

Prácticas

Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la interacción social

Musical therapy for a visually impaired child with social interaction difficulties

S. González San Martín¹

Resumen

La autora presenta un caso clínico de intervención musicoterapéutica con un niño de 5 años, con baja visión, que presentaba problemas de relación, comunicación y atención, así como cierto retraso en su desarrollo. La intervención se desarrolló en la Delegación Territorial de la ONCE en Cantabria, con una duración aproximada de seis meses, en coordinación con la maestra de apoyo del alumno y el animador sociocultural de la ONCE. La autora muestra cómo a través del juego con música y la improvisación musical se facilita la interacción con el terapeuta, lo que da lugar a un proceso empático en el que el uso de diversas técnicas musicoterapéuticas permite trabajar y reforzar la relación emocional y desarrollar las habilidades sociales del niño.

Palabras clave

Musicoterapia. Discapacidad visual. Interacción. Habilidades sociales. Sintonía afectiva.

¹ **Sara González San Martín**, titulada superior en Música (flauta) y máster en Musicoterapia. Flauta y flautín solistas de la Banda municipal de música de Santander (Ayuntamiento de Santander). Avda. de la Constitución, 27. 39012 Santander, Cantabria (España).

Abstract

The author describes the use of musical therapy in a clinical case involving a 5-year-old with low vision exhibiting relationship, communication and attention problems, as well as delayed development. The 6-month programme was conducted at ONCE's Regional Facility in Cantabria, Spain, in conjunction with the pupil's support teacher and ONCE's social-cultural coach. The author discusses the music-related play and improvisation that facilitated child-therapist interaction. In the resulting empathetic process the child's emotional relations were reinforced and his social skills were developed through a number of musical therapy techniques.

Key words

Musical therapy. Children with low vision. Interaction. Social skills. Affective attunement.

Introducción

Lucas (nombre figurado) es un niño de 5 años con deficiencia visual afiliado a la ONCE que, además de tener baja visión, presentaba algunos problemas de relación, comunicación y atención y cierto retraso en el desarrollo, motivos por los cuales estaba siendo sometido a pruebas diagnósticas.

El proceso de intervención musicoterapéutica, que se llevó a cabo en la Delegación Territorial que la ONCE tiene en Cantabria, tuvo una duración aproximada de seis meses (febrero a julio de 2015) y estaba enmarcado en un contexto de prácticas correspondientes al programa del máster en Musicoterapia que imparte el Instituto MAP (Música, Arte y Proceso) en Vitoria-Gasteiz.

A lo largo de dicho proceso, existió coordinación con el animador sociocultural de la Delegación de la ONCE y la maestra especializada en atención educativa a la discapacidad visual que presta ayuda complementaria a Lucas en su colegio habitual.

La patología

Además de tener baja visión, con todo lo que esto implica en el desarrollo del niño, Lucas presentaba otras limitaciones añadidas. Aunque estaba siendo sometido

GONZÁLEZ, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.

a diversas pruebas médicas, en el momento en que tuvieron lugar las sesiones no existía un diagnóstico concreto, por lo que no resulta posible hacer una descripción de una patología como tal, pero sí de algunas de las características del niño referidas por sus padres, su maestra y/o vistas en la sesión:

- Dificultad para relacionarse con sus compañeros.
- Alteración de algunos comportamientos no verbales reguladores de la interacción social (contacto visual, gestos, expresión facial) y otras habilidades comunicativas.
- Retraso del lenguaje. Uso de palabras o frases fuera de contexto y estereotipadas.
- Leve retraso en el desarrollo.
- Rutinas inflexibles. Actos ritualizados.
- Dispersión. Dificultad para permanecer en la tarea.
- Torpeza motora.
- Muy buena memoria.

Justificación del uso de la musicoterapia con este niño

La musicoterapia, en esencia, es un proceso de interacción a través de la música, ya que, como dice Bruscia (1997, p. 43), utiliza «experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio».

La música es uno de los placeres que las personas con deficiencia visual pueden disfrutar plenamente, por lo que la musicoterapia puede ofrecerles un «bagaje de experiencias sensoriales, motoras, emocionales y sociales necesarias para que desarrollen la compensación adecuada a su condición» (Burgos, 2010; p. 13) y permite «desarrollar objetivos integradores que abarquen al individuo en su totalidad» (Barahona, 2010; p. 20).

