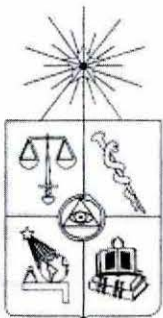


991007444 862 903936

TESMTP  
D 542 m  
2017  
C-2



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE ARTES

ESCUELA DE POSTGRADO

---

**MUSICOTERAPIA Y AUTISMO:**

**UNA OPORTUNIDAD DE SER FLEXIBLE**

Intervención Individual de una niña con trastorno del espectro autista en Santiago de Chile

Monografía para optar a la especialización de Postítulo en Terapias de Arte, Mención

Musicoterapia.

**GONZALO DÍAZ CASTRO**

Profesor Guía: MT. Rodrigo Quiroga Provoste

---

Santiago, Chile 2016



## INDICE DE MATERIAS

Contenido	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	6
2.1 HOGAR ALIGOMÉ.....	8
2.2 ORGANIGRAMA DEL FUNCIONAMIENTO DEL HOGAR.....	8
3. MARCO TEÓRICO.....	10
3.1 INTRODUCCIÓN.....	10
3.2 EL VÍNCULO COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DE LA TERAPIA.....	12
3.3 EL PACIENTE FRENTE AL ENTORNO	
La mirada desde el Trastorno del Espectro Autista.....	14
3.4 CONDUCTAS AGRESIVAS ASOCIADAS AL TEA.....	16
3.5 EL ENTORNO FRENTE AL PACIENTE,	
Una mirada a la discapacidad.....	18
3.6 EL JUEGO.....	20
4. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPEUTICO.....	21
4.1 MUSICOTERAPIA Y ARTE.....	21
4.2 EXPRESIVIDAD, NUCLEOS DE SALUD Y ESTÉTICA.	
Gustavo Gauna.....	23
4.3 EL OBJETO INTERMEDIARIO Y LO NO VERBAL	
Rolando Benenzon.....	24
5. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....	25
5.1 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA.....	25

5.2 OBJETIVOS.....	27
5.2.1 Objetivo General.....	27
5.2.2 Objetivos específicos.....	27
5.3 CRITERIOS DE EVALUACIÓN.....	28
5.4 METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	28
5.5 ENCUADRE MUSICOTERAPÉUTICO.....	30
5.6 PERIODICIDAD Y DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	32
6. DESARROLLO DEL PROCESO.....	33
6.1 ETAPA DE INICIO.....	34
• OBJETIVOS DE LA ETAPA.....	35
• ESTRATEGIAS Y REACCIONES.....	35
• HITOS .....	37
6.2 ETAPA DE DESARROLLO.....	39
• OBJETIVOS DE LA ETAPA.....	39
• ESTRATEGIAS Y REACCIONES.....	39
• HITOS.....	41
6.3 ETAPA DE CIERRE.....	42
• OBJETIVOS DE LA ETAPA.....	42
• ESTRATEGIAS Y REACCIONES.....	42
• HITOS.....	43
7. EVALUACIÓN DE LOGROS DE OBJETIVOS DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE EVALUACION.....	44
7.1ANÁLISIS VÍNCULO MUSICOTERAPEUTA – USUARIO.....	50

7.2 AUTOEVALUACIÓN, Fortalezas y Debilidades.....	51
7.3 CONCLUSIONES.....	53
8. BIBLIOGRAFIA.....	55

## **1. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo describe y sistematiza la experiencia surgida del proceso de práctica de Musicoterapia realizado con una joven de 19 años diagnosticada con trastorno del espectro autista, epilepsia refractaria y un problema de relación con su entorno y que se realizó entre los meses de Octubre del 2015 a Febrero del 2016.

El motivo planteado fue principalmente la dificultad que presentaba S. para relacionarse con su entorno y las actitudes y comportamientos agresivos con que reaccionaba con regularidad.

En las siguientes páginas se describe el contexto general donde se realiza esta práctica, presentando un marco teórico basado en cuatro puntos que resultaron fundamentales para el autor y en donde se mira el vínculo como elemento fundamental en un proceso terapéutico, se aborda la relación del entorno con la discapacidad y la mirada desde el autismo hacia la sociedad que los rodea. También se observa el juego como recurso terapéutico, social y cognitivo.

Posteriormente se da cuenta de cómo la Musicoterapia se inserta en este contexto de intervención abordando conceptos de musicoterapeutas como Gustavo Gauna, Kenneth Bruscia y Rolando Benenzon entre otros cuya observación fue fundamental para plantear objetivos y definir una modalidad de acción frente al tema tratado.

En el capítulo posterior se da a conocer y se desglosa el proceso terapéutico, desde el encuadre, criterios de evaluación, etapas de una sesión hasta el análisis de las sesiones e hitos más significativos del proceso con el fin de que quien acceda a este material pueda hacerse una idea específica de los acontecimientos y metodología utilizada.

También se realiza un análisis y evaluación del proceso en relación a los logros de los objetivos planteados y resultados observados desde los criterios de evaluación que se han establecido. Una reflexión sobre el vínculo entre musicoterapeuta y usuario basada en la autocrítica con una visión honesta de las fortalezas y debilidades del terapeuta y del proceso.

Finalmente se dan a conocer las conclusiones de lo que significa realizar una intervención Musicoterapéutica en un contexto de estas características.

## 2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

### 2.1 HOGAR ALIGOMÉ

El hogar Aligomé es una casa que ofrece servicio social con alojamiento a un total de 16 usuarios quienes presentan diversos tipos de trastornos. No es un hogar con fines terapéuticos si no un lugar que ofrece albergue a los usuarios quienes mantienen sus controles médicos y atenciones en forma externa e independiente.

Fue creado el año 1991 y actualmente es dirigido por el Dr. Luis Eduardo Corvalán y asesorado por dos administradoras y siete personas en el personal de cuidado, las cuales se desempeñan en dos turnos de 9 horas cada uno.

Los usuarios son personas mayores de edad con diferentes trastornos y que reciben atención y cuidados básicos por parte del personal. La mayor parte de los usuarios recibe visita de sus familiares los fines de semana o bien ellos visitan sus hogares. Las actividades terapéuticas son pocas y muy esporádicas, al menos no fueron observadas durante la intervención. Tampoco hay un registro médico de los usuarios en términos de mantención de fichas u otro formato. La información sobre el estado de los pacientes son recabados en forma oral y mediante la observación.

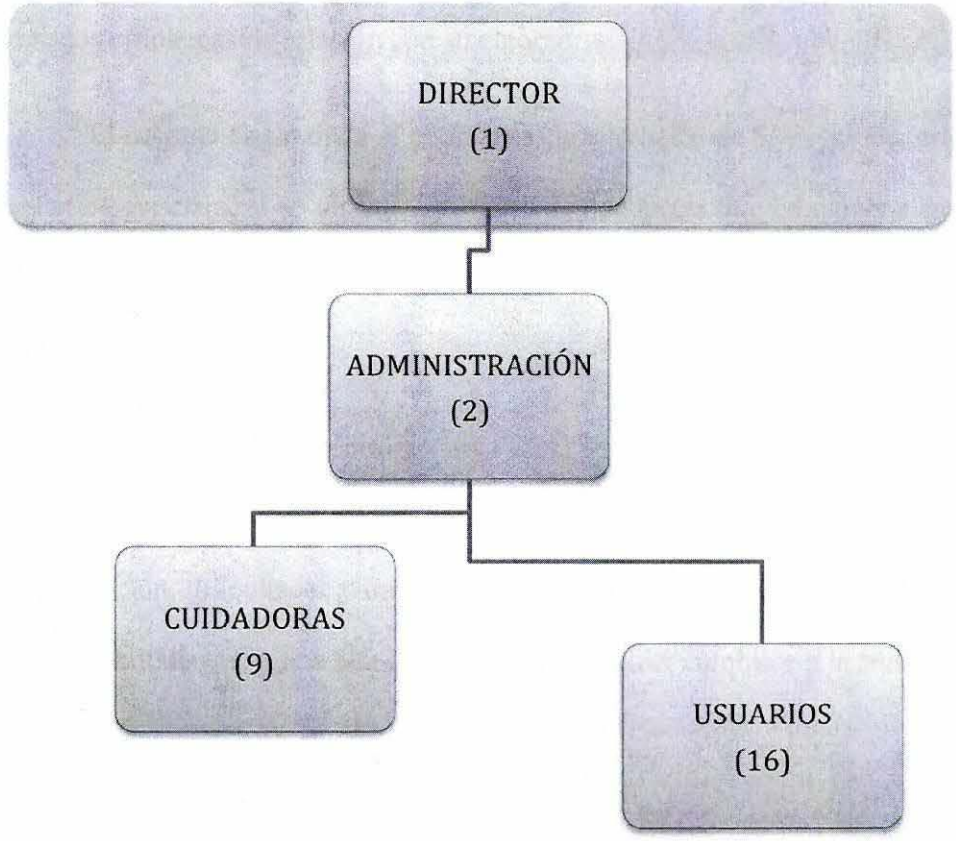
La casa esta dividida en dos partes, el primer piso en donde se encuentra la sala de estar y el dormitorio de las mujeres y el segundo piso que también tiene una sala de estar y el dormitorio



de los hombres. Hay un ante jardín y una terraza amplia y un patio en donde se ubica una sala de juegos, que también hace las veces de comedor y que fue donde realizamos las primeras sesiones de musicoterapia.

