dos relaciones, una con el musicoterapeuta y otra con la música, desde las que se pueden presentar ambos factores.

Otro aspecto es el encuadre, este se refiere al espacio que ofrezca una sensación de seguridad y confianza, transformándose en un lugar contenedor que provoque una relación de tranquilidad con el proceso terapéutico y le otorgue estabilidad. Se considera dentro de este encuadre el setting de instrumentos y también la música grabada.

El abordaje Plurimodal establece algunas constantes relacionadas con el encuadre, estas son:

- Espaciales
- Temporales
- Económicas
- Teóricas
- Área laboral
- Setting instrumental.
- Archivo de música editada.

Considerando el concepto de analogía de Henk Smeijsters de 1999, podemos afirmar que “los procesos musicales en el encuadre musicoterapéutico, son

---

<sup>23</sup> Ibidem. p37

equivalentes a los procesos psíquicos”<sup>24</sup> el abordaje Plurimodal, nos permite de acuerdo a su sistematización de la teoría, ver los procesos musicales de los pacientes, patológicamente o de manera terapéutica, por lo tanto se podría considerar a la personalidad como análoga a la expresión musical del paciente.

También encontramos el concepto de metáfora, este es una forma de entender o interpretar al mundo, es un fenómeno social más allá de lo lingüístico, y proporciona simbolismos a la imaginación, es un gran aporte al trabajo de estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido (técnica EISS)

Otro concepto que encontramos es el de las Representaciones Sociales Musicales

(RSM), hoy en día, la música tiene gran presencia entre la población, según define Serge Moscovici (1961) la representación social es:

“un sistema de valores, de nociones y de prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permite no solamente la estabilización del marco de vida de los individuos y los grupos, sino que constituye también un instrumento de orientación de la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas”<sup>25</sup>.

Este concepto cobra importancia al momento de entender y comprender las ideas, comportamiento, etc., de quienes utilizan la musicoterapia, en su música y desde ella, conociendo sus formas de actuar con el fin de tomar esto como antecedente en el proceso terapéutico. Aquí nos encontramos con otro concepto relevante para el proceso, son los ME-R, modos expresivos-receptivos, es necesario como musicoterapeuta, conocer los ME-R de los pacientes y también los propios. Los ME-R son los códigos de comunicación, culturales, etc. que definen o caracterizan a un grupo social e influyen sobre el comportamiento de la persona, modelando su forma de expresión y manera de actuar frente a los estímulos y el cómo recibirlos, de esta manera se constituye una personalidad receptiva-expresiva.

Los ME-R tienen distintas dimensiones las que se deben considerar para llevar a cabo el proceso terapéutico, es importante esta información que en definitiva nos proporciona un conocimiento general del paciente.

---

<sup>24</sup> Ibidem. p45

<sup>25</sup> Ibidem. p49

Estas dimensiones son<sup>26</sup>:

- Generales: según Ferrari, sostiene que “surgen de una cultura específica y son tomados por otras, trascendiendo generaciones y fronteras.”
- Del musicoterapeuta: es indispensable que el musicoterapeuta, conozca sus propios modos expresivos- receptivos.

De la comunidad sociolingüística o subgrupo social de los usuarios: “poder reconocer y escuchar en el discurso sonoro de un paciente los aspectos de su identidad social nos brindará, a la hora de realizar un diagnóstico o una intervención datos que muchas veces son imperceptibles para el propio paciente, y que sin embargo nos ayudarán a conocerlo mejor y son esclarecedores en muchas ocasiones para poder comprender su dolencia o malestar”

- Específico de cada usuario o grupo de usuarios: conformados por las características de los usuarios, su grupo social y su historia.

De acuerdo a los ME-R de los usuarios y con respecto a su capacidad receptiva, el abordaje Plurimodal toma en cuenta que factores auditivos adversos del usuario o grupo de usuarios, pueden influir en la percepción del estímulo musical.

#### 4.1 Ejes de acción

El abordaje Plurimodal, desarrolla cuatro ejes de acción, estos son los siguientes.

- La improvisación musical terapéutica.
- El trabajo con canciones.
- La técnica de EISS (estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido).
- El uso selectivo de la música editada.

---

<sup>26</sup> Ibidem. p54

La improvisación musical, es utilizada en su mayoría por los distintos métodos de musicoterapia, en este modelo favorece la aparición de los ya mencionados ME-R a través de sus códigos de comunicación, el ser en la música, etc. para la interpretación de las improvisaciones musicales terapéuticas, se considerará la utilización de los Perfiles de valoración de las improvisaciones (IAPs) definidos por Bruscia, estos se resumen de la siguiente manera<sup>27</sup>:

- Saliencia: Descripción acerca de cuáles elementos musicales son predominantes e influyen sobre los restantes. Sus gradientes son: Sumiso, Concordante, Contribuyente, Controlador y Opresivo.
- Tensión: Refiere a cuanta tensión es creada dentro y a través de aspectos variados de la música. Sus gradientes son: Hipotenso, Calmo, Cíclico, Tenso e Hipertenso.
- Autonomía: Descripción compuesta de las relaciones de rol que el usuario establece al improvisar con el musicoterapeuta, con un compañero o con un grupo. Sus gradientes son: Dependiente, Subordinado, Compañero, Líder, e Independiente.
- Integración: Analiza la organización de los aspectos musicales simultáneos, describiendo la medida en que los componentes de cada elemento musical son similares, separados e independientes unos de otros. Sus gradientes son: Indiferenciados, Fusionados, Integrados, Diferenciados y Sobrediferenciados.
- Variabilidad: Analiza cómo están organizados y relacionados los aspectos secuenciales de la música. Sus gradientes son: Rígido, Estable, Variable, Contrastante y Aleatorio.

---

<sup>27</sup> Ibidem. p130

- Congruencia: Descripción compuesta por estados emocionales simultáneos entre varios elementos y partes. Sus gradientes son: No comprometido, Congruente, Centrado, Incongruente, Polarizado.

El trabajo con canciones, en este modelo, adquiere distintas formas, en un principio había seis modalidades de trabajo, hoy ya son quince, se ha incrementado su número a partir de la creación y la utilización de otras ya creadas por otros, luego de comprobar su utilidad y eficacia. Se mencionan solo algunas de estas.

- Creación: en las sesiones se compone una canción, a partir de una base rítmica propuesta, una línea melódica, etc. en ocasiones se toma como base algún tema ya conocido, al que se le realizan variaciones en su texto, ritmo o melodía. Esta instancia se valora toda vez que el paciente y el musicoterapeuta, fortalecen su alianza y el vínculo.
- Improvisación: puede existir un estímulo a través de una consigna o simplemente a partir de un sonido que permita al grupo conectarse por medio de una emoción, un recuerdo, una imagen, etc.  
Para efecto de este informe y en virtud de su extensión, se mencionan solo dos modalidades de trabajo.

La técnica EISS, Estimulación de imágenes y sensaciones, es uno de los ejes de acción del modelo, es una técnica receptiva, consiste en la audición de música, no da consignas y de alguna manera toma los ME-R de los pacientes como fuente en la intervención. Esta técnica se aproxima al modelo GIM, Guide Imagery and Music, de Helen Bonny, en el cual los objetivos son la Liberación de falsas creencias del paciente, acercamiento a su verdad interior, reconstrucción de la narrativa de su vida, Integración cuerpo/ mente/espíritu.

La técnica EISS cuenta con tres etapas o niveles de desarrollo:

- Relajación pasiva moderada: En esta se induce al paciente a un estado de relajación que le permita “desprenderse lo más posible de las preocupaciones

cotidianas manteniéndose en un estado de vigilia para poder realizar la experiencia”.<sup>28</sup>

- Estimulación: luego de la primera etapa, se realiza la estimulación por medio de la audición de música la cual será un elemento de conexión entre el paciente y sus emociones, se le pide que se deje impregnar por la música.
- Abstracto/estético: se produce un estado modificado de la conciencia. La intensidad de los contenidos y emociones a partir de la escucha de la música en un estado de relajación, pueden alcanzar niveles muy altos, en este nivel pueden aparecer “imágenes y sensaciones relativas a experiencias muy primarias como puede ser la del nacer o morir y también vinculadas a situaciones que rozan estos temas como el revivir accidentes, tanto propios como de personas queridas”.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Ibidem. p104

<sup>29</sup> Ibidem. p108

## **CAPITULO 5**

### APROXIMACION DIAGNOSTICA

#### 5.1 Encuadre terapéutico.

La importancia de contar con un espacio dispuesto para las sesiones, colabora con los pacientes al percibir cierta estabilidad producto de lo regular del proceso, lo que incluye día, horario y Setting definido. Con relación a lo anterior se destina como espacio físico la sala en donde realizan sus actividades diarias, este lugar conocido para ellos les otorga estabilidad frente al proceso.