GONZÁLEZ, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.

Los artículos y estudios existentes al respecto muestran evidencias de que la musicoterapia fortalece la autoestima de las personas con deficiencia visual (Barahona, 2010; Baixauli, 2011), contribuye al desarrollo de su esquema corporal (Burgos, 2010; Baixauli, 2011), produce un aumento de la sensación de seguridad (Burgos, 2010) y de la exploración del entorno (Gourgey, 1999) y mejora las habilidades sociales (Dauber, 2011; Burgos, 2010; Gourgey, 1999).

Dado que una de las principales limitaciones de Lucas es su dificultad para relacionarse, considero que la musicoterapia puede resultar muy beneficiosa para este niño, ya que el uso de la música como medio para la interacción facilita el contacto con el otro y una comunicación más comprensible (Trevarthen, 2002).

La literatura que contempla los beneficios de la musicoterapia en este aspecto es muy abundante. Algunos de los artículos más relevantes afirman que la musicoterapia facilita la creación de un marco para la interacción significativa (Holck, 2004) y la improvisación clínica proporciona una manera agradable de estar con el otro (Dimitriadis y Smeijsters, 2011), facilita conductas de atención conjunta (Kim, Wigram, y Gold, 2008; Holck, 2011) y promueve el desarrollo de habilidades para la comunicación y la interacción social (Gold, Wigram, y Elefant, 2006; 2009).

Además, Lucas mostraba una predisposición positiva hacia la música. Le gustaba cantar y los instrumentos le llamaban mucho la atención y parecían despertar su curiosidad.

Necesidades del niño

En base a la información facilitada por los padres y la maestra en una entrevista previa y a lo observado al comienzo del proceso de intervención, consideré necesario prestar mayor atención a aquellos aspectos relacionados con las dificultades de Lucas para la interacción social y no tanto a su discapacidad visual. Consecuentemente, se establecieron las siguientes **necesidades a abordar** a lo largo de las sesiones:

- Necesidad de seguridad: La tendencia a seguir siempre las mismas rutinas repitiendo actividades de sesiones anteriores y el rechazo de lo nuevo o diferente indican la necesidad del niño de sentirse seguro.

GONZÁLEZ, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.

- Necesidad de relacionarse: Implica una apertura del niño hacia su mundo externo, ya que tiende al aislamiento, no escucha, no reacciona a las propuestas de la terapeuta y muestra poca intención de establecer contacto de algún tipo con ella.
- Necesidad de centrarse: Implica un desarrollo de su capacidad de atención, ya que tiende a dispersarse con mucha facilidad, recurriendo a la verborrea y/o deambulando por la sala.

Objetivos generales del tratamiento

En base a las necesidades del niño expuestas anteriormente, se establecieron los siguientes **objetivos generales**:

- Crear un espacio de seguridad y confianza.
- Desarrollar sus habilidades sociales y comunicativas.
- Reducir el grado de dispersión del niño.

Descripción del proceso

Temporalización

- Sesiones 1 a 3: Observación y valoración.
- Sesiones 4 a 10: Búsqueda de un espacio conjunto.
- Sesiones 11 a 18: Consolidación e intensificación.
- Sesiones 19 a 20: Cierre.

Fase I: observación y valoración (sesiones 1 a 3)

Al inicio del proceso, el trabajo con el niño se basó en los siguientes **objetivos específicos**:

- Crear un espacio segurizante.
- Explorar la sala y los instrumentos.
- Establecer contacto con el niño.

GONZÁLEZ, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.

Se dividió la sala en un espacio musical —delimitado por una colchoneta— y un amplio espacio totalmente despejado que el niño utilizaba como zona de juego. En la primera sesión, los instrumentos musicales utilizados fueron dos panderos, una caja china, claves, una pandereta, sonajas, maracas, maracas-huevo, bongoes y un teclado. Todos ellos agrupados dentro del espacio musical y accesible al niño. Para las siguientes sesiones, debido a la forma de tocar de Lucas —muy fuerte, golpeando unos instrumentos con otros...—, todos los instrumentos de percusión fueron sustituidos por material más resistente que le permitiese descargar y soltar (2 táperes de plástico, 2 tubos de cartón, 2 cajas de cartón, 2 recipientes pequeños de plástico de colores y un xilófono de tubos de plástico).