Cada usuario tiene una revisión medica periódica ofrecida por el director del hogar.

**2.2 ORGANIGRAMA DEL FUNCIONAMIENTO DEL HOGAR**



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 INTRODUCCIÓN

La intervención musicoterapéutica, base de este trabajo, esta centrada en la experiencia de S., una niña de 19 años, con síndrome del espectro autista, síntomas de epilepsia refractaria y con variados problemas de relación con su entorno.

El autismo es sin duda el rasgo más característico de S. y si bien, esta condición no tiene una etiología clara, sí se visualiza a través de conductas que en muchos casos son disruptivas y alejadas del sentir social lo que hace muy difícil incorporarse a la vida cotidiana y tiende a aislarlos.

El trastorno del espectro autista (TEA) se puede definir como un grupo de trastornos del desarrollo cerebral. Aparece en la infancia y engloba diagnósticos relacionados con déficit en la comunicación, dificultades para integrarse socialmente, una exagerada dependencia a las rutinas y hábitos cotidianos, y una alta intolerancia a cualquier cambio o a la frustración.

A partir de la publicación del DSM V, los trastornos del espectro autista han sido incluidos en una categoría mas amplia llamada “Trastornos del neurodesarrollo” (DSM V, 2014).

Las manifestaciones clínicas que se presentan en los niños autistas y que son usadas con fines diagnósticos, de acuerdo a Leo Kanner se dividen en tres:

- alteraciones en la reciprocidad de la interacción social,
- alteraciones y deficiencias en la comunicación y
- lenguaje y repertorio conductual restringido, rígido y estereotipado. ( Kanner, 1943)

Junto con entender de donde viene el autismo, el marco teórico propuesto girará en torno a cuatro temas que a su vez serán los ejes fundamentales de este trabajo y que emergieron desde la intervención musicoterapéutica y desde la reflexión al abordar el caso de S. Estos son:

- a) El Vínculo como elemento fundamental de la terapia
- b) La relación del entorno con el paciente
- c) La relación del paciente con el entorno
- d) El Juego

### 3.2 EL VÍNCULO COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DE LA TERAPIA

Para enfocarse en cualquier actividad de carácter terapéutica, es decir, que tenga su objetivo en buscar el bienestar del otro y/o movilizar sus aspectos físicos y emocionales, será necesario previamente establecer un lazo de confianza que permita la proximidad y es lo que entenderemos como la relación vincular entre el paciente y el terapeuta. Así como lo plantea John Bowlby “ ... cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido” (Bowlby, 1993).

Las teorías del apego parten de la tendencia natural de los seres humanos a formar fuertes lazos afectivos con personas determinadas. A través de contactos sucesivos con el mundo exterior y de la consecuente capacidad de respuesta o disponibilidad de las figuras de apego, el niño y luego el adulto construye modelos internos del mundo y de las personas significativas dentro de él, incluido él mismo. Estos modelos son conocidos como modelos internos activos. En estudios recientes se identificaron dos componentes dentro de los modelos internos activos: la imagen de los otros, relacionada con la evaluación de la figura de apego como alguien disponible y en quien se puede confiar, y la imagen del self, o evaluación de uno mismo como alguien que vale o no la pena y suscita, o no, el interés de los demás. (Bartholomew y Horowitz, 1991)

Ya se ha dicho que para poder desarrollar una actividad terapéutica es necesario un vínculo entre el paciente y el terapeuta, así pues en musicoterapia no es posible concebir una actividad basada en experiencias musicales sin lograr establecer una conexión entre quien es motivo de terapia y quien es el principal gestor de las experiencias.

Rolando Benenzon, psiquiatra y musicoterapeuta argentino, plantea que la musicoterapia es un proceso histórico vincular dentro de un contexto no verbal entre el terapeuta y su paciente o grupo de pacientes (Benenzon, 2000), es decir que la experiencia musicoterapéutica requiere del espacio que permita desarrollar las diferentes fases del proceso, es decir, diagnóstico, plan de trabajo, evaluación, etc. y también permita al terapeuta generar canales de confianza y validación a fin de ir reforzando el vínculo.

Keneth Bruscia también ubica al terapeuta como un elemento esencial en el proceso y que lo que le hace esencial es justamente la relación que el terapeuta desarrolla con el cliente (Bruscia, 2007) y la relación que el cliente desarrolla consigo mismo y también con su entorno. Incorpora la definición y también la orientación de la terapia, la cual esta dirigida a lograr que el cliente mejore, mantenga o restaure un estado de bienestar , ayudado por el terapeuta, usando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan por medio de estas como fuerza de cambio (Bruscia, 1988)

Establecer un vinculo es lo primero y más relevante al momento de enfrentar una intervención, así lo plantea Angel Rivière, destacado psicólogo español, especializado en autismo; él habla del tratamiento como un “proceso comprometido que trata de evitar la sentencia de soledad a la que son condenadas algunas personas por los ciegos accidentes de la biología” y humaniza la función del terapeuta poniéndolo como un profesional con un importante grado de sensibilidad frente al paciente. “La actividad terapéutica, del autismo o de cualquier otra fuente del sufrimiento humano, sólo tiene sentido desde el momento en que, en tanto que humanos, sentimos que nada de lo humano nos es ajeno. Es esa intersubjetividad la que nos impide aceptar con indiferencia el sufrimiento humano o la soledad autista. Y en tanto que es ella la fuente de nuestros esfuerzos y reflexiones, nos obliga a asumir que lo que queremos cambiar es

la experiencia interna de la persona autista. No sólo su maquinaria biológica ni, menos aún, sólo sus meros síntomas comportamentales.” (Rivière, 2001)

### **3.3 EL PACIENTE FRENTE AL ENTORNO**

#### **La mirada desde el Trastorno del Espectro Autista**

La discapacidad intelectual o física conlleva una mirada social que es mas bien generalizada, al menos en las sociedades occidentales, pero ir a la percepción de quien es considerado discapacitado o presenta habilidades diferentes frente a la sociedad en la que se desenvuelve es un ejercicio que requiere del doble de esfuerzo, empatía y sensibilidad. Hablaremos sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en lo particular, pues la experiencia de intervención musicoterapéutica se hizo con S. Quien sufre de autismo como rasgo principal de su personalidad.

El como una persona con autismo percibe el mundo es muy complejo, así como este trastorno también su impacto en el entorno inmediato, su familia, y lo que luego se extiende a toda la sociedad. Cruixat explica que el nivel de estrés al que es sometida la familia de un niño con autismo es tremendamente alta y en muchos casos podría explicar el rompimiento de la

estructura familiar (Cruxat,1991). Incluso el estudio observa las diferencias entre el padre y la madre.

La familia puede ser considerada como un sistema en constante transformación y que se adapta a las diferentes exigencias de los diferentes estadios por los que atraviesa con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a quienes la componen (Minuchin, 1977). Por esto la persona con TEA produce una gran disfunción en el seno familiar y es algo que quien posee el síndrome puede llegar a percibir perfectamente.

Un equipo de especialistas del Hospital General de Massachusetts y del Instituto Tecnológico de Massachusetts liderado por el científico Pawan Sinha propusieron la teoría de que la persona con autismo tiene mermada la posibilidad de anticipar y predecir situaciones y acciones de otras personas. Desde la perspectiva del niño autista, el mundo parece ser un lugar desordenado en vez de ordenado, porque los sucesos parecen ocurrir de forma aleatoria e impredecible. Bajo esta visión, los síntomas del autismo, como el comportamiento repetitivo, y una insistencia en disponer de un entorno altamente estructurado, son estrategias para ayudarse a enfrentar un mundo impredecible.

Esta misma incapacidad de predecir explicaría la alta sensibilidad a los estímulos sensoriales que son capaces de desarrollar.