Con relación al Setting, este está compuesto por los siguientes instrumentos musicales: Metalófono, accesorios de percusión, maracas, pesuñas, panderos, palos de agua, sonajero, guitarra, radio, voces; del MT, CT y pacientes.

Con el propósito de realizar una revisión del proceso y obtener evidencias sobre el mismo, se utilizan instrumentos de registro durante algunas sesiones, se realiza la grabación de audio y video, transformándose las cámaras en parte del encuadre conocido para los pacientes.

#### 5.2 Diagnostico Grupal

El grupo en el que se realiza la intervención está compuesto por siete pacientes, el rango de edad va desde los 11 a 24 años. Existen distintas necesidades producto de las diversas causas y/o problemas en su desarrollo, nos encontramos con pacientes con daño cerebral secundario a TEC, Síndrome de Noonan, Microcefalia, Lisencefalia, Síndrome de West, Hidrocefalia, etc.

Este grupo de pacientes es derivado por una de las educadoras del Centro, quien además es Musicoterapeuta. La derivación de este grupo se fundamenta en el hecho de que a pesar de ser un grupo con bastantes limitaciones producto de las

discapacidades presentes, podría presentar una respuesta muy positiva frente a las sesiones considerando la experiencia vivida con anterioridad con otro Musicoterapeuta, además otro grupo de pacientes de mayor edad quienes presentan una condición bastante compleja, ya participan de un proceso similar con otros (as) estudiantes en práctica del mismo postítulo.

En general todos los pacientes cuentan con alguna herramienta para comunicarse, en su mayoría no desarrollan lenguaje y su forma de manifestarse es a través de movimientos, sonidos o expresiones faciales. Son bastante sensibles a lo que sucede en su entorno y dispuestos al trabajo en equipo.

El grupo en general, es bastante participativo, gustan de la música, tienen conocimiento de variado repertorio y disfrutan de la sesión de Musicoterapia, como se mencionara anteriormente existe una experiencia anterior del grupo con la Musicoterapia, no es nuevo para ellos.

Para dar comienzo a la etapa diagnóstica se considera factor relevante conocer los antecedentes personales de cada integrante, las patologías y discapacidades presentes.

A partir de la revisión de las fichas clínicas de los pacientes, entrevistas en algunos casos con los padres o cuidadores, además de la importante información recopilada desde la experiencia de quienes les atienden a diario, comienza un proceso gradual de inserción de quien escribe, como musicoterapeuta, en dirección al conocimiento del grupo. Se establece como idea base para la formulación de objetivos, el proponer un espacio en el que el grupo, experimente y manifieste sensaciones a través de la audición de diversos sonidos y canciones, además de la manipulación de instrumentos como objetos que se transformen en un medio por el cual generar un posible vínculo terapéutico en beneficio de la comunicación e interacción con el grupo.

Aparece entonces la necesidad de ofrecer una instancia en la que los pacientes tengan vivencias a partir del contacto con diversos estímulos musicales, desarrollen su expresión a partir de la conexión con estos estímulos y sus propias

historias y la reactivación de sus capacidades para comunicarse y expresar ideas, sentimientos y emociones, provocando de manera natural, también comunicación con el musicoterapeuta.

En el proceso se utilizará la técnica de estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido (EISS) además de técnicas activas en las que se motivará e invitará a los pacientes a la improvisación en solitario, con el terapeuta y el grupo, además del uso de canciones. El objetivo es conocer al grupo, verificar a través de la observación y la acción, las características individuales conocidas por medio de los antecedentes previos y visualizar algunos otros aspectos nuevos que pudiesen surgir, esto en virtud del funcionamiento grupal. Tomar contacto directo con ellos y observar a través de su música las distintas conductas para intentar provocar un acercamiento con los pacientes procurando comprender el porqué de sus distintas dinámicas. A partir de esta etapa se definen los objetivos de la intervención, se estructura un encuadre conveniente para el proceso, tomando como base los modos receptivos y expresivos de los pacientes y también propios, además de sus antecedentes clínicos.

Se considera para desarrollar la intervención un total de diez y seis (16) sesiones de trabajo con los pacientes, una vez por semana durante cuatro (4) meses, las primeras cuatro sesiones se destinan para realizar la etapa diagnóstica.

En el grupo de trabajo se cuenta con la asistencia de dos técnicos en educación, quienes se presentan dispuestas a participar activamente en las sesiones, colaborando de manera positiva en cada acción realizada.

### 5.3 Sobre los pacientes.

En el capítulo sobre Discapacidad expuesto en el Marco Teórico, trato sobre las discapacidades presentes en el grupo haciendo mención de cada una de ellas, con el objeto de tener una mirada general sobre la realidad del grupo, a continuación tomando los antecedentes de los pacientes, que permite situarlos en el contexto

grupal, realizo una breve descripción de cada uno de ellos. El grupo está compuesto por seis varones y una mujer.

En la descripción de los pacientes, sus nombres verdaderos han sido reemplazados por apodos que no tienen directa relación con los mismos, en adelante les identificaremos de la siguiente manera.

- **Sol**

Paciente de sexo femenino de 24 años de edad, padece de una Microcefalia como secuela de una intervención quirúrgica, luego de nacer con meningoencefalocelo, como consecuencia presenta dificultad psicomotriz y discapacidad intelectual severa.

Se caracteriza por hablar de manera constante, en ocasiones sobre temas que surgen en la sesión y en otras sobre situaciones de su vida en general. Dispone de una gran capacidad para recordar nombres de canciones, autores e intérpretes, demostrando además gran gusto por la música, esta capacidad se manifiesta a través de la reproducción de diversas canciones, lo que llama la atención por su gran memoria, considerando su discapacidad.

Sol presenta algunas conductas agresivas hacia sus pares, en momentos en que sus peticiones no son acogidas con rapidez o no se materializan, su relación con los demás integrantes del grupo es un tanto compleja en cuanto a la comunicación, producto de su condición y la del grupo, con frecuencia Sol, demuestra rasgos obsesivos en relación a situaciones o personas, por lo que dirige su enfoque sólo a su motivo de atención sin participar de las actividades grupales.

- **Rodri**

Paciente de 20 años de edad, su diagnóstico indica la presencia de un retraso psicomotor, producto de la presencia de Síndrome de Noonan. Presenta un muy bajo nivel de lenguaje verbal, aparentemente su condición no le permite

tener un buen desarrollo en la comprensión de ideas. Además manifiesta presencia de temblores en todo el cuerpo, especialmente en sus manos, esto dificulta que Rodri pueda tomar objetos y manipularlos.

A pesar de sus dificultades, es capaz de mostrarse generalmente muy alegre y disfruta mucho con la música, lo que aporta de manera significativa a la unión y expresión del grupo.

- **Car**

Paciente de 15 años de edad, su ficha clínica indica secuelas secundarias a TEC, presenta Hemiparesia en su lado izquierdo, lo que afecta su coordinación motora, es por esto que necesita apoyo para ponerse de pie. A pesar de su limitación evidente para movilizarse, asociada a dificultad en el lenguaje verbal, se esfuerza por participar activamente en las sesiones, esto debido a su gusto por la música.

- **Pipe**

Paciente de 15 años de edad, su diagnóstico indica una licencefalia, esta patología genera en el paciente un retraso general del desarrollo, afectando principalmente el área del lenguaje. Pipe en el grupo se destaca por tener una capacidad de comprensión mayor que los demás, en las oportunidades que genera un vínculo y muestra interés por las actividades, se esfuerza por cumplir y terminar lo que comienza, en otras ocasiones no participa, mostrándose molesto si se le insiste, estos antecedentes fueron proporcionados por quienes forman parte de su proceso diario y que logró ser corroborado en la etapa diagnóstica.

- **Santana**

Paciente de 17 años de edad, presenta múltiples complicaciones producto de un diagnóstico complejo. Presenta daño cerebral, microcefalia, epilepsia además de ubicarse dentro de un espectro de tipo autista leve.

Con regularidad este paciente se muestra profundamente absorto en su mundo interior, no presenta desarrollo en su lenguaje verbal, no interactúa con el resto del grupo, solo lo hace con las tías presentes a diario quienes le asisten. Su conducta habitual consiste en caminar, con alguna dificultad, por la sala sin relacionarse con los demás en ninguna tarea.

- **Gaspi**

Paciente de 11 años de edad, es el más pequeño del grupo, se le diagnostica Síndrome de West y esclerosis tuberosa. Gaspi no presenta lenguaje verbal, solo en ocasiones se constata la emisión de un mínimo sonido.