A lo largo de las sesiones, pude observar que **el niño** se desplazaba sin problemas por el espacio y su resto visual le permitía localizar objetos a media distancia. Se mostraba cohibido al principio de cada sesión, y tendía a establecer la misma rutina semana tras semana, repitiendo actividades, frases e incluso canciones de sesiones anteriores. Se dispersaba con facilidad, recurriendo a la verborrea (frases repetitivas y/o fuera de contexto) o deambulando por la sala, aunque, cuando algo le gustaba o le llamaba la atención, podía permanecer bastante tiempo en la tarea.

En **lo musical**, mostraba interés por los instrumentos, especialmente por el teclado. Por lo general, las improvisaciones eran de corta duración (menos de un minuto). Tocaba sin dirección y, a veces, sin intención. El pulso estaba poco definido. Su producción era de un rango dinámico muy elevado y sin estructura ni silencios.

En esta primera fase, la **relación niño-terapeuta** se centró en ir creando poco a poco el vínculo entre ambos. Observé en Lucas una tendencia al aislamiento. Por lo general, no establecía contacto de ningún tipo con la terapeuta, no le prestaba atención, raramente la incluía en el juego y no reaccionaba a consignas verbales o propuestas musicales.

En esta etapa del proceso, mi **rol como terapeuta** era de guía, llevando la iniciativa para tratar de aportar seguridad al niño y, al mismo tiempo, intentando facilitar la exploración del espacio y los instrumentos y establecer contacto con Lucas. Para ello utilicé la improvisación musical, juegos y técnicas musicoterapéuticas de empatía y estructura.

En función de lo observado en las tres primeras sesiones y de cara a establecer los objetivos para la siguiente fase, fue importante tener en cuenta la necesidad de seguridad del niño y sus dificultades para entrar en contacto e interactuar conmigo.

Fase II: búsqueda de un espacio conjunto (sesiones 4 a 10)

Los **objetivos específicos** que se establecieron para esta fase fueron:

- Seguir fortaleciendo el vínculo.
- Captar la atención del niño.
- Promover y desarrollar la interacción.

A lo largo de las sesiones se introdujeron la flauta dulce y la flauta travesera (instrumento de la terapeuta) con la intención de dar más importancia al aspecto melódico para acompañar el juego del niño. También se incluyeron los bongoes como intento de estimular las ganas de tocar de Lucas, ya que parecía que los instrumentos «alternativos» no le interesaban. Así mismo, se añadieron unas cajas de cartón fuera del espacio musical con la idea de que le sirvieran para descargar. La introducción de las cajas en el *setting* fue relevante, ya que, gracias a ellas, comenzó el juego simbólico en las sesiones (las cajas eran un castillo, un helicóptero, una nave espacial, un gavián, etc.).

El **niño** mostraba gran rigidez. Lo desconocido parecía producirle mucha inseguridad y cierta ansiedad. Seguía unas rutinas determinadas, no toleraba las variaciones y, si se introducía algo nuevo, lo rechazaba. Su forma de jugar era pobre en ficción y, a veces, estereotipada. Sus tiempos de permanencia en la tarea eran breves, con periodos de distracción frecuentes y de bastante duración.

A lo largo de esta fase, **la relación niño-terapeuta** evolucionó significativamente, existiendo mayor cercanía y confianza. El juego desempeñó un papel fundamental en la evolución de dicha relación ya que, además de que implica confianza (Winnicott, 1982), fue la herramienta que facilitó la interacción.

En esta etapa existieron tres «niveles» diferentes en lo que respecta a la interacción.