Los niños autistas tienen también a menudo una capacidad reducida para entender los pensamientos, sentimientos y motivaciones de otras personas, una habilidad conocida como “Teoría de la Mente”. Los autores del nuevo estudio creen que esto podría resultar en una ausencia de capacidad para predecir el comportamiento de otra persona basándose en interacciones pasadas. Las personas con autismo tienen dificultades al usar este tipo de contexto,

y tienden a interpretar el comportamiento basándose solo en lo que está pasando en aquel preciso momento.( <http://noticiasdelaciencia.com/>,2016)

Ser autista significa tener un cerebro que esta conectado de manera diferente, y eso puede hacer que alguien vea y sienta el mundo de manera diferente. A veces todo es abrumador, es como si todos los sentidos estuviesen disparados al mismo tiempo, como si no hubiera filtro, abarcando demasiada información. Esto hace que a veces la persona tenga más habilidad en alguna cosa o que algo que en general las personas consideran fácil sea de una dificultad inimaginable (autism.org.uk)

En el aspecto social, sabemos que esta sociedad funciona más bien desde lo asistencialista que desde lo inclusivo por tanto podemos entender que una persona con sensibilidades distintas se sienta amenazada e insegura frente a los estímulos sociales. Esto lleva muchas veces a tener conductas desafiantes, a autoagredirse o agredir a otros.

### **3.4 CONDUCTAS AGRESIVAS ASOCIADAS AL TEA**

Dentro de los orígenes de las conductas agresivas en los Trastornos del Espectro del Autismo hay tres grandes bloques, aunque no únicos, los cuales a su vez se pueden subdividir en otros, y de la misma forma, pueden estar combinados entre sí, o ser independientes.. Siendo por tanto las causas más habituales de origen o detonantes de este tipo de conductas los siguientes: Trastorno del procesamiento sensorial , problemas de comunicación y problemas de conducta. En



muchos casos unos pueden alimentar a otros, con lo cual nos encontraremos que cada caso puede ser único y requerir de una intervención y análisis específico. (Comim, 2014)

En lo relativo a lo sensorial, podemos encontrar que aspectos como sonidos determinados, luces, colores, etc., pueden producir una situación de rechazo total, percibiéndolo como algo agresivo y por tanto puede provocar respuestas conductuales totalmente inadecuadas y agresivas.

Con respecto a la comunicación, si está alterada, el proceso de aprendizaje puede verse seriamente comprometido, y por tanto las conductas que se den pueden ser inadecuadas y el niño no va a entender el motivo del porqué debe comportarse de una determinada forma.

Otro aspecto está relacionada en cómo comprenden las cosas, ya que aquí la casi nula tolerancia a la frustración que presentan en general, puede ser detonante de una conducta potencialmente agresiva.

Los problemas puramente conductuales, pueden estar muy arraigados, en muchos casos, y sobre todo a partir de los 8 o 9 años de edad, son aspectos de conducta que se han afianzado y que requerirán de mucho trabajo para poder corregir.

### 3.5 EL ENTORNO FRENTE AL PACIENTE,

#### Una mirada a la discapacidad

Por lo general, cuando se piensa en las personas con discapacidad se piensa sólo en el tipo de discapacidad que la convierte en diferente, y se construye una generalización global a partir de ese elemento concreto, sin tener en cuenta las demás características, circunstancias y cualidades de la persona. Cuando se piensa así, es fácil olvidar que cada ciudadano tiene el mismo valor y los mismos derechos que los demás.

Como dice Erving Goffman, “la discapacidad no tiene que ver con enfermedad, retardo, parálisis, etc. Tiene que ver con sociedades que no siendo perfectas han creado un concepto de perfección y normalidad acreditado al sector que tiene poder:”(Castro Alegret, 1999).

Entendido así, podemos ver que la sociedad como constructo ha ido elaborando diferentes espacios en donde ubica a sus miembros de acuerdo a ciertos canones que emergen de sus propias necesidades de funcionamiento. En esto la inclusión es un elemento central para las personas con discapacidad en una sociedad organizada, y no siempre las políticas van en esa dirección. Como plantea el profesor británico Len Barton “Los cursos sobre educación inclusiva estaban basados en la absoluta convicción de que las políticas y prácticas educativas actuales no son adecuadas, puesto que están profundamente enraizadas en desigualdades intrínsecas dentro de la sociedad en general. Estas desigualdades no son hechos naturales, inevitables o inalterables” (Barton, 1998)

Mike Oliver, destacado académico británico y discapacitado, lleva la discusión un peldaño más arriba, sosteniendo que “es la sociedad la que incapacita físicamente a las personas

con deficiencias. La discapacidad es algo que se impone a nuestras deficiencias por la forma en que se nos aísla y excluye innecesariamente de la participación plena en la sociedad. Por tanto, los discapacitados constituyen un grupo oprimido de la sociedad".(Oliver, 1976)

No es intención del autor desarrollar una discusión sociológica sobre la discapacidad, pero es evidente la necesidad de plantarse desde un lugar claro y común para entender el por qué la sociedad reacciona de una manera frente al comportamiento de quien es diferente. Cada sociedad plantea el derecho a la diversidad de acuerdo a sus propios cánones, en la sociedad occidental la representación de la discapacidad tiene que ver con la ayuda y el asistencialismo fundamentalmente, En países como Chile la discapacidad, que alcanza a más de dos millones de personas, muestra que solo una de cada diez personas tiene acceso real a la rehabilitación (senadis, 2013).

Frente a estas realidades cabe preguntarse por que y como se deber abordar la discapacidad. Históricamente las sociedades han desarrollado modelos para conceptualizar la discapacidad. Agustina Palacios, académica española, las divide en tres:

Modelo de la Prescindencia ( No participación) el que subdivide en dos

- a) Eugenésico
- b) Marginación
- c) Modelo de la Rchabilitación

En el primero la sociedad desecha al que es diferente o discapacitado al no encontrarle utilidad, además de entregarle una connotación religiosa o de castigo divino a dicha discapacidad.

En el segundo, la sociedad le reconoce el derecho a reinsertarse amén de los avances tecnológicos y científicos. (Palacios, 2007)

Con una mirada amplia podemos explicarnos de alguna manera por que el entorno se comporta de una determinada manera frente al actuar de quien es discapacitado o tiene habilidades diferentes , tratando de alinearlo en una conducta determinada y con respuestas a los diferentes estímulos y que sean aprobadas por el común de la gente.

### 3.6 EL JUEGO

Hay diversas teorías que intentan explicar el por que del juego y como las personas lo usan a menudo. Desde Piaget quien plantea en “La formación del símbolo en el niño” que el juego tiene en si una función simbólica que permite a la persona enfrentarse a una realidad imaginaria que por una parte tiene relación con la realidad efectiva pero por otra, se aleja de ella.

Esta dominado por la asimilación , un proceso mental por el que las personas adaptan y transforman la realidad externa en función de sus propias motivaciones y de su mundo interno (Piaget, 1973). El jugar implica entonces el desarrollo de la capacidad de crear, de exponer el mundo interno, en definitiva, de abrir espacios de comunicación.

Winnicott mira el juego como un elemento que va más allá de lo cognitivo y establece que la psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo. (Winnicott, 1971, pág 40)

Esta mirada es particularmente atingente a nuestro trabajo de intervención pues el juego es un recurso en si mismo que permite reorientar una conducta, permite entrar en una zona que siempre será novedosa y atractiva.

El juego como elemento simbólico y social, como asunción de roles frente a los que la persona va tomando una perspectiva distinta asociada al personaje que va desarrollando. Generando un proceso de acción y reacción donde la respuesta de sus interlocutores le va ayudando a crear una percepción de si mismo y de los otros (Mead, 1973).

#### **4. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPEUTICO**

##### **4.1 MUSICOTERAPIA Y ARTE,**

Hans- Georg Gadamer

La musicoterapia es la primera técnica de acercamiento al niño autista que permite la apertura de canales de comunicación (Benezon, 2011)

Bajo esta mirada podemos creer que el arte y la música nos permiten abrir espacios que de otra manera se mantienen cerrados. Y aquí podemos citar a Hans- Georg Gadamer quien plantea en su trabajo “La actualidad de lo bello”, (Gadamer, 1991) una posición del arte el cual desde el punto de vista antropológico se instaló en tres instancias: primera la instancia del juego

entendiendo que el juego es un espacio compartido, que deja hacer al uno como al otro, como aventura perceptiva que se sabe donde comienza pero no donde termina, como una instancia de propuestas y contrapropuestas.