No participa de las actividades, pero si establece por momentos comunicación visual con las tías que le asisten.

- **Tomy**

Paciente de 18 años de edad, presenta daño cerebral secundario a TEC producto de un accidente a los dos meses de vida, además de una hidrocefalia y epilepsia.

El se comunica a través del lenguaje y logra dar a entender con cierta fluidez sus ideas, gusta de la música y demuestra tener un amplio conocimiento de diversos repertorios destacando su inclinación hacia la música tradicional, constantemente pide escuchar este estilo solicitando canciones por su nombre e intérprete, canta con entusiasmo y aporta con chistes e historias que le hacen reír y disfrutar del momento.

En ocasiones se muestra muy agresivo, lo que se manifiesta en la utilización de un vocabulario poco adecuado y la intención de agredir físicamente a alguno de sus compañeros frente a situaciones que le provocan molestia, esto a pesar de su dificultad para movilizarse, se puede poner de pie y caminar pero con algunos problemas, puntualmente en el equilibrio.

Esta descripción bastante general del grupo, cumple con la idea de saber en dónde y cómo nos situamos para realizar la intervención, las características mencionadas son un punto de partida, cada una de estas no se visualiza como limitante, considera a cada paciente desde su condición y naturaleza como la materia única y necesaria en su proceso interno hacia la creación y la cobertura de sus propias necesidades.

#### 5.4 Momentos significativos en la etapa diagnóstica.

##### Sesión N°1

Objetivo: Conocer al grupo, observándolo en una dinámica de juego.

La sesión comienza con una canción de saludo, se indican consignas que proponen realizar distintas acciones a cada uno de los integrantes del grupo, por ejemplo aplaudir, las consignas indicadas son seguidas por gran parte del grupo.

Luego se cantan distintas canciones propuestas por el MT y también solicitadas por los pacientes, en particular dos de ellos, todos participan en la acción. De acuerdo al texto de alguna de las canciones, los pacientes realizan imitaciones de diferentes animales, indicados en las mismas, Santana y Gaspi se mantienen al margen sin involucrarse en la acción.

Tomando como referencia las solicitudes de los pacientes, se interpretan canciones tradicionales, estas provocan un ambiente de tranquilidad y confianza lo que se traduce en una activa participación a través del baile, cada uno de los pacientes de

acuerdo a sus posibilidades participa de esta actividad, en algunos casos son asistidos por el CT o por las tías que se encuentran presentes y colaboran en la sesión.

Luego los pacientes se toman de las manos y producen un vaivén o balanceo escuchando la canción Los elefantes (canción tradicional infantil) interpretada por uno de las pacientes. En general todos participan de manera muy activa en relación a las posibilidades de cada uno, tanto vocales como de desplazamiento, se produce una interacción entre todos los integrantes del grupo. En este momento se produce un cambio importante, es esta actividad la que provoca que todos actúen juntos, quizá Santana por su condición se deja llevar solamente, pero permite que le tomen las manos sin evitarlo, lo mismo sucede con Gaspi, quien además por momentos breves establece contacto visual con el MT.

## Sesión N° 2

Objetivo: Observar al grupo, en una dinámica de juego.

La sesión se inicia con la canción de saludo, nombrando a cada uno de los pacientes, luego a través del mismo canto, se exponen consignas que proponen distintas acciones como reír, aplaudir, golpear con los pies en el suelo, etc.

Los pacientes se muestran algo pasivos, la participación en las actividades propuestas es más lenta al comienzo, debido a la ausencia de Sol, una paciente que a través del canto marca su presencia y participa de las acciones de manera permanente, luego se incorpora ya iniciada la sesión. Santana duerme sobre una colchoneta en un rincón de la sala, se encuentra presente sólo una de las dos tías que asisten permanentemente al grupo, estos cambios en relación a la sesión anterior se hacen notar. Se invita a los pacientes a realizar una breve improvisación con los instrumentos dispuestos en el setting, en ese momento se escuchan distintos sonidos acompañados de movimiento, con distintas intensidades y cambios de velocidad constante por momentos. En esta sesión aparecen más claramente las conductas

conocidas con anterioridad, los pacientes no participan grupalmente, no se produce una acción en conjunto como en la sesión anterior.

#### Sesión N° 4

Objetivo: Provocar una mayor interacción entre los pacientes.

La sesión se inicia con la canción de saludo, nombrando a cada uno de los pacientes, luego a través del mismo canto, se exponen consignas que proponen distintas acciones, en esta oportunidad se invita a imitar a distintos animales.

La sesión se desarrolla casi en su totalidad a través del canto, en esta oportunidad producto de esto el protagonismo se centra en uno de los pacientes, nuevamente Sol participa activamente con su voz durante gran parte del tiempo, los demás pacientes participan por momentos de manera más pasiva, atendiendo y recibiendo el canto del MT y la paciente, quienes improvisan un diálogo a través del canto.

Otro paciente, Santana se acerca a la guitarra y comienza a percutir sobre sus cuerdas, demuestra un interés por la sonoridad de este instrumento, esto se prolonga por varios minutos y se transforma casi en un acompañamiento para el canto.

Se produce un cambio importante, Santana hasta aquí no había participado más allá de responder con un mínimo movimiento al escuchar su nombre en el saludo, en esta ocasión se para de su asiento y se dirige directamente a tomar la guitarra, desliza sus dedos por las cuerdas, más intensamente sobre las cuerdas que producen sonidos más graves los que parecen ser más agradables para él. Esto genera una nueva forma de comunicarse con su entorno, tomando el instrumento como un objeto intermediario entre él y los demás, pareciera demostrar satisfacción al realizar esta acción, en su rostro aparece una sonrisa, se queda largo rato repitiendo el mismo patrón rítmico.

## 5.5 Reflexión sobre este momento.

A través de la voz se produce la generación de una sonoridad que se manifiesta a lo largo de las sesiones y provoca alguna comunicación. El grupo responde a este estímulo al momento de realizar imitaciones de animales por ejemplo, ya sea utilizando como medio el balbucear, el percutir partes del cuerpo, rugir o gemir.

Los instrumentos manipulados y accionados por los pacientes, acompañados por la guitarra del MT, generan un ambiente sonoro diverso, se logra por momentos una atmósfera que indica cierto equilibrio en intensidades y ritmo, todos los pacientes producen algún sonido.

La guitarra como instrumento acompañante logra que los pacientes se expresen a través del canto, el movimiento y la manipulación de los instrumentos, cada uno de ellos en su propio espacio, no se siente una conexión entre lo que hace cada uno, es más personal el diálogo musical. No se genera una interacción, cada uno está en lo suyo. Sin embargo el canto aparece como medio de comunicación permanente, de importancia para ellos. Los sonidos se perciben en distintas alturas, duraciones e intensidades, generando un entramado sonoro que por momentos ofrece cierta conexión entre los pacientes. La guitarra en manos del MT y por momentos percutida por uno de los pacientes produce una constante que contiene y acompaña durante la sesión, generando y promoviendo el interés por cantar, por bailar y participar del trabajo en conjunto.

A través de estas acciones, se puede descubrir, al menos en dos de los casos, parte importante de su historia sonora.

En estas sesiones se trabaja con canciones, para establecer o definir una estructura, siempre el comienzo es con la canción de saludo, a continuación se cantan otras que son solicitadas por alguno de los pacientes o propuestas por el Mt.

De acuerdo a la información obtenida al comienzo y durante esta etapa, se pueden confirmar algunas conductas y observar otras nuevas, las que serán consideradas en la definición de este proceso.

Sol confirma su participación a través del canto, participa con entusiasmo, pero no atiende los momentos de pausa o cambio de actividad, se centra solo en sus demandas de algo o alguien, sin considerar lo que pasa con el resto del grupo. Por su parte Tomy, también canta y se aventura a solicitar una canción, lo que será su constante petición durante el proceso, “Si vas para Chile”, él por momentos parece tomar el liderazgo del grupo procurando comunicarse con los demás, comenta de manera permanente lo que sucede en la sesión y nombra a cada integrante en una suerte de invitación a ser parte de la actividad. En adelante será quien junto a Sol, programe el repertorio de las sesiones.

Rodri se muestra atento y dispuesto a la acción, incluso en algún momento ayudado por una de las tías asistentes, se pone de pie y baila al ritmo de la música, lo que no es percibido por los otros pacientes.

Gaspi definitivamente no se muestra interesado por la actividad, manteniendo una postura un tanto ajena a lo que sucede en su entorno.