En las primeras sesiones de esta fase (sesiones 4 a 6), niño y terapeuta establecieron contacto gracias al juego simbólico. La terapeuta consiguió captar la atención

de Lucas partiendo de lo que él hacía e involucrándose. El nivel de aislamiento del niño se redujo un poco, ya que reaccionaba a consignas verbales y a lo que ocurría, y me incluía en su juego. En la sesión 4 se produjo la primera interacción significativa.² Muestras de ello son la risa y la activación de Lucas (Stern, 1991) y el hecho de que permaneciera en el juego casi 20 minutos. Dicho juego era sencillo y se repetía continuamente, consistiendo, básicamente, en que construíamos un castillo con las cajas de cartón y Lucas entraba y salía del mismo.

Lo ocurrido en el juego permitió llevar la interacción a un segundo nivel en el que traté de establecer contacto con el niño poniendo lo que este hacía en un contexto musical (Dimitriadis y Smeijsters, 2011) con la intención de que se diese cuenta de la relación entre sus acciones y la música, para poder captar su atención y dirigir su interés hacia la interacción (Holck, 2011; Kim, Wigram, y Gold, 2008; 2009).

Por ejemplo, en la sesión 7, Lucas jugaba con una caja de cartón lanzándola por el aire, porque se suponía que era un helicóptero que volaba. Cuando el helicóptero volaba y chocaba contra el suelo, la terapeuta lo acompañaba con percusión y, a continuación, cantaba basándose en alguna de las cosas que decía Lucas mientras jugaba. Durante este juego, Lucas pudo darse cuenta de la relación entre sus acciones y la música de la terapeuta, ya que reaccionaba a las intervenciones musicales, establecía contacto visual, respetaba los turnos y me cedía el turno con la mirada y/o diciendo mi nombre.

Lo ocurrido en la sesión 7 marcó un punto de inflexión importante en el proceso. A partir de ese momento, la relación entre nosotros fue mucho más cercana y cada vez permanecíamos más tiempo juntos en sesión. Cabe destacar también que el hecho de haber construido una forma de interacción divertida y significativa sirvió para desarrollar el interés de Lucas en relacionarse conmigo, siendo él quien, a partir de ese momento, iniciaba la interacción.

La interacción significativa que se produjo entre ambos a través del juego acompañado de música hizo posible llevar la interacción al siguiente nivel: la interacción musical (sesiones 8 a 10). Lucas respondía a las propuestas musicales y era consciente de la relación que existía entre su música y la mía. A veces, incluso tocábamos juntos.

² Se entiende por interacción significativa aquella en la que ambos participantes contribuyen a la continuación de dicha interacción (Holck, 2004).

La primera vez que se produjo una interacción puramente musical fue en la sesión 8. Lucas me había pedido que tocara «la canción del gatito» (*Estaba el señor don Gato*) con la «flauta grande» (flauta travesera). Como llevaba unas playeras que lucían al pisar, le propuse que, mientras yo tocaba, él me enseñase cómo lucían sus playeras. Cuando yo tocaba, Lucas seguía el ritmo de la canción con un pie. Si él paraba, yo también, para que se diese cuenta de la relación entre sus pisadas y la canción. Cabe destacar que en todo momento mantuvo contacto visual.

En cuanto a la producción **musical**, las improvisaciones seguían siendo muy breves, aunque existía mayor estabilidad en el pulso, había pequeños espacios en sus intervenciones y tocaba con más intención y dirección. Sin embargo, así como en el juego existían turnos y los respetaba, a nivel musical el juego de turnos aún no se había producido.

A lo largo de esta fase, mi **rol como terapeuta** era de acompañante empático y de facilitador de la interacción. Además, trataba de dar seguridad a Lucas, respetando sus tiempos, aceptando sus propuestas y dando importancia a la repetición (Holck, 2004). Para ello, utilicé el juego, canciones y la improvisación musical, así como otras técnicas musicoterapéuticas.

Gracias a todo lo descrito anteriormente, Lucas y yo pudimos encontrar un **espacio conjunto** de experiencias compartidas. Una vez llegados a ese punto y tras la observación del niño en esta segunda fase, consideré importante fomentar la interacción niño-terapeuta para consolidar la relación entre ambos, dar más importancia a la música como canal de comunicación para desarrollar las habilidades comunicativas de Lucas y tratar de aumentar el tiempo de permanencia en la tarea.