La segunda instancia es la del arte como un símbolo, en el sentido que el símbolo es algo que muestra, pero también oculta, es el movimiento de descubrir y de ocultar, insinuación de lo posible, el símbolo como aquello que no puede todavía, pero que de alguna manera puedo comprender que está ahí y que hay que buscarlo. El símbolo como anticipación y proyecto. La idea de la función anticipatoria del arte, es una idea que hace años está dando vueltas (Gauna, 2016)

Y la tercera instancia es la de la fiesta, como una manifestación democratizadora, a la cual todos pueden acceder. Es la representación misma de la comunidad y que suprime las diferencias.

Entonces entendemos que el arte y la música como expresión artística, posee cualidades que nos permiten llegar a estados de conciencia y a lugares en la mente que de otra forma no sería posible.

El arte también nos permite establecer estrategias para abordar la problemática comunicacional del niño autista, como el concepto de juego para desviar la atención o abordar manifestaciones agresivas, la música como puerta de entrada para una intervención, y el movimiento como forma de desestructurar lo que de por sí puede ser muy rígido.

## 4.2 EXPRESIVIDAD, NUCLEOS DE SALUD Y ESTÉTICA.

Gustavo Gauna

Gustavo Gauna afirma que la personalidad expresiva es aquella característica particular, personal, definida, que cada sujeto posee y utiliza consciente o inconscientemente, es un modelo identificable del conjunto de permanencias de la expresividad en la persona, diferenciando los objetos internos con los objetos y sujetos externos, estas permanencias además se estructuran en elementos propios del lenguaje musical, como las duraciones, cadencias, alturas, entre otras (Gauna1996). Todos los procesos de musicoterapia tienen como objetivo ir enriqueciendo la personalidad expresiva, por lo tanto, una de las tareas del musicoterapeuta es aprender el modelo de la personalidad expresiva de la persona.

Los núcleos enfermos en la patología restringen la personalidad expresiva, por lo que el musicoterapeuta debe movilizar tanto lo psíquico como lo corporal, musical, rítmico y lo sonoro en la persona, es decir, movilizar la emotividad. Así, como plantea Gauna, se desarrolla “un progresivo despliegue de actitudes que involucran el esfuerzo intelectual y las lógicas estructurantes de un discurso que, desde su inicio apunta al propio reflejo y, en este sentido, a la propia salud y bienestar” (Gauna, 2008).

El autor plantea el concepto de “discurso estético” el cual tiene su soporte en el tiempo-espacio de la improvisación libre y le permite al paciente reconocerlo y modificarlo. Basándonos en esto, el rol del musicoterapeuta es acompañar la creación del discurso estético y rescatar el instante donde se da la tensión creativa. Gauna destaca que el arte es un espacio que permite al individuo salir de lo reiterativo y generar nuevas oportunidades. Su forma de enfrentar el

pensamiento estético es “que aquello que esta estático, está enfermo y lo estético propende a la salud” (Gauna, 2008). Podríamos decir que el desarrollar núcleos sanos por medio de la música y el trabajo terapéutico grupal es estético, ya que propende a la salud de las personas y el mantener factores de riesgos genera enfermedad, por lo tanto es planteamiento estático.

### 4.3 EL OBJETO INTERMEDIARIO Y LO NO VERBAL

Rolando Benenzon

Para Benenzon, el principio del objeto intermediario consiste en un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre el paciente mediante la relación, sin desencadenar estados de alarma intensos. Es todo elemento que favorece el pasaje de las energías corpóreo sonoro musicales con la intencionalidad de comunicación de un ser humano a otro. (Benenzon, 1998)

En este sentido, el objeto intermediario no es otra cosa que aquello a través de lo cual se establece la relación, el vínculo. Por ejemplo la voz, los instrumentos, la música grabada, etc.)

Se establece un vínculo con el terapeuta utilizando como mediador el contexto no verbal, que no son solo sonidos o música sino también movimientos, gestos, olor, temperatura o sensaciones táctiles.

En ese vínculo lo importante es todo el cuerpo, no solo el oído y la piel, sino todos los fenómenos perceptivos que posee el cuerpo.



Lo no verbal aparece entonces como una herramienta para el musicoterapeuta, un lenguaje no amenazante y que permite abrir canales de comunicación.

## **5. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO**

El proceso se inició en Septiembre del año 2015 en el hogar Aligomé, ubicado en la calle Luis Pereira N° 1500, comuna de Ñuñoa, con una reunión de coordinación entre la administradora, el alumno en practica y el profesor a cargo de la supervisión.

Se estableció el espacio que se usaría para las sesiones y también quienes de los usuarios internos participarían del proceso. Es así como la administradora sugirió el caso de S, quien había mostrado varios conflictos en la relación con sus compañeros.

### **5.1 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA**

En un principio se busco información adicional para el caso, sin embargo solo se obtuvo de forma verbal por las distintas personas que convivían con S, especialmente sus cuidadoras.

Al observarla en las primeras sesiones, se percibió una alta rigidez en su comportamiento y una tendencia a mostrar cierta agresividad. También que no se encontraba muy cómoda y que en general los instrumentos no le parecían mayormente atractivos.

Fueron sesiones de corta duración pues tendía a salir de la sala y llevar al terapeuta hacia la puerta que daba a la calle. Esto llevó a indagar un poco más en su comportamiento y sus rutinas, y lo que se explicó fue que el padre la pasaba a buscar los días sábados por lo que era muy probable que estuviera buscando acercarse a la puerta de salida con esa intención. No se descartó la posibilidad de que ella hiciera un paralelo entre la figura de su padre y la figura del terapeuta.

Fue en la tercera sesión, cuando después de querer dejar la sala, se logra reconocer una melodía que ella estaba cantando y reiterando. Al cantarla el terapeuta y acompañarla con la guitarra, ella muestra entusiasmo y se dedica a cantarla con el terapeuta. Fue la primera reacción frente a un estímulo musical que ella mostró y que se convertiría posteriormente en el ancla del trabajo a desarrollar.

En conversaciones con sus cuidadoras, se logran incorporar dos canciones más al repertorio que S reconoce, estableciéndose un total de 3 canciones que serán las que permitirán ir estructurando las sesiones y creando un vínculo de confianza.

Otro de los elementos que evidenció el proceso de diagnóstico fue el aspecto vincular que S tenía con su entorno, en donde había una gran necesidad de mantener todo bajo control y con una estructura definida y que no se alterara (rasgo muy propio de quien tiene el trastorno del espectro autista) pues cualquier movimiento se transformaba en un indicador de amenaza lo que la alteraba y descompensaba. También en las sesiones se mostraba ansiosa y con permanentes ecolalias.

También llamaba la atención el como su entorno se relacionaba con S, sus cuidadoras mostraban calidez pero también mucha firmeza en su trato, sus compañeros mostraban en general

poco interés, e incluso poca aceptación de S producto de sus reacciones agresivas con ellos. Vale la pena considerar entonces esta variable como un elemento importante en las reacciones que S mostraba en las sesiones.

## **5.2 OBJETIVOS**

A la luz de lo observado en el proceso de diagnóstico, se plantearon los siguientes objetivos:

### **5.2.1 Objetivo General**

- Favorecer la expresión emocional y facilitar una mejor interacción con su entorno a través de la reducción de conductas desafiantes y agresivas, potenciando la capacidad de interacción y de disfrute.

### **5.2.2 Objetivos específicos**

- Fortalecer el vínculo con el terapeuta
- Facilitar la interacción a través de actividades que se basen fundamentalmente en lo no verbal y lenguaje corporal.
- Favorecer los cambios de conducta a través del juego
- Aumentar la permanencia en la interacción

### **5.3 CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Para evaluar el proceso se usaron diferentes herramientas que permitieron el análisis del proceso y el cumplimiento de los objetivos planteados. Una herramienta fundamental fue la grabación de las sesiones, lo que permitió analizar los cambios y replantear algunas actividades a la luz de sus resultados inmediatos.

También la comunicación constante con las administradoras y cuidadoras del hogar, quienes entregaban una visión del proceso que permitía evaluarlo desde una mirada externa.

Los parámetros observados fueron la Interacción, el lenguaje no verbal y la relación con el terapeuta.

### **5.4 METODOLOGÍA DE TRABAJO**

Para desarrollar las sesiones se diseñó una grabación de las tres canciones que para S eran reconocibles, “Vamos a Jugar”, del grupo Mazapán, “Pin Pon es un muñeco” en la versión de Jorge Guerra y “Los tres chanchitos” del folklore popular. Se desarrolló una pista en el programa Logic Pro X y se puso en modo loop, de esta forma las tres canciones estaban permanentemente sonando y era la forma de invitar a S a incorporarse a la sesión.

Luego mientras la música sonaba, se desarrollaba una actividad que involucraba principalmente lenguaje corporal y juego, o interacción con instrumentos. El final de la sesión requería hacer desaparecer la música editada por lo que se diseñó una forma manual de bajar gradualmente el volumen a fin de que fuese lo menos amenazante y disruptivo para S.