Pipe, por momentos deambula por la sala, toma un instrumento, lo mueve, lo deja y se va a sentar, repite este patrón en reiteradas oportunidades, siendo este comportamiento una constante durante estas sesiones.

Car, no puede movilizarse por sí solo, esto no permite verificar su deseo de participar más activamente, su permanente sonrisa pareciera indicar que si existe la intención, el no puede expresarse verbalmente con claridad, pero su expresión y movimiento desde su silla, indican una conexión con lo que sucede en su entorno próximo.

Santana no presenta conductas que indiquen participación con el grupo, habitualmente incluso al inicio de las sesiones, el está durmiendo sobre una colchoneta en un sector de la sala, solo durante la cuarta sesión, se manifiesta un cambio importante en su conducta, el se acerca a mí, en ese momento estoy cantando acompañado de la guitarra, comienza a explorar sobre las cuerdas de la misma, deslizando sus dedos y luego percutiendo sobre el cuerpo del instrumento, esta sesión

marca un comportamiento al cual hago mención más adelante, transformándose quizá en uno de los momentos que indican un cambio importante en las sesiones para este paciente en particular y la dinámica de grupo en lo general.

La sonoridad del grupo durante la improvisación indica por momentos alguna conexión, especialmente en la cuarta sesión en donde se presentan cambios más notorios, esto se manifiesta a partir de la aparición de la guitarra que genera un soporte a propósito de la manipulación por parte de Santana, que como se describiera, propone un patrón rítmico constante además de una sonoridad con gran influencia hacia las notas graves del instrumento, esto integrado a la utilización de la voz en forma de canto o reproduciendo sonidos diversos, gemidos, risas, gritos, etc. y los sonidos de los instrumentos, en su mayoría percusiones, produce algún acercamiento entre los pacientes, lo que se evidencia a través de contactos visuales, comentarios y movimientos.

Luego de completar las sesiones destinadas al diagnóstico, se definen los objetivos y el método a utilizar en la intervención. Estos se definen en relación a la situación individual de cada paciente y la influencia que estos tienen en la dinámica del grupo.

Al finalizar la intervención se espera haber provocado un cambio en algunas de las conductas presentes en el grupo, que en esta etapa aparecen como factores de riesgo en la habilidad social de los pacientes, si se considera que estas conductas son permanentes en algunos casos proyectándose a su vida diaria, no solo en el centro de atención en el cual conviven en una rutina de muchas horas, también ampliando estos comportamientos a sus hogares y otros lugares, la calidad de vida de los pacientes y su entorno se ve alterada y con poca expectativa de tener cambios positivos.

El diagnóstico logra definir la intervención, toda vez que confirma algunas de las conductas conocidas a través de los informes del establecimiento.

De acuerdo al diagnóstico realizado se establecen los siguientes objetivos:

### Objetivo General

- Mejorar la calidad de vida de los Pacientes.

### Objetivos específicos

- Mejorar habilidades de socialización.
- Mejorar la comunicación.
- Desarrollar la participación y acción en grupo.
- Promover exploración del mundo afectivo.

## **CAPITULO 6**

### **LA INTERVENCION**

#### **6.1 Plan de Trabajo**

Luego de una primera observación y aproximación al grupo, se establece realizar sesiones en las que se promueva y favorezca la interacción entre los pacientes y el reconocimiento de sus fortalezas. A través de las actividades realizadas, se intenta que los pacientes tomen conciencia de su cuerpo, las posibilidades y capacidades de movimiento que este tiene y manifiesten sus emociones, estados de ánimo, pensamientos e ideas a través de él, esto permite también la comunicación e interacción con u otro.

Un trabajo a través de la corporalidad y el movimiento, se visualiza como una adecuada actividad para obtener logros en lo antes mencionado, toda vez que propone un reconocimiento del cuerpo y facilita su acción.

#### **6.2 Modelo y Técnicas a utilizar**

Se considera para la intervención, la utilización de técnicas receptivas y activas que permitan un trabajo integral con los pacientes, se trabaja con canciones y músicas dirigidas a la audición y además se propone la improvisación instrumental, como medio para la expresión activa de los pacientes. Sobre el método a utilizar, el abordaje plurimodal cuenta con elementos que se acercan al trabajo que se pretende realizar.

Tomando como base los ejes de acción desarrollados por el abordaje Plurimodal, (La improvisación musical terapéutica, el trabajo con canciones, la técnica de EISS (estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido), el uso selectivo de la música editada), se define una estructura para la ejecución de las sesiones y se establece una instancia de inicio, desarrollo y cierre.

### 6.3 Estructura de las Sesiones

6.3.1 Inicio: En esta etapa se considera el saludo, los pacientes al cabo de una o dos sesiones identifican este momento y participan activamente, el Mt canta una canción de saludo nombrando uno a uno a los pacientes, recibiendo en general una respuesta verbal o a través de un gesto o movimiento.

6.3.2 Desarrollo: Se realiza la actividad de acuerdo al objetivo de cada sesión. Es aquí en donde se motiva la participación de los pacientes, la audición de canciones, la exploración de sonidos y la utilización de los instrumentos, van generando distintas acciones y reacciones en ellos, es en esta etapa en donde el Mt observa y registra las conductas presentes en los pacientes acompañando el proceso individual y grupal con relación a los emergentes que allí se suceden.

6.3.3 Cierre: Al finalizar la sesión, nuevamente el Mt utiliza la canción como elemento que indica el término de la sesión, los pacientes al igual que al comienzo, ya identifican la canción de cierre la que les sitúa en la situación. Dadas las características del grupo, la verbalización no es considerada como un instrumento evaluativo de la sesión.

El proceso se define sobre la base de los antecedentes grupales e individuales obtenidos en una primera etapa diagnóstica, incorporando los elementos que emergen en las primeras sesiones de reconocimiento del grupo, la revisión de sus fichas clínicas, antecedentes familiares e información proporcionada por quienes participan a diario de las actividades del grupo.

La intervención se compone de varias etapas que contempla el contacto inicial con el Centro Manantial. Una vez definida la intervención hay tres etapas relevantes.

#### 6.4 Etapa de desarrollo:

Esta etapa contempla las sesiones desde la quinta a duodécima, en estas se utilizan técnicas activas y pasivas como se mencionara anteriormente, la escucha de canciones, la exploración con los instrumentos a través de la improvisación, la estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido y en ocasiones la estimulación dirigida hacia el movimiento corporal.

Durante las sesiones se producen distintas dinámicas, estas en ocasiones indican posibles cambios de conductas a nivel individual y/o grupal, confirman y reafirman otras, proponen dificultades, posibles retrocesos y de pronto me hacen observar también la presencia de alguna constante que se mantiene desde el inicio, sin ofrecer cambios.

Se produce en esta etapa, un mayor vínculo con los pacientes, se observan con mayor profundidad las características de cada uno y las condiciones que implican sus discapacidades, esto me hace comprender y conocer de mejor manera sus conductas, provocando una mayor conexión con el grupo.

El juego se incorpora como actividad casi permanente, transformándose en un medio de gran ayuda para provocar la integración grupal, por momentos cada paciente percibe desde su realidad la existencia de otro en su mismo espacio y actividad.

##### 6.4.1 Momentos significativos en esta etapa

###### Sesión N° 5

Objetivo: Realizar un viaje imaginario.

La sesión, como es costumbre, se inicia con la canción de saludo, nombrando a cada uno de los pacientes, luego a través del mismo canto, se exponen consignas que proponen distintas acciones como reír, aplaudir, golpear con los pies en el suelo, etc.

Le idea de este viaje, es ofrecer a cada paciente un espacio en donde su imaginación lo lleve a viajar libremente, no hay consignas sobre el recorrido, cada uno elije un destino y es acompañado por el grupo creando distintas sonoridades con los instrumentos. Los pacientes ubicados en círculo, provocan un ambiente protegido más íntimo, en el que otro paciente sentado al centro del círculo, se deja llevar en este viaje.

Se producen distintos relatos, el primero en viajar es Tomy, el comienza por África, luego cambia su decisión y se traslada por muchos otros lugares, le cuesta definir uno, finalmente se muestra muy inestable frente a la actividad y decide volver a Chile, para solicitar su canción, si vas para Chile, Tomy necesita sentirse seguro, siempre en un lugar establecido y conocido para él.

Se destaca en esta sesión la participación de Gaspi, él accede a realizar el viaje, no puede expresarse verbalmente, pero frente a las opciones que le ofrezco (nombro varios lugares) esboza una leve sonrisa y se queda en Colombia, el grupo acompaña con los instrumentos, de pronto Tomy canta fragmentos de una cumbia, lo que indica un conocimiento de variado repertorio y una relación con el origen, Gaspi sonríe y propone algún movimiento, por primera vez él se manifiesta de manera más clara frente al estímulo que da el grupo, esta conducta sin embargo no será una constante.