Fase III: consolidación e intensificación (sesiones 11 a 18)

Una vez encontrado un espacio conjunto, me planteé los siguientes **objetivos específicos**:

- Consolidar la interacción, especialmente en lo musical.
- Desarrollar las habilidades comunicativo-relacionales del niño.
- Aumentar el tiempo de permanencia en la tarea.

La música adquirió mucha más relevancia, restando protagonismo al juego y convirtiéndose en el principal canal de comunicación entre el niño y la terapeuta.

GONZÁLEZ, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.

A lo largo de esta fase, el proceso no evolucionó de forma lineal, por lo que podríamos establecer tres «subfases» diferentes en función de lo ocurrido en las sesiones:

- Consolidación: sesiones 11 a 14.
- Retroceso: sesiones 15 a 16.
- Intensificación: sesiones 17 a 18.

Consolidación

El **niño** estaba más seguro y cómodo en las sesiones. Seguía rechazando lo nuevo, tolerando las variaciones con dificultad y repitiendo rutinas similares a las de sesiones anteriores como recurso para establecer una línea de trabajo segura y predecible, aunque cabe destacar que tendía a repetir aquellas actividades en las que se había divertido y la interacción había sido significativa. En lo referente a su capacidad de atención, a medida que aumentaba la interacción disminuía la dispersión en frecuencia y, sobre todo, en duración.

De la **relación niño-terapeuta** cabe destacar la seguridad y la complicidad entre ambos. En esta fase el niño establecía contacto visual y físico con la terapeuta en casi todas las sesiones y era frecuente que fuese él quien iniciaba la interacción con acciones o propuestas que buscaban una respuesta por parte de la terapeuta.

En esta fase del proceso, la música desempeñó un papel fundamental en la evolución del modo en que se relacionaban niño y terapeuta, no solo en el ámbito de la improvisación, sino en el modo de establecer contacto el uno con el otro y de estar juntos en sesión. Si en la fase anterior el juego fue la principal herramienta para que Lucas y yo nos encontrásemos, en esta fase la música asumió esa función.

A partir de la sesión 12, Lucas empezó a entrar a los baños que había en la sala. (Como el ruido de los secadores de manos le da miedo, normalmente no quería entrar a baños que no conocía). Dentro de los baños se desplazaba con cautela. Yo trataba de acompañarle y arroparle tocando una melodía con la flauta. Cuando salía, su forma de moverse cambiaba (era más fluida y segura) y la música también. En ocasiones, Lucas no entraba a los baños hasta que la melodía que le acompañaba volvía a sonar, y, al salir, «pataleaba» para que cambiase la música. Así logramos establecer contacto gracias a la música.

Esta dinámica se repitió a lo largo de todas las sesiones de esta fase. Solía durar bastante tiempo (sobre 10 minutos) y fue evolucionando sesión tras sesión, convirtiéndose en la forma en la que Lucas y yo retomábamos el contacto de una sesión a otra.

En **lo musical**, Lucas empezó a improvisar vocalmente utilizando palabras inventadas y jugando con las inflexiones de la voz. Tocaba y/o cantaba con intención y cada vez con más dirección. Aunque seguía tocando a un nivel dinámico muy fuerte, su producción era más «organizada», estando más claro cuándo empezaba y cuándo acababa, existiendo mayor estabilidad en el pulso y dejando algunos espacios de silencio.

En la sesión 12 tuvo lugar un cambio muy importante en la producción musical de Lucas, ya que las improvisaciones vocales entre él y yo adquirieron estructura, estableciéndose un diálogo de juego de turnos como forma significativa de interacción en el que yo me limitaba a imitar íntegramente la producción vocal del niño y podía observarse su capacidad para dejar espacios y respetar la alternancia entre su producción y la mía. Además, buscaba continuamente el contacto físico conmigo recostándose en mi regazo, y no paraba de reírse.

Esta forma de interacción se consolidó en las siguientes sesiones, tanto en las improvisaciones vocales como en las instrumentales, por lo que el juego de turnos se convirtió en una técnica fundamental en esta fase para tratar de desarrollar las habilidades comunicativas de Lucas.