También se contaba con un setting de instrumentos aportados en su totalidad por el practicante y que consistía en:

1 Djembe

2 Sonajas

1 Triángulo

1 Pandero

1 Pandereta

3 Kalimbas

2 Huevitos

1 Guitarra acústica

1 Metalófono cromático

2 pares de maracas

1 Huiro

2 pares de claves

1 Toc toc

2 Flautas Contralto

## 5.5 ENCUADRE MUSICOTERAPÉUTICO

Entendemos el encuadre como aquello que será estable y dará estabilidad a la intervención, es el primer paso que debe dar un Musicoterapeuta antes de comenzar un proceso con el fin de favorecer el trabajo. Nada de lo ocurre dentro de este encuadre será de forma aleatoria o casual, y estará netamente controlado por el Musicoterapeuta (Ferrari,2013).

Pero también consideramos el concepto de encuadre interno, que entre otras propiedades rescata la espontaneidad y creatividad en un proceso de intervención, en donde lo intuitivo tiene mucha importancia ( Alizade, 1982).

El espacio en donde se desarrollaban las sesiones era una sala que hacia las veces de comedor. S era acompañada a la sala por una de las asistentes, o era el terapeuta quien la conducía. En la sala había mesas en donde se desplegaba el setting de instrumentos y el computador el cual hacia las veces de reproductor de audio y grabador de la sesión como se puede apreciar en la figura 1.

Debido a un cambio de horarios, se hizo necesario cambiar el encuadre de las sesiones, pasando a usar un espacio ubicado en el dormitorio de los varones en donde había una pequeña sala de estar, lugar escogido para desarrollar las sesiones. Así se grafica en la figura 2.



Fig.1 Primer encuadre. Disposición del set de instrumentos



Fig.2 Segundo encuadre. Djembe como instrumento intermediario

## 5.6 PERIODICIDAD Y DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La intervención se realizó entre fines de Septiembre de 2015 y Febrero de 2016, constó de 16 sesiones distribuidas en sesiones individuales los días Miércoles a las 11:00 hrs. luego se agregó una segunda sesión los días viernes a las 11:00 hrs. pues se concluyó que era necesario tener sesiones mas cercanas en el tiempo para ir acercándose de mejor forma a los objetivos planteados. Hay que considerar también que algunas semanas las sesiones no se pudieron realizar



en las fechas acordadas por diferentes situaciones que se produjeron en la casa, y por coincidir con algunos feriados.

A partir del tercer mes, se debió cambiar el horario de las atenciones a los días miércoles de 16:00 a 17:00 hrs y el viernes de 15:30 a 16:30 hrs. lo que también significó readecuar el encuadre en el que se estaba desarrollando la intervención pues la sala que se usaba no estaba disponible en los nuevos horarios. Las sesiones se trasladaron al dormitorio de los hombres ubicado en el segundo piso, puntualmente en la sala de estar como se aprecia en la Fig. 2. A pesar del cambio, el proceso no tuvo variaciones sustanciales en cuanto a su funcionamiento.

## **6. DESARROLLO DEL PROCESO**

El proceso terapéutico para efectos de su análisis y descripción se dividió en 3 etapas usando como criterio los diferentes procesos que se dieron en la intervención. Estas son inicio, desarrollo y cierre. La etapa de inicio fue realizada en 4 sesiones, el desarrollo duró 8 sesiones y el cierre se hizo en 3 sesiones. Por otro lado, el análisis cada etapa se dividió en:

- a) Objetivos de la etapa
- b) Estrategias y reacciones
- c) Hitos

Estos elementos observados en perspectiva permiten visualizar el objetivo central de la intervención y si se cumplió o no.

## **6.1 ETAPA DE INICIO**

Kenneth Bruscia (2007) define esta etapa como “parte del proceso terapéutico en el cual se involucra y observa al cliente en diversas experiencias musicales con el fin de comprenderlo mejor como persona, y para identificar cuáles son los problemas, necesidades y preocupaciones que el cliente lleva a la terapia”. Gustavo Gauna (2009) propone como parte fundamental de este proceso el generar un espacio para dos o vínculo con la persona y apoyar la expresividad de esta sonoramente.

Antes de comenzar la intervención, se consideró muy relevante poner al tanto a las personas a cargo del cuidado de S de cómo funcionarían las sesiones y cual sería el encuadre. De esta manera podríamos apuntar a un fluido y beneficioso proceso musicoterapéutico y a una relación más informada con el entorno de S.

Durante esta etapa se inició la aproximación a las necesidades de S. En los primeros contactos y conversaciones con las cuidadoras y administradoras del hogar, se mencionaron algunas expectativas relacionadas a la relación con su entorno. Esto permitió orientar el planteamiento de los primeros objetivos que guiaron esta parte del proceso musicoterapéutico.

- **OBJETIVOS DE LA ETAPA:**

En esta etapa los principales objetivos de la intervención fueron conocer los rasgos psicológicos, musicalidad, expresividad, corporalidad, historia de vida de S y generar un inicio de vínculo entre el terapeuta y ella.

- **ESTRATEGIAS Y REACCIONES:**

El primer encuentro fue muy interesante con S, pues por los antecedentes manejados, ella era de conductas rígidas y agresivas, propias de jóvenes con trastorno del espectro autista. Se propuso entonces iniciar los encuentros con una canción de bienvenida, creada por el terapeuta y cantada acompañado de la guitarra, y una muestra de los instrumentos. Su reacción fue de bastante ansiedad y solicitaba con insistencia dejar la sala jalando la mano del terapeuta e indicando la puerta. El sentirse vulnerable frente a una actividad desconocida hacia esperable una reacción de fuga y también de cierta agresividad, sabemos que una de las razones de la actitud agresiva de los jóvenes con autismo viene de lo sensorial y que cualquier situación ajena a sus rutinas pueden ser interpretadas como amenazantes (Comim, 2014).

Consiente de este punto, se buscó observar y no forzar ninguna situación. Las ecolalias aparecieron rápidamente en el primer encuentro, “quiero agua”, “quiero chocolate” fueron las primeras que se pudieron identificar. Los niños autistas suelen usar las ecolalias con fines

cómmunicativos, aunque las frases carezcan de sentido o estén fuera de un cierto contexto para quien la escucha. En el caso de S, el usar estas ecolalias buscaba transmitir al terapeuta cierta inseguridad y ansiedad. Su tono muscular también era muy tenso y estaba permanentemente haciendo fuerzas contra las manos del terapeuta, como si quisiera empujar.

Se hizo evidente la necesidad de un objeto intermediario que permitiera ir generando el vínculo necesario, esto es, encontrar un elemento que se presentara como no agresivo ni demasiado invasivo. Sabemos que este objeto puede permitirnos establecer la relación, el vínculo (Benezon, 1998) usando como mediador el lenguaje no verbal que en el caso de S se evidenciaba en su disposición corporal y su tonalidad muscular.

Al finalizar la sesión, S emitió algunos sonidos similares a una canción del grupo “Mazapan” lo que permitió al terapeuta poder seguirla con la guitarra y hacer conexión a través de la melodía. S reacciono con entusiasmo y se quedó un rato junto al terapeuta cantando la canción.

Se pensó que una buena forma de iniciar las sesiones era poniendo la canción grabada y así, mientras sonaba, el terapeuta podía ir a buscar a S e incorporarla al encuadre.

Esto además generaba un ambiente de mayor confianza y S se incorporaba al encuadre sin mayores dificultades, disfrutaba de las canciones mientras el terapeuta las cantaba junto con la grabación.

Durante la segunda sesión surgieron las otras dos canciones que generarían la secuencia de temas a usar, “Pin Pon es un muñeco” y “Los tres chanchitos”, las cuales generaban entusiasmo en S y le gustaba cantarlas. Son canciones que cantaba con sus cuidadoras lo que le

daba una sensación de confianza y familiaridad y también de alguna forma le permitía incorporar al terapeuta en su mundo.

La rigidez y estructuración de conducta que S presentaba se hizo visible en la dificultad que generó el terminar las sesiones y puntualmente, dejar de reproducir las canciones grabadas. Era algo que la alteraba mucho y que la ponía agresiva y en actitudes desafiantes. Esto sucede porque el niño o joven con autismo tiene una visión muy estructurada de las cosas y cualquier alteración del “cuadro” que se ha formado en su mente, aparece como amenazante y los llena de miedos. Los primeros cierres de sesión fueron complicados por esta razón. Lo que se hizo fue buscar la forma de ir sacando poco a poco la música grabada mientras se le proponían otras actividades. A partir de la cuarta sesión se experimentó con esta modalidad de incorporar y sacar la música envasada. La reacción fue de ansiedad al dejar de escuchar la grabación y falta de interés frente a actividades donde participaran más instrumentos. Del setting de instrumentos a disposición, solo el Djembe pareció llamar su atención.