Santana nuevamente espera durante la sesión sin participar activamente, pero al finalizar el viaje de sus compañeros, se pone de pie y se dirige a tomar la guitarra, igual que en la sesión anterior, repite el mismo patrón de comportamiento. Esto permite observar que el paciente está organizando un patrón de conducta en relación a la sesión.

### Sesión N° 9

Objetivo: Promover la integración grupal a través de la libre improvisación.

La sesión se inicia con la canción de saludo, nombrando a cada uno de los pacientes, esto se ha transformado desde el inicio en una actividad que ubica de manera inmediata, a los pacientes en el contexto de la sesión.

Luego del saludo comenzamos a cantar, esta actividad se ha realizado de manera permanente durante la intervención, los pacientes disfrutaban de este momento, se manifiestan cantando, aplaudiendo, a través del movimiento o del gesto, todos de una u otra manera participan.

La actividad central de esta sesión se basa en la manipulación de los instrumentos y la generación de sonidos libremente, cada paciente toma un instrumento y lo mueve, lo percute, etc. se destaca la manipulación que realiza Rodri de los mismos, como se verificara al inicio de la intervención él presenta problemas en su motricidad, la presencia de temblores permanentes dificultaban la manipulación de objetos, durante el proceso ha mostrado avances, cada vez que se improvisa con los instrumentos él los toma con sus manos, al principio del proceso la situación era más evidente, hoy con dificultad por cierto, es capaz de tomar un sonajero, un pandero, sostener el Yembé participando con entusiasmo, esto nos muestra un cambio notorio en su capacidad de acción y en la seguridad que le provoca este espacio llegando a ser capaz de ejercer una acción que para él es bastante compleja.

Se repiten algunos patrones de conducta, Sol canta y repite de manera obsesiva el nombre del CT, Gaspi solo mira, Car se mueve en su silla, Tomy hoy no está presente, se nota su ausencia nadie pide escuchar una canción determinada. Pipe mantiene un ritmo constante con una baqueta sobre una mesa, esto es nuevo en él, percute un patrón rítmico estable, parece concentrarse en ello estructurando un modelo a seguir en la sesión, establece pausas, observa al grupo y vuelve a repetir la secuencia rítmica, otra vez la pausa para continuar con el ritmo, esto se sucede durante largos pasajes de la sesión, se visualiza una forma de comunicarse llamando la atención de los demás, buscando que su acción sea reconocida y atendida por el resto, sólo termina cuando necesita ir al baño.

Santana como ya es su costumbre, espera su momento para tocar la guitarra, pero provoca un cambio, esta vez no espera hasta el final como es lo habitual, el irrumpe en medio de la sonoridad del grupo y comienza a tocar, por momentos sube la intensidad del sonido, antes había cierta regularidad en esto, quizá está tratando de

sobresalir entre todos los sonidos presentes en el grupo, con la intención de hacer notar su intervención.

### Sesión N° 11

Objetivo: Experimentar un espacio de relajación y contención grupal.

La sesión se inicia con la canción de saludo, nombrando a cada uno de los pacientes.

Los pacientes tendrán un espacio de relajación, se tenderán uno a uno sobre una colchoneta dispuesta en la sala, a partir de la audición de música grabada y las consignas indicadas los pacientes realizarán un viaje por distintos lugares, se produce un estado de relajación y calma, los pacientes en general se muestran respetuosos frente al espacio que corresponde a cada uno, no se generan interrupciones, incluso Sol quien no desea participar mantiene silencio durante la actividad, situación poco habitual en ella, al parecer en esta sesión comprende la necesidad de estar en silencio, conducta que por primera vez en el proceso se manifiesta.

Una vez que cada paciente termina este viaje imaginario, es recibido por el grupo reproduciendo distintos sonidos con los instrumentos y la voz, dando una especie de bienvenida ubicando una vez más al viajero en su ambiente, cada vez que esto sucede se podría decir que los pacientes se muestran contentos, unos de recibir a quien se alejó por momentos y quien viajaba feliz de volver con los suyos, se manifiesta un sentido de pertenencia en el grupo, se reconocen como parte de un todo. Se destaca la participación de Gaspi en esta sesión, ya que generalmente no logra integrarse a las dinámicas, en esta actividad se muestra contento lo que expresa a través de su sonrisa y algún sonido muy leve, similar a la emisión de una sílaba.

#### 6.4.2 Reflexión sobre este momento.

Con el correr de las sesiones se han visualizado algunos cambios que no necesariamente son constantes en el tiempo, algunos de estos son circunstanciales y no son evidencia de una modificación en las conductas presentes. De acuerdo al

proceso creativo de cada paciente, el que se materializa en sus intervenciones con los instrumentos, se puede establecer una participación activa de casi la totalidad de ellos, incluso de quienes dada su condición evidencian dificultades mayores para realizar distintas acciones.

La observación de los procesos individuales y del grupo, permiten verificar cambios, retrocesos o permanencia de comportamientos, a continuación describo a los pacientes respecto a la observación de sus procesos de acuerdo a su nivel de participación.

- Sol, mantiene su conducta inicial, habla constantemente sin dejar espacio a la expresión de los demás integrantes del grupo, sólo en una oportunidad en la sesión N° 11 como se describió, mantuvo silencio por algunos minutos, esto produjo un momento de mayor tranquilidad en el grupo. Sus manifestaciones permanentes son a través del canto. Durante el proceso Sol, logra por momentos muy breves participar de alguna actividad común, pero su comportamiento de base se mantiene, sin duda las sesiones para ella se transforman en un espacio importante para expresarse por medio del canto, situación que le provoca bienestar, desde esa perspectiva pienso que este espacio para ella fue importante.
- Rodri, él se ríe constantemente, en el grupo parece ser quien desarrolla mayores habilidades sociales, en el inicio de la sesiones verbaliza el nombre de sus compañeros al escuchar la canción de saludo, a pesar de las dificultades presentes, Rodri establece comunicación de manera permanente, se muestra afectivo y evidencia un mayor desarrollo al interior del grupo, lo que le permite tener cierta independencia. La manipulación de los instrumentos le propuso un difícil escenario, pero a propósito de la participación en las sesiones, fue logrando algo de estabilidad en tal sentido, la que le permitió tomar algunos instrumentos con mayor seguridad, enfrentando de alguna manera su propio proceso hacia un control del movimiento.

- Car, mantiene su conducta inicial, producto de su discapacidad su movilidad es escasa, está siempre muy atento a lo que sucede, se ríe y trata de emitir sonidos, se caracteriza por moverse hacia adelante y atrás sentado en su silla, cada vez que quiere manifestarse, cuando se le nombra en el saludo o cuando está contento, en un par de ocasiones asistido por una de las tías del centro, se anima a bailar, disfruta de esto, lo expresa dando saltos, situación que se debe controlar ya que hay riesgo para él dada su discapacidad.
- Pipe, se caracteriza dentro del grupo, por tener mayor capacidad de comprensión. En el proceso participa en ocasiones muy puntuales, con regularidad creó sus propios espacios dentro del grupo realizando actividades más bien de manera individual, tomaba los instrumentos los manipulaba por breves espacios de tiempo y los dejaba, se distraía en otras cosas, su atención estaba en otro lado, cuando se le invitaba a participar se acercaba, pero muy pronto se dedicaba a jugar con otros elementos presentes en la sala, alejándose del grupo. En una de las sesiones, situación ya descrita, toma la decisión de participar más activamente percutiendo sobre una mesa ubicada en un extremo de la sala, mantiene la distancia, es aquí cuando él siente la necesidad de ser escuchado y desea llamar la atención de los demás, insiste en esta conducta, pero el grupo sigue en su actividad sin tomar conciencia de esto.
- Santana manifiesta cambios importantes desde la sesión inicial, pasa de un estado de total indiferencia, a descubrir en la guitarra un objeto que le permite establecer contacto con otro, luego de la sesión N° 4 en donde se produce este comportamiento, Santana mantiene la conducta en todas las siguientes sesiones, se genera cierta estructura en su accionar, sólo en una oportunidad provoca un cambio, él espera durante la sesión su momento, con regularidad hacia el final de las mismas, se pone de pie, camina hacia donde está la guitarra y se pone a tocar, mantiene el patrón rítmico de manera constante y regular, marcando un pulso permanente, además la altura e intensidad se mantienen, esto indica una estructura bien definida en su comportamiento lo

que da orden a sus acciones por momentos, esto lo refuerza emitiendo por primera vez sonidos con su voz, combina distintas alturas, duraciones e intensidades, produciendo claramente una línea melódica, la que se repetirá luego que deja de tocar la guitarra, reemplazando ahora su canal de comunicación que es la guitarra, por un breve espacio de tiempo en una sesión.

- Gaspi, se evidencian pequeños cambios en él, hacia las últimas sesiones de esta etapa, ya que logró en ocasiones mantener contacto visual con el MT y el CT, conducta que generalmente no se producía, además logra participar en algunas actividades, esto no es permanente, se da en un par de ocasiones destacando su participación en la sesión N° 11 en la que participa de manera más activa y expresa a través de su sonrisa el estar a gusto en la actividad.
- Tomy, al igual que Pipe demuestra tener un mayor grado de comprensión, participa de las sesiones, siempre solicitando canciones e interactuando con algunos de sus compañeros, especialmente con Car, con quien se muestra muy afectivo. El paciente debido al amplio repertorio musical que conoce, es quien solicita constantemente ciertas canciones, lo que marca una constante en las sesiones. Tomy mantiene su conducta, en general no presenta cambios, sólo en un par de ocasiones demuestra algún grado de agresividad hacia algún compañero lo que confirma su comportamiento inicial, sin provocar lo anterior una situación de conflicto permanente.

Los pacientes participan de las sesiones grupales, pero manteniendo su individualidad, en un par de actividades se produce una interacción grupal por momentos, pero no existe plena conciencia de esto por parte de los integrantes, su condición y las distintas discapacidades presentan un escenario difícil para generar un sentido de grupo más efectivo, cada paciente experimenta las vivencias desde y hacia lo interno, son pocas las acciones que realmente cumplen con una idea de grupo. Las relaciones no son fáciles, a pesar de la participación en las sesiones se evidencia una gran dificultad en la comunicación por parte de los integrantes. Desde lo individual se evidencian

algunos cambios, éstos no son tan influyentes en la dinámica grupal producto de no ser advertidos por muchos de los pacientes o simplemente ignorados por algunos otros.

## 6.5 Etapa final o de cierre.

Esta etapa se lleva a cabo entre las sesiones trece a dieciséis.

Comienzo a preparar el cierre, al inicio del proceso mencioné a los pacientes que nos veríamos por un espacio de tiempo definido, el fin del proceso coincide con el periodo de vacaciones de invierno, menciono esto último ya que se transforma en un indicador natural del proceso, facilita de alguna manera definir un espacio de tiempo más claro para los pacientes. Durante el desarrollo de estas sesiones, realizamos un recorrido por distintos momentos vividos, recordando canciones, con un repertorio ya bastante más amplio, ya sea a través de la audición y del canto, realizamos un último viaje imaginario tratando de recordar los anteriores, dejamos espacios para movernos a propósito del baile e improvisamos libremente con los instrumentos, cada una de las actividades de las sesiones anteriores, fue replicada en esta etapa de cierre.

### 6.5.1 Momentos significativos en esta etapa

#### Sesión N° 14

Objetivo: Realizar un recorrido por el repertorio habitual de canciones.

Durante las sesiones el repertorio ha ido variando, pero claramente se manifiesta el interés por escuchar algunas canciones que se repiten en cada encuentro, la música tradicional aporta gran parte de estas. Es así como en esta sesión nos dedicamos a cantar acompañados de la guitarra y los demás instrumentos del setting, Sol como ha sido habitual, canta con entusiasmo destacando su memoria para recordar canciones, Tomy es quien de alguna manera programa las canciones,

manifestando una característica distinta a sus compañeros, quizá por sus capacidades es quien en ocasiones procura organizar en ciertos aspectos las sesiones.

Se presentan conductas ya repetidas, Santana y su intervención con la guitarra, Pipe percutiendo algunos ritmos, alejado del grupo y los demás integrantes escuchando las canciones e interviniendo a ratos con los instrumentos.

### Sesión N° 16

Objetivo: Realizar el cierre del proceso, invitando a los pacientes a realizar un recorrido por las distintas sesiones, abordando parte de las canciones que fueron cantadas, tocadas y escuchadas, además de generar un espacio en donde el “desorden” a propósito de los sonidos y voces, provoque y convoque a un fin de fiesta.

Esta sesión marca el término del proceso, se realiza un viaje por el mismo, abordando las canciones presentes durante las sesiones. Se invita a los pacientes a cantar, moverse, tocar los instrumentos y libremente expresar por sus propios medios, sentimientos, ideas, sensaciones, etc. Es el momento de la despedida, esta se ha preparado con anticipación, en las sesiones anteriores se fue reforzando esta instancia la que se manifestó desde el inicio al definir un encuadre para la intervención.

Cantamos, reímos, disfrutamos de este momento, la observación de lo sucedido y la participación de los pacientes, indican que estamos bien, motivados frente a la actividad, sabemos que nos despedimos, hacemos de esto una fiesta, aparecen los globos de colores, la risa constante de Pipe que motivado por una canción que surge en el momento, se siente interpretado y reacciona de manera muy alegre al escucharla, esta habla del más desordenado, destacando su participación en esta sesión y el contacto con las actividades. Decimos adiós, culmina este gran encuentro de los jueves, quizá ellos no perciban de manera inmediata que ya no nos juntaremos a divertirnos como cada semana, nos esperaran de seguro para la jornada siguiente o en sus mundos tan particulares tiene claridad absoluta sobre este momento.

### 6.5.2 Reflexión sobre este momento.

El cierre de este proceso da señales de algunos cambios, algunas situaciones que me hacen visualizar algunos cambios durante el proceso y se orientan hacia la verificación del logro de los objetivos, quizá no en su totalidad o mejor dicho no de manera permanente, pero creo que sí de tal forma que dan valor, destacan y promueven los núcleos sanos que aparecen en el grupo

La relación con los instrumentos y la música, no era algo totalmente nuevo para el grupo, ya tenían cercanía con los mismos, producto de la experiencia vivida anteriormente en sesiones de musicoterapia, dirigidas por otro profesional, por lo tanto la recepción hacia el proceso fue bastante natural y con una buena acogida. Sin embargo la historia de cada integrante se hace presente y modela constantemente la dinámica del grupo.

Se hace presente la música y la sonoridad de los pacientes, el silencio en ocasiones fue un indicador quizá más potente que el propio sonido, de estados anímicos, manifestaciones de placer o desagrado formando parte de esta sonoridad muy particular que emerge del grupo. El canto como una propuesta que surge de los propios pacientes, crea lazos, genera recuerdos y nos sitúa en la realidad que compartimos, nos lleva de manera constante y permanente por la huella que marca cada uno de los presentes. La memoria mantiene las vibraciones del alma, cada gesto, palabra o acción, provocan una reacción, idealmente de bienestar, creo que en muy pocas oportunidades fui testigo de una conducta que indicara una sensación distinta al placer por escuchar o hacer música.

Distintas texturas se provocan al relacionarse voces y sonidos, se establecen diálogos casi perfectos, al unirse alturas, intensidades y timbres de manera casual y por supuesto sin ninguna expectativa desde una visión musical estructurada. Aparecen de pronto sonidos que permanecen durante una extensión de tiempo importante, por ejemplo en uno de los pacientes, puntualmente Santana, que habitualmente se mantiene a cierta distancia del resto, los sonidos agudos reproducidos por su voz se transforman en melodía cuando este provoca pequeños cambios de altura por

espacios de tiempo mínimos, volviendo con precisión al sonido inicial dando estabilidad a su intervención. Este mismo paciente se fija y se centra en un instrumento en particular, transformándolo en su medio perfecto de comunicación, el manipular y reproducir sonidos con la guitarra es su forma de vínculo permanente con el grupo, una vez que así lo decide, su conducta se repite en cada sesión, dando una estructura bien definida a su comportamiento durante las sesiones, esto provoca un cambio por momentos en su relación con el grupo, se establece una mínima pero significativa relación.

La sonoridad percibida, parece expresar mayoritariamente estados de alegría, el estímulo constante por medio de la musicoterapia u otras formas de expresión que potencien sus capacidades por muy alteradas que estas se encuentren en la mayoría de los casos, pueden ofrecer momentos de bienestar de mayor permanencia en el tiempo, una herramienta que les ayude a sociabilizar con el entorno y sus integrantes, la posibilidad de reconocerse y aceptarse de acuerdo a sus propias realidades potenciando en algunos de ellos los núcleos sanos presentes y finalmente enfrentándoles a una mejor calidad de vida.