- **HITOS**

El descubrimiento de canciones que le eran familiares fue un hito importante en esta etapa del proceso pues permitió abrir un conducto de comunicación y mover el mundo interno que S tenía. Dio también pie para incorporar algunos recursos como el introducir o sacar la música grabada dentro de la sesión y medir cuanto servía.

También un episodio de una pequeña agresión al terapeuta dio cuenta de la forma en que S se manejaba frente a situaciones que podían ser frustrantes para ella, como el hecho de no lograr abandonar la sesión cuando quería o no poder seguir oyendo la música grabada. Esta actitud era una forma de autodefensa que se motivaba en la imposibilidad de conseguir lo que deseaba, muy propio del comportamiento de los niños con autismo, como ya se ha comentado con largueza. Los comentarios de quienes cuidaban a S era justamente que estas reacciones agresivas se daban principalmente con sus compañeros pero no con quienes ejercían cierta autoridad sobre ella o al menos como ella los percibía.

Desde esta posición, resultó interesante proponer una actitud terapéutica desde la contención y aceptación, ofreciendo un espacio que permitiera acercarnos al objetivo de esta etapa que básicamente era lograr y afianzar el vínculo. Como ejemplo de esto, en la cuarta sesión, después de iniciar la sesión con la música grabada, S quiso salir de la sala y condujo al terapeuta a una llave de agua ubicada en el patio, ahí se ubicó en cuclillas y con las manos tomadas del terapeuta. Así estuvieron largo rato, el terapeuta invitándola a moverse y ella sosteniendo con fuerza las manos del terapeuta. Finalmente ella decidió salir de ahí y la sesión se terminó. El comentario de quienes los vieron en el patio era “pobre tío, como lo manipula”, sin embargo, la idea era justamente que S se sintiera aceptada, acogida y a partir de ahí apuntar al objetivo.

## 6.2 ETAPA DE DESARROLLO

- **OBJETIVOS DE LA ETAPA**

La etapa de desarrollo fue la etapa más larga del proceso comprendiendo un total de 8 sesiones. Las actividades que se realizaron fueron con el objetivo de promover la confianza ofreciendo un espacio donde S pudiese desarrollar su personalidad expresiva de la mejor manera y crear un espacio seguro donde desenvolverse a través del juego. Los elementos a observar fueron la corporalidad, tonalidad muscular y evolución del vínculo con el terapeuta.

- **ESTRATEGIAS Y REACCIONES:**

Como plantea Winnicott (1971), en lo psicoterapéutico, el juego es llevar al paciente a una zona en la cual ambos puedan jugar, más allá de lo cognitivo, en el caso de S, incorporar movimientos, sonidos y golpes al Djembe con la intención de jugar permiten llevarla de un estado de alteración a un estado de mayor tranquilidad. Entonces, el recurso del juego se incorpora a la sesión como elemento en sí mismo y no necesariamente como un emergente espontaneo que se da de vez en cuando. La respuesta de S a esta forma de actuar es al principio poco comprometida, no participando y manteniendo una distancia, pero como el mismo Winnicott plantea, es función del terapeuta llevar al paciente de la zona en que no puede jugar a

una en que si lo pueda hacer.

En esta etapa, S empieza a mostrar algunos cambios significativos, uno de los cuales es el mantenerse más tiempo en la interacción con el terapeuta. Esto significa que S lograba tener espacios más amplios de tranquilidad dentro de la sesión involucrándose más, aunque en forma espaciada, en las actividades propuestas. Paulatinamente el vínculo se ha ido fortaleciendo y las reacciones agresivas han ido dando paso a reacciones de mayor aceptación.

En cuanto al lenguaje corporal, también durante esta etapa se logra la separación del terapeuta en términos físicos, esto es, el tener las manos del terapeuta constantemente tomadas y afianzadas con fuerza como muestra de temor y de inseguridad deja de ser una constante y empieza a darse en forma más esporádica dentro de las sesiones. Empieza a seguir algunas instrucciones simples como sentarse frente al terapeuta, tocar el Djembe, o moverse al ritmo de la música con ayuda. Todos estos elementos que emergen en esta etapa dan cuenta fundamentalmente del afianzamiento inequívoco del vínculo, ligado a la confianza y al afecto que se empieza a cultivar.

La música grabada siguió estando presente en el inicio de las sesiones, pero para cerrar se empezó a usar una canción de despedida y a anticipar el término de la sesión con el uso del Djembe. Esto para tratar de mejorar los cierres que se hacían difíciles para S y que en general le costaba mucho aceptar. Esto tiene una explicación en que el espacio ofrecido era ante todo de confianza y aceptación, lo que para ella era muy relevante.

Cabe destacar que durante esta etapa también hubieron situaciones que parecieron mostrar un retroceso en el proceso vincular con S. Como en la ocasión en que no quiso ir al encuadre e insistió en llevar al terapeuta al pasillo del primer piso, subiendo y bajando la escalera varias



veces. Sabemos que lo sensorial puede ser desencadenante de actitudes desafiantes en niños y jóvenes autistas y si no hay lenguaje comprensivo, es muy difícil anticipar este tipo de situaciones. La calidez y aceptación son actitudes que los niños pueden percibir, pues tienen una alta sensibilidad a los estímulos sensoriales.

- **HITOS**

Quisiera destacar dos hitos importantes en esta etapa, primero la incorporación del juego que permite ir dando un giro a las reacciones de S y luego el Djembe como objeto intermediario, que permite ir dando mayor amplitud de acción que sólo la música grabada. Podemos graficar lo mencionado con lo ocurrido en la quinta sesión al ir reduciendo el volumen de la música grabada, S se puso muy ansiosa e insistía en volver a escuchar la grabación, el terapeuta tomó el Djembe y corrió por la sala lo que hizo que ella tratara de atraparlo. Esta reacción a ella le generó risa y provocó cierta distensión en el ambiente. Sin duda fue algo que le ayudó a cambiar su percepción de la sesión y para el terapeuta hay una validación del recurso del juego como actividad y muestra que puede ser efectivo frente a situaciones que pueden tornarse complejas.

Alrededor de la octava sesión, el terapeuta propuso tocar el Djembe como un juego de imitación y empezó a percutir una serie de células rítmicas simples. S entonces empezó a repetir lo propuesto por el terapeuta, lo que duró un rato largo. Esto puede dar cuenta que el proceso comunicativo no verbal se estaba dando sus frutos, por un lado había claridad en el mensaje y por otro había una evolución en la rigidez que S había mostrado en el inicio de la intervención.

### **6.3 ETAPA DE CIERRE**

- **OBJETIVOS DE LA ETAPA**

En esta etapa el terapeuta prepara el cierre del proceso musicoterapéutico. Para dar un adecuado cierre se realizaron un total de 3 sesiones. Los principales objetivos de esta etapa fueron favorecer la comprensión del fin del proceso musicoterapéutico, buscando dejar algún elemento de ayuda en S, intensificar las actividades tendientes a fortalecer el vínculo y a dejar claro que el proceso llegaría a su final. También despedirse de forma simbólica realizando una improvisación o un juego de improvisación.

- **ESTRATEGIAS Y REACCIONES:**

Esta etapa del proceso se hizo difícil de abordar pues hubieron algunas sesiones previas que debieron ser suspendidas por periodos de vacaciones o de actividades en el hogar. La sensación desde el comienzo de esta etapa fue de que el cierre se veía como un poco abrupto y que se requeriría más tiempo para poder hacerlo de mejor manera. S daba muestras de entrar en la dinámica propuesta en los objetivos de la intervención y de afianzar su vínculo con el terapeuta, lo que dificultaba el cerrar el proceso. Pero por otro lado se sabía que sería un proceso corto y acotado en el tiempo.

Para esta etapa, se pensó en alrededor de tres sesiones en donde se fuese preparando el cierre. Lo primero fue mencionar directamente a S que el proceso se cerraría pronto y que sería muy bonito poder interactuar hasta el final. Como lenguaje no verbal se busco seguir en la senda del juego, usando movimientos y baile para mantener a S dentro del encuadre.

Ella no pareció tomar conciencia clara del proceso final y las sesiones se mantuvieron dentro de la misma dinámica. Ya eran sesiones bastante más largas, con espacios de interacción y juegos. El cierre siempre encerró cierta dificultad pues era difícil para ella dejar el espacio, pero se lograba de mejor manera.