## CAPITULO 7

### Resultados

En cuanto a los criterios de evaluación, se toma como línea base el comportamiento de los pacientes observados en la fase diagnóstica, esto me permite tener un punto de comparación al final del proceso, por cuanto el análisis de los resultados de la intervención arroja los siguientes resultados respecto de los objetivos planteados:

Respecto de las habilidades de socialización, puedo comentar que la observación inicial me indica que estas habilidades están presentes en algunos de los pacientes, pero el desarrollo de las mismas parece necesitar de estímulos permanentes y en otros casos simplemente no se presenta la habilidad. Las actividades propuestas se realizan con normalidad desde la participación individual, en general no existe una conducta que indique una interacción con los otros pacientes, sólo uno de los pacientes, Tomy, intenta incluir a algún otro paciente en su participación, pero con poco éxito.

Al finalizar la intervención se verifican algunos cambios en esta conducta, los pacientes por momentos participan de una actividad en conjunto, por ejemplo durante las instancias en que bailan, la gran mayoría observa, aplaude, emite algún sonido, realiza algún gesto o se manifiesta a través del movimiento.

La dificultad para comunicarse entre los pacientes aparecía también como un elemento influyente en la falta de socialización, desde el inicio de la intervención se observó que el proceso individual de cada paciente estaba muy presente dejando poco espacio para actuar con los otros, llegando en algunos casos a no tener contacto con el grupo. El trabajo con canciones de alguna manera propone un cambio, algunos pacientes a través del canto comenzaron a proyectar sentimientos o ideas hacia el grupo, invitando a los demás a participar o provocando alguna reacción en el grupo, pacientes como es el caso de Rodri y Car, se atreven de manera evidente y permanente a establecer mayor contacto a través del movimiento y en ocasiones

incorporándose, con ayuda, para bailar. Rodri pareciera controlar sus movimientos cuando realiza esta acción. Es así como aparecen nuevas formas de comunicación expresadas por algunos de los pacientes, por ejemplo la utilización de la guitarra por parte de Santana como instrumento vincular con el grupo, indican una forma de comunicación que antes no se observaba, esto se hizo permanente durante el proceso y evidenció un estado de alegría en él, disfrutaba de cada momento con el instrumento, en un par de oportunidades irrumpió con el mismo durante la improvisación del grupo, haciéndose parte de la misma, habitualmente él esperaba el final de la sesión para realizar su intervención de manera individual. Con su participación también logró que Gaspi demostrara interés, observando su intervención en más de una oportunidad, este paciente también en unas pocas ocasiones recibió sin oposición un instrumento de mis manos generando un mínimo pero antes escaso contacto visual.

En el desarrollo de la participación en grupo podría destacar que en algunas oportunidades, muy pocas por cierto pero presentes, el grupo permaneció atento a la intervención de los pacientes individualmente, por ejemplo un hecho notable se sucede en la sesión N° 11 momento en el que por escasos minutos, Sol se queda en silencio permitiendo que los demás integrantes del grupo puedan atender sin mayor dificultad las indicaciones que hago y la posterior respuesta de un paciente, conducta que se presenta por muy breves momentos, siendo poco habitual en esta paciente.

Al concluir las sesiones se visualizan algunas modificaciones en la conducta de alguno de los pacientes por algunos espacios de tiempo, en general no son cambios permanentes, sólo en el caso de Santana se observa un comportamiento notoriamente distinto en relación al comienzo de la intervención, que se proyecta en el tiempo, los demás pacientes presentan comportamientos similares a los iniciales, presentando distintas maneras de actuar frente a algunos estímulos, pero volviendo a su estado habitual luego de la desaparición de estos. Si consideramos que de acuerdo a lo complejo del grupo el objetivo general, se planteó sobre la base de mejorar la calidad de vida de los Pacientes, se puede concluir el cumplimiento en gran porcentaje de este objetivo, ya que los Pacientes se mostraron participativos por momentos, disfrutando de las sesiones, compartiendo con sus pares, realizando movimientos o actividades

complejas para ellos, favoreciendo el descubrir y experimentar sobre las propias capacidades, elementos que frente a su poca posibilidad de acción les otorga bienestar al sentir y experimentar por momentos la capacidad de realizar actividades complejas de acuerdo a su situación.

## CAPITULO 8

### Síntesis

Al comenzar quisiera destacar la oportunidad inmensa de aprendizaje que significó este proceso de práctica, el estudio de los distintos métodos y teorías que confrontados con la realidad parecen cobrar sentido, proponen un desafío de proporciones insospechadas, en relación a los pacientes y sus necesidades. La demanda de conocimientos y su posterior utilización que de manera inconsciente provocan los pacientes, nos enfrenta a la exigencia de seguir investigando y perfeccionando los sentidos.

La literatura revisada y los contenidos tratados, se transforman en un apoyo vital para este proceso de práctica y para la proyección del que hacer musicoterapeutico, estos además hacen evidente, como ya lo expuse, la necesidad de permanecer en un constante andar en el campo del conocimiento y quizá de la investigación en torno a las temáticas que plantean. En la elaboración del marco teórico se plantean algunos aspectos desde una visión más general, sin llegar a otorgar un sentido más profundo en algunas apreciaciones y/o definiciones, las que seguramente aparecerán de manera más clara, luego de un recorrido más amplio y extenso en el campo de la musicoterapia, el que ofrecerá un saber más completo y complejo en torno al tema. De todas formas al revisar el proceso, cada sesión y actividad relacionado con el mismo, van apareciendo señales, vivencias, que hacen dar sentido y reconocer los elementos expuestos, en cada encuentro con los pacientes. La propia música, la expresión a través del sonido, la comunicación, la entrega y el bienestar, siempre estuvieron presentes y al darles forma a través de la imagen representada en cada acción, aparecen los argumentos aquí expuestos.

El aprendizaje o mejor aún el conocimiento que creo haber conseguido, es en relación a la Discapacidad, el conocer más sobre su condición, sus provocaciones y demandas al acercarse a ella, sus distintas formas de intervenir y de actuar, creo haber

descubierto y comprendido de mejor manera lo discapacitantes que podemos ser como comunidad socialmente, al desconocerla como algo presente, palpable y en definitiva existente. Desde la musicoterapia la oportunidad de entregar bienestar, utilizando lo que cada paciente trae consigo, el despertar en cada uno de ellos la autopercepción de sus capacidades y posibilidades, orientar de alguna manera los propios procesos en virtud de reconocer su ser musical, que trae una historia, que provoca y se provoca a sí mismo a través de sus sonidos.

Al llegar al cierre de este proceso, inevitablemente pienso en el primer encuentro, enfrentar como ya lo expuse en el marco teórico, una realidad tan distinta, para luego revisar lo vivido junto a los pacientes, me hace dar sentido más claramente a los objetivos propuestos para llevar a cabo la intervención. Las características del grupo delimitadas por las discapacidades presentes, un breve periodo de tiempo que duraría la intervención, hacían esta tarea difícil. Concluido el proceso, se visualizan algunas conductas modificadas, ya mencionadas anteriormente, esto además de los comentarios de quienes trabajan permanentemente con los pacientes en el centro, definen el logro de los objetivos propuestos en un gran porcentaje.

Me parece importante mencionar el reconocimiento a la Musicoterapia como forma de terapia completamente atingente al contexto en donde se materializa la intervención, la música como arte, favorece la expresión y la comunicación, ambas características por momentos con escasa presencia en el grupo.

Para finalizar solo agradecer a cada docente que me hizo entrega de sus herramientas para avanzar en este camino, a mi profesora guía permanente apoyo en este proceso, a mi compañero Pedro, quien se transformó en un constante apoyo compartiendo cada sesión conmigo, al Centro Manantial que me abrió sus puertas y creyó en cada una de mis ideas, desde la atención a los pacientes hasta la realización de fiestas para los mismos, destacando gran participación de todos los actores del Centro, directivos, profesoras, asistentes, padres y por supuesto a los pacientes, pequeños motivos por los que estuve presente, desde lo profundo de sus mundos

muchas veces inexplorables, desde la ausencia que en ocasiones les embarga, ofrecieron sus espacios, sus sonrisas y su ayuda.

## Bibliografía

AMATE, A. y VASQUEZ, A. Discapacidad, Lo que todos debemos saber [en línea] Washington D.C.  
<[http://books.google.cl/books?id=bnf6zhhwfDQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.cl/books?id=bnf6zhhwfDQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)> [consulta: 03 septiembre 2011]

BARRERO, C. OJEDA, A y OSORIO R., Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): Revisión de sus aplicaciones en la Rehabilitación [en línea] Nuevos Horizontes. Vol. 7 Núms. 1-2 Enero-Diciembre 2008 <[http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2008/prn081\\_2e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2008/prn081_2e.pdf)> [consulta: 25 Agosto 2011]

BRUSCIA, Kenneth. E. Modelos de Improvisación en Musicoterapia. Salamanca, España. Editorial Agruparte, 1999.

CABANYES.TRUFFINO, J. y GARCIA-VILLAMISAR, D. Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista [en línea] Revista de Neurología. 2004; 39 (1): 81-90  
<<http://institutos.juntaextremadura.net/eoeptgdbadajoz/DETECCION%20Y%20EVALUACION/Identiprecoz.pdf>> [consultado: 30 Agosto 2011]

CÁCERES, C. Sobre el Concepto de Discapacidad. Una Revisión de la Propuesta de la OMS [en línea] Revista Electrónica de Audiología. Vol. 2, 2004 <<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:zfAFKCdkqKoj:www.auditio.com/docs/File/vol2/3/020304.pdf+revistas+electronicas+sobre+audiologia+caceres+>> [consulta: 26 agosto 2011]

HERRERO, M y CABRERA, J. Macro-Microcefalia Trastorno del Crecimiento Craneal [en línea] <<http://www.formandoadomicilio.com/di/19.pdf>> [consultado: 30 Agosto 2011]

IGLESIAS, G. CARRASCO, M. DEL VALLE, M. MARTÍNEZ, N. Rodríguez, L. MARTÍNEZ-FERNÁNDEZ, M.L. Síndrome de Miller-Dieker. [en línea] Anales de Pediatría. Barcelona 2009;70:304-6. - vol.70 núm 03 <<http://www.elsevier.es/es/revistas/anales-pediatria-37/sindrome-miller-dieker-13133956-cartas-al-editor-2009>> [consultada: 30 Agosto 2011]

Ley N° 19.284. Chile. De Integración Social de las personas con Discapacidad. Establece Normas para la Plena Integración Social de Personas con Discapacidad, Santiago Chile Enero de 1994

LLOREDA-GARCÍA, JM. MARTÍNEZ-AEDO, MJ. TARTTAGLIA, M. LÓPEZ-SIGUERO, JP. Síndrome de Noonan por mutación en el gen PTPN11 [en línea] Anales de Pediatría. Barcelona 2006;65:635-6. - vol.65 núm 06 <<http://www.elsevier.es/es/revistas/anales-pediatria-37/sindrome-noonan-mutacion-gen-ptpn11-13095865-cartas-al-editor-2006>> [consultada: 30 Agosto 2011]

MÉNDEZ, E. Introducción al Estudio de la Invalidez [en línea] Costa Rica, <<http://books.google.cl/books?id=QhKe73JdbdoC&pg=PA27&dq=conceptos+generales+sobre+discapacidad&hl=es#v=onepage&q=conceptos%20generales%20sobre%20discapacidad&f=false>>[consulta 03 septiembre 2011]

MUSICOTERAPIA Abordaje Plurimodal por Diego Schapira "et al". Argentina, ADIM Ediciones, 2007.

POZO, A. POZO, D. y POZO, D. Síndrome de West: etiología, fisiopatología, aspectos clínicos y pronósticos [en línea] Revista Cubana de Pediatría. v.74 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2002 <  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312002000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000200009)>  
[consultada: 30 Agosto 2011]

TIRAPU, J. LANDA N. y PELEGRIN C. Déficit Neuropsicológicos en la Hidrocefalia Asociada a Espina Bífida. [en línea] <<http://www.espinabifida-fundacion.org/Articles/deficits%20hidrocefalia.htm>> [consultado: 30 Agosto 2011]

## ANEXOS

### I Cronograma sesiones grupales

**Nivel Pre básico Centro Manantial.**

<b>Meses</b>	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
<b>Actividades</b>					
Diagnostico	X				
Definición de trabajo	X				
Entrevista a Apoderados		X	X	X	X
Sesiones una por semana	X	X	X	X	X
Evaluación del trabajo.		X	X	X	X
Cierre					X
Informe final					X

## II Partitura de la canción que daba inicio a cada sesión

Se pone como ejemplo el saludo nombrando a dos de los pacientes, el texto se repetía nombrando a cada uno de ellos.

Cuando el texto dice risas, hace mención a la conducta habitual con que respondía alguno de los pacientes con problemas en el lenguaje.

LOS SONIDOS ESTAN CONTIGO

**CANCIÓN DE SALUDO**  
NIÑOS DE MANATIAL Y SUS MUSICOTERAPEUTAS CHRISTIAN Y PEDRO

VOICE

The image shows a musical score for a song. It consists of two staves of music, both in treble clef and 4/4 time. The key signature has three sharps (F#, C#, G#). The first staff starts with a whole rest, followed by a series of eighth and quarter notes. The second staff begins with a '6' above the first measure, indicating a sixteenth note. The lyrics are written below the notes.

HO LA NIÑOS CO MOES TAN HOY VE NI MOR CAN TAR HO LA NIÑOS CO MOES TAN HOY VE NI MOR JU GAR

CO MOES TAs MA RIA JE SUS TI O YO ESOY MUJ BIEN CO MOES TA CAR LI I TOS RISAS .....

### III Protocolo de Musicoterapia

Fecha:

Sesión N°:

Terapeuta:

Coterapeuta:

<b>I. Objetivo (s) de la sesión</b> -
<b>II. Setting y Recursos Materiales</b>
<b>III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz; cuerpo; etc.)</b> .
<b>IV. Desarrollo de la sesión/actividades: inicio – medio – final; momentos repetitivos/momentos de cambio</b>  <i>a) Inicio</i> <i>b) Desarrollo</i> <i>c) Final</i>
<b>d) Observaciones Musicales</b>
<b>e) Conclusiones</b>
<b>f) A considerar para la próxima sesión</b>
<b>g) Apreciación Personal</b>



8. Sonidos, ruidos, música envasada y/o instrumentos que no le agradan:.....

## II. PRODUCCIÓN SONORA DEL NIÑO

**En base a la sonoridad que emite con los siguientes instrumentos y/u objetos:**

### 1. Dinámica Temporal:

a) ---- Pulso Estable

---- Pulso Desorganizado

b) ---- Presencia de motivos rítmicos:

---- Ausencia de motivo rítmico

### 2. Dinámica Melódica:

a) ---- Ocupa diferentes alturas sonoras

---- Preferencia por ciertas alturas: -- Agudas      -- Medias      -- Graves

b) ---- Presencia de motivos melódicos:

---- Ausencia de motivos melódicos

### 3. Dinámica Tímbrica:

---- Utilización alternada de diferentes timbres por cambio de instrumentos

---- Utiliza sonidos variados con el mismo instrumento

---- Preferencia por determinados timbres:

### 4. Dinámica de Densidad:

---- Presencia de silencios. ¿De qué forma?:

---- Ausencia de silencios

### 5. Dinámica de Intensidad:

a) ---- Intensidad constante. ¿Cuál?:

---- Intensidades diferentes

b) ---- Cambio regulado de la intensidad

---- Cambio brusco de la intensidad

## **V HISTORIA SONORA DE LOS PACIENTES**

**Nombre:** .....

**Fecha de Nacimiento:** .....

**Fecha Actual:** .....

### **I. HISTORIA SONORA DE SU HIJO**

1. Describa brevemente el ambiente sonoro y musical que rodeó su embarazo y el nacimiento de su hija.

.....

2. ¿Cuáles fueron los primeros sonidos, voces o canciones que percibió su hija en los primeros días de vida?

.....

3. ¿Qué canciones de cuna le cantaban?

.....

4. ¿Qué tipos de sonidos son los que con mayor frecuencia ha emitido su hija?

.....

5. ¿Qué sonidos o ruidos rechaza?

.....

6. ¿Qué instrumentos musicales prefiere?

.....

7. ¿Qué tipos de música prefiere?

.....

8. ¿Cómo reacciona al escuchar esa música?

.....

9. ¿Qué otros tipos de sonidos le llaman la atención?

.....

10. ¿Cuál es el ambiente sonoro de su hogar? (sonidos rutinarios, silencio, música específica, etc.)

.....

11. ¿Hay instrumentos musicales en el hogar? ¿Cuáles?

.....

## **II. HISTORIA SONORA REFERENTE A LOS PADRES**

1. ¿Qué música significativa recuerdan de su niñez?

.....  
.....

2. ¿Cuáles son sus preferencias musicales?

.....  
.....

3. ¿Qué sonidos o ruidos les desagradan?

.....

4. ¿Tienen alguna experiencia de educación musical? ¿Cuál?

.....  
.....

5. Algún comentario que pudiera ser útil para el tratamiento:

.....  
.....