La ultima sesión fue especial pues tuvimos un largo rato de interacción con el Djembe y al final ella sola dejó la sesión, como intuyendo que sería la ultima vez que estaríamos juntos. Comenzó como de costumbre con música grabada y luego se dio espacio para proponer una actividad de interacción. Fue interesante desde el punto de vista terapéutico el que S estuviese particularmente tranquila en esta sesión y que luego de interactuar decidiera dejar la sesión sin mayores complicaciones.

- **HITOS**

La ultima sesión encerró un hito importante de destacar en la intervención y fue la actitud mostrada por S frente al término del proceso. No es posible saber cuan importante fue esta etapa para ella pero la reacción final se puede leer como el corolario para una intervención que encerró una serie de procesos internos y que se direcciono siempre en función del objetivo principal.

## 7. EVALUACIÓN DE LOGROS DE OBJETIVOS DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE EVALUACION

El inicio de la intervención fue complicado pues S tenía una actitud muy rígida y a veces agresiva. Esta observación y el proceso de diagnóstico permitió plantearse algunos objetivos específicos que fuesen conducentes a lograr el objetivo general.

Los criterios de evaluación de los objetivos planteados son:

- a) Desarrollo de la interacción
- b) Desarrollo del lenguaje no verbal
- c) Relación con el terapeuta

- **Objetivo: Fortalecer el vinculo con el terapeuta:**

### **Desarrollo de la interacción:**

Este objetivo se fue cumpliendo en la medida que el proceso fue avanzando. Al mejorar la interacción en el proceso de desarrollo, al abrirse a nuevas actividades y al aceptar propuestas como el juego, la imitación, fue también abriendo espacios para interactuar con el terapeuta.

Si bien no fue fácil, se sabía que era un objetivo que debía darse en el tiempo en la medida en que se le ofreciera un espacio de contención y validación mas que de solo

realizar actividades. Fue importante esperar su propia evolución en el proceso para que el vínculo se fuera afianzando, sin apurar ni exigir nada. Al principio se tendió a solicitarle cosas como que estuviese tranquila, o que se sentara, o que tocara algún instrumento, sin embargo se pudo revertir al tomar una actitud que consideraba la espera como elemento central.

### **Desarrollo de lo no verbal:**

Se da con cierta naturalidad, al incorporar mensajes corporales, al poder sentir su tonalidad muscular y percibir tensión, rigidez, y luego llegar a estados de mucha fluidez en el interactuar. También en la musicalidad que se expresa en la interacción instrumental con el Djembe, se dejaba ver una intención y una comprensión de mucho de lo que pasaba en la sesión.

Lo no verbal se hace evidente en la comparación de las primeras sesiones de la etapa de inicio y las últimas sesiones de la etapa del desarrollo de la intervención, en cuanto a su disposición corporal y como se relaciona con la disposición corporal del terapeuta. Desde las manos firmes y una tendencia a generar agresión hasta la capacidad de repetir frases rítmicas en un entorno lúdico.

### **Relación con el Terapeuta:**

Desde este criterio, también el objetivo parece cumplido dada la calidad de relación con que se llega al final de la intervención y que se pone de manifiesto en varios elementos ya comentados.

- **Objetivo: Facilitar la interacción a través de actividades que se basen fundamentalmente en lo no verbal y lenguaje corporal.**

#### **Desarrollo de la interacción:**

Al haber presencia solo de ecolalias y ausencia de lenguaje expresivo y comprensivo, el lenguaje corporal se hace necesario para la interacción. Desde aquí se intento facilitar la interacción mediante el lenguaje corporal, sobre todo a partir de la etapa de desarrollo cuando el juego y los movimientos pasan a formar parte integral de las sesiones. Este objetivo parece cumplido.

#### **Desarrollo de lo no verbal:**

Desde lo no verbal este objetivo parece cumplido. A partir de la etapa de desarrollo se puso énfasis en usar esta forma de comunicación logrando avances en la forma de interactuar y de mantener a S integrada a la sesión. También en la etapa de cierre hubo indicios importantes de comunicación a partir del lenguaje corporal y lo no verbal, como el cierre de la ultima sesión en donde fue de manifiesto que había una situación al menos diferente, y en donde no se hizo necesaria la verbalización para entenderse.

### **Relación con el Terapeuta:**

El uso de lenguaje corporal afianzo la relación con el terapeuta, se dio mayor fluidez a la interacción y se pudo superar varias situaciones que en el principio eran recurrentes como la agresividad y la constante rigidez que se manifestaba en la interacción con el terapeuta. Desde lo relacional este objetivo parece cumplido.

- **Objetivo: Favorecer los cambios de conducta a través del juego.**

### **Desarrollo de la interacción:**

Se observa en S un cambio en su conducta con relación al terapeuta si bien nunca desaparecen las actitudes confrontacionales, estas tienen una importante variación en el tiempo con periodos de latencia cada vez mayores. Hay evidencia de que la propuesta lúdica tiene una buena acogida en S y va ayudando en los cambios de conducta que se esperaban.

### **Desarrollo de lo no verbal:**

Toda la propuesta basada en el juego tuvo una connotación no verbal, desde los movimientos amplios y exagerados, hasta la expresión instrumental que se dio en la etapa de desarrollo. Mirado el objetivo desde este criterio, aparece como logrado, aunque también aparecen algunos matices que dificultaron en parte el desarrollo de este y que tienen relación con los momentos mas complejos de S, y es que si bien hay una evolución

en lo conductual, siempre hubo retrocesos, lo que es propio de un proceso de larga data y de un trastorno como el autista, que hicieron necesario replantearse frente al objetivo. A modo de ejemplo se puede consignar que en plena etapa de desarrollo del proceso, S llegó a la sesión muy alterada y al parecer cualquier propuesta del terapeuta le molestaba, finalmente se quedó sentada en el pasillo junto al terapeuta, fuera del encuadre hasta que su cuidadora le dio la leche. Ahí terminó esa sesión. Probablemente hubo algo que gatillo su mal humor o su falta de interés, lo concreto es que situaciones como esta podían darse perfectamente.

### **Relación con el Terapeuta:**

Revisado el objetivo desde este criterio, se puede sostener que la curva conductual que presentó S tuvo su lado más evidente en la relación que desarrollo con el terapeuta, desde las primeras sesiones en donde había mucha tensión hasta las últimas que presentaban mayor fluidez en la relación. Hubo un proceso de confianza que se fue dando paulatinamente en el tiempo y que permitió conocerse y acceder al juego como una forma de interactuar libremente.

- **Objetivo: Aumentar la permanencia en la interacción**

### **Desarrollo de la interacción:**

Se considera objetivo logrado pues los periodos de permanencia en la interacción fueron gradualmente incrementándose hasta llegar a tener sesiones de 45 minutos hacia la



etapa del cierre, con mayor contacto visual. Al comienzo las sesiones en la etapa de inicio fueron en general muy cortas y costaba mucho que S se mantuviera dentro del encuadre.

### **Desarrollo de lo no verbal:**

Desde este criterio, el objetivo se considera cumplido, S respondió a estímulos no verbales como el juego o el movimiento corporal. También sus respuestas en lo musical fueron creciendo hasta lograr interactuar en base a un instrumento, con propuestas rítmicas que ella logró reproducir e imitar. Si bien el terapeuta estaba constantemente estimulándola y hablándole o cantándole, los movimientos y posturas corporales de ella fueron la forma de comunicación permanente y más claras.

### **Relación con el Terapeuta:**

Hubo un proceso interesante en la relación con S, pues fue cambiante y hasta a veces parecía retroceder, sin embargo siempre tuvo la intención de comunicarse. En un principio ella veía en el terapeuta la posibilidad de cumplir tareas que para ella eran importantes como el salir a la calle, o el tener el espacio absolutamente controlado, rasgo inequívoco de la condición autista, hasta llegar a aceptar propuestas que el terapeuta hacía y que para ella eran nuevas.

Desde este criterio, la permanencia en la interacción fue gradual y dinámica por lo que se puede considerar como un objetivo alcanzado.

- **OBJETIVO GENERAL**

Finalmente, el objetivo general que se planteo y que apuntaba a mejorar su interacción con el entorno a través de la reducción de conductas desafiantes y agresivas, potenciando la capacidad de interacción y de disfrute, se logró solo en parte debido a que, si bien logró una mejora considerable en su permanencia dentro del encuadre musicoterapéutico, su relación con la comunidad fuera de este siguió con complicaciones. Una primera observación indica que el tiempo de intervención es muy corto y que es difícil apuntar a un cambio muy radical en sus rutinas. Lo segundo tiene que ver en como su entorno se relaciona con ella y la dificultad que conlleva el tener pocos espacios de terapia. Si bien hay una preocupación permanente y esforzada por cuidar de S, no hay rutinas terapéuticas que la ayuden a mantener en el tiempo lo trabajado en el espacio musicoterapéutico.

## **7.1 ANÁLISIS VÍNCULO MUSICOTERAPEUTA – USUARIO**

El inicio del vinculo con S fue complicado pues ella tenia una forma de relacionarse con su entorno mas bien agresiva y de baja tolerancia. El primer encuentro fue de solo intentar estar con ella dentro de un encuadre y que aceptara la figura del terapeuta.

A partir de ahí se hizo muy importante el concepto de flexibilidad por parte del terapeuta, primero desde lo formal, asumir que lo que se tiene planificado puede perfectamente no darse de esa manera como fue el caso del uso de los instrumentos, que para S no generaron mayor interés.

Aceptar el cambio y los emergentes que se daban en cada sesión, en pos de generar y potenciar el vínculo.

Ser flexible desde lo sensorial, permitió recoger las propuestas de S, tratar de entenderla, fuera para estar sentados en el patio o haciendo contención en el pasillo, fuera para improvisar o cantar dentro del encuadre. Darle la confianza de que el espacio que se le ofrecía era un espacio seguro en donde ella era aceptada y valorada.

Esto dio paso al desarrollo de una relación basada en la aceptación y en la búsqueda de sincronías que se potenció con el devenir de las sesiones. La evolución del comportamiento de S en cada encuentro fue indicador de que estaba generándose un vínculo que se hacía complejo pero al mismo tiempo que se enriquecía con las situaciones que se daban sesión tras sesión.

Ser flexible en el manejo de las frustraciones propias, de los temores que encierran todo proceso nuevo y también todo proceso humano permitió afrontar la intervención con la confianza de querer hacerlo bien y eso se transmitió a S quien desde su propia realidad logro valorar y aceptar.

## **7.2 AUTOEVALUACIÓN, Fortalezas y Debilidades**

Dentro de las fortalezas mostradas durante el proceso parece importante destacar la buena capacidad musical e instrumental del terapeuta lo que permitió abordar el proceso desde lo musical y permitió ir resolviendo algunos aspectos técnicos como la creación de una pista de

audio diseñada para la sesión y luego resolver también la salida o fade out de la música, cuando se hizo necesario. También es considerada una fortaleza la capacidad de adaptación a situaciones que pudieron parecer complejas y que terminaron resolviéndose de buena manera, como las reacciones agresivas y la rigidez inicial de S. La capacidad de empatizar y vincularse con el entorno de manera fluida y cercana permitió ir recabando información que siempre fue valiosa para evaluar el proceso.

Algunas debilidades presentadas fueron las dificultades para cerrar las sesiones, sobre todo al comienzo del proceso, en donde se hacía necesario tener mayor resolución. Otra debilidad se observó en la dificultad del terapeuta para separar roles y sensaciones durante una etapa de la intervención, producto de su cercanía con la experiencia del autismo, y también la rigidez con que enfrentó durante una etapa del proceso la actitud confrontacional de S.

En el aspecto formal, faltó cierta rigurosidad en algunas sesiones, como la elaboración más detallada de protocolos y otros registros por escrito.

### 7.3 CONCLUSIONES

Al final de todo proceso es necesario reflexionar a fin de sacar algunas cuentas que permitan crecer, que fue lo que dejó esta experiencia y como se procesa en el interior. En el capítulo anterior se habla de flexibilidad, una flexibilidad que se da desde diferentes miradas, desde lo formal, lo sensorial y el manejo de sensaciones. El entender que a veces menos es más, que no es necesario llenar de actividades un proceso si no observarlo y darse el tiempo para reevaluar cada situación que emerge dentro de la sesión.

También como el proceso es dinámico en sí mismo, por ejemplo en lo musical, el aporte de la música grabada en su momento fue fundamental para lograr incorporar a S al encuadre musicoterapéutico, pero a la vuelta de algunas sesiones ya no se hizo fundamental, incluso empezó a generar algunas complicaciones de manejo, y así fueron emergiendo otros recursos como el uso del movimiento y el concepto de juego. En esto la paciencia, el saber esperar y valorar esa espera lleva a su vez a valorar cada aporte que surgía desde S.

Tratar de entenderla, de que motivaba sus actos y desde donde el terapeuta debía mirar esas reacciones hacían necesario el desarrollar la capacidad de ir mirando el proceso desde fuera en la medida que este avanzaba.

Desde el punto de vista emocional, esta experiencia también deja grandes enseñanzas, como la necesidad de involucrarse siempre en torno a un espacio seguro, que permita poder salir del espacio emocional cuando es necesario. Lo contratransferencial que surge y que es necesario también identificar y manejar pues es fácil dejarse llevar e involucrarse más allá de lo aconsejable para guiar un proceso terapéutico.

Todo el marco teórico que rodeo a esta intervención, la mirada del entorno frente al discapacitado, la falta de oportunidades y el asistencialismo social fueron temas que marcaron el proceso y posterior construcción de este relato. Confrontar esta mirada con la del discapacitado frente al entorno e intentar ponerse en el lado de quien sufre discapacidad fue un sano ejercicio de investigación y análisis interior. Las razones del niño y joven autista para actuar de determinada manera, como ve el mundo y como se relaciona con él. Como la agresividad también es señal de comunicación y de expresión sensorial. Como se gatilla y las formas de enfrentarla fueron parte del aprendizaje terapéutico sacado de esta experiencia.

La mirada del juego como acto más allá de lo cognitivo y del uso de roles. Simplemente el juego como uso del espacio libre, buscando una alternativa a lo que es rígido. Como dice Gauna, lo estático que representa lo enfermo, lo carente de movilidad versus lo estético, lo que moviliza, lo que activa los núcleos sanos.

Finalmente no temerle al silencio, a la aparente inmovilidad ni a los momentos en que pareciera que nada resulta, pues son indicadores de que algo sí está sucediendo y se está moviendo. Aliarse con la frustración a fin de manejarla y entenderla como un componente más dentro de la infinidad de sucesos y situaciones que van generándose y van construyendo en el proceso.

## 8. BIBLIOGRAFIA

Benenzon, R. (2000). Musicoterapia. De la teoría a la práctica. Editorial Paidós. Barcelona. España.

Bruscia, K. (2010). Modelos de improvisación en Musicoterapia. Colección Música, Arte y Proceso. Agruparte. Vitoria-España.

Gauna, G. (1996). Entre los Sonidos y el Silencio. Editorial Artemisa, Rosario.

Winnicott, D. (1971). Realidad y Juego. Gedisa S.A. Barcelona, España

Bowlby, J (1993). El vínculo afectivo. Editorial Paidós Iberica. España

Kanner, L (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. Editorial La mano. Puebla, México

Riviere, A (2001). Autismo. Orientaciones para la intervención educativa. Editorial Trotta, Madrid, España.

Menuchim, S ( 1977). Familias y terapia familiar. Gedisa S.A. Barcelona, España

Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ediciones CINCA, Madrid, España

Piaget, J. (1973) La formación del símbolo en el niño. Editorial Fondo de Cultura Económica. Mexico

Mead, G. H.(1973). Espíritu, Persona y Sociedad. Editorial Paidós. Barcelona. España.

Gadamer, H (1991). La actualidad de lo bello. El arte como juego, símbolo y fiesta. Editorial Paidós Iberica, España.

Ciuca Díaz, R (2014). SOCIEDAD V/S DISCAPACIDAD , Disponible en:

<http://sociedad-versus-discapacidad.webnode.es/a1-nuestra-sociedad-frente-a-la-discapacidad/> ( consultado: 22 de Junio 2016)

Yarnoz-Yaben S., Comino, P (2011) EVALUACIÓN DEL APEGO ADULTO: ANÁLISIS DE LA CONVERGENCIA ENTRE DIFERENTES INSTRUMENTOS, Disponible en:

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/viewFile/191/145>  
(consultado: 20 de Junio 2016)

Rodríguez Lores, A. (2012) LA DISCAPACIDAD COMO FENÓMENO SOCIAL: UN ACERCAMIENTO DESDE LA SOCIOLOGÍA , disponible en :

<http://www.eumed.net/rev/cccss/20/ar1.html> (consultado : 22 de Junio 2016)

Jiménez, Diana P. (2011), CONCEPTO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD, Disponible en:

<http://www.corporacionsindromededown.org/userfiles/Concepto%20social%20de%20la%20discapacidad%20Patricia%20Jimenez.pdf> (Consultado: 23 de Junio de 2016)