La imitación de la producción sonora del niño fue clave en este momento del proceso, ya que, a partir de ella, fue estableciéndose poco a poco el diálogo de juego de turnos. De hecho, Nadel, Guérini, Pezé y Rivet (1999) indican que el juego de turnos se puede construir de dos formas: que el terapeuta imite la producción del niño o que el niño imite la producción del terapeuta.

Retroceso

En las sesiones 15 y 16 se produjo un retroceso. El niño se mostraba mucho más disperso, recurriendo a la verborrea constantemente en ambas sesiones. El tiempo de permanencia en la tarea se redujo significativamente y el nivel de interacción disminuyó, especialmente en lo musical, donde Lucas y yo no nos encontramos en ninguna de las dos sesiones (no tocábamos juntos, no escuchaba las propuestas musicales de la terapeuta ni reaccionaba ante ellas, y no parecía ser consciente de la relación entre su

producción y la mía). Su forma de tocar también cambió, ya que lo hacía sin dirección y, a veces, sin intención y no había estructura en su producción.

Intensificación

Tras el retroceso de las sesiones 15 y 16, todo resurgió con más fuerza, como si hubiésemos ido hacia atrás para tomar impulso y las piezas del puzzle hubiesen encajado de repente. Todos los aspectos relacionados con lo musical y con el nivel de interacción descritos en las sesiones de consolidación estaban presentes de nuevo y con más intensidad. Cabe destacar que el tiempo de permanencia en la tarea aumentó de forma muy significativa, especialmente en lo musical, produciéndose improvisaciones que superaban los cinco minutos de duración (hasta el momento, rara vez habían superado el minuto y medio). Eran frecuentes los diálogos musicales basados en motivos ascendentes y descendentes con Lucas al teclado y yo a la flauta travesera, o diálogos utilizando instrumentos de percusión en los que ambos repetíamos el mismo patrón rítmico.

En estas sesiones se produjo un intercambio de roles en los diálogos de juego de turnos, ya que no solo la terapeuta imitaba la producción del niño, tal como había ocurrido hasta el momento, sino que en algunas ocasiones era Lucas quien me imitaba a mí. También es reseñable que cuando hacíamos algo que nos implicaba a los dos y estábamos juntos, especialmente cuando se producía un juego de turnos (ya fuese en lo musical o en el juego), Lucas se reía. Su risa era muy frecuente en estas dos últimas sesiones y un aspecto importante a destacar, ya que, tal como afirma Stern, es uno de los indicadores de una interacción significativa (Stern, 1991).

A lo largo de toda esta fase, mi **rol como terapeuta** variaba en función del momento de la sesión. Al principio de las sesiones, para tratar de conectar con el niño, mi rol era de seguidor y acompañante empático. Una vez establecido el contacto, mi rol consistía en fomentar la producción musical y favorecer el diálogo usando la música como canal de comunicación.

Teniendo en cuenta lo ocurrido en esta fase y los cambios que se produjeron en las dos últimas sesiones, hubiese sido interesante haber continuado con el proceso para intentar consolidar algunos aspectos. Sin embargo, debido a que Lucas y su familia se iban de vacaciones, el proceso tuvo que terminar. Como el niño toleraba mal los cambios, decidí dedicar las dos últimas sesiones para cerrar, haciendo un repaso de lo vivido a lo largo del tratamiento y preparando la despedida.

GONZÁLEZ, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.

Fase IV: cierre (sesiones 19 a 20)

Estas dos sesiones estuvieron destinadas a:

- Hacer un repaso de lo ocurrido a lo largo del proceso.
- Preparar la despedida.

El objetivo de hacer un repaso de las actividades más significativas que habíamos realizado juntos en las sesiones era tratar de reforzar, de algún modo, lo divertido que puede resultar compartir experiencias con el otro. Para ello, llevé a las sesiones varios dibujos que ilustraban los juegos, las canciones y los instrumentos que habíamos utilizado en aquellas dinámicas en las que se había producido una interacción significativa. Lucas reconoció los dibujos y los relacionó sin problemas con lo que representaban, lo que nos permitió recordar y retomar algunos juegos y canciones.

Para preparar la despedida le avisé con una semana de antelación de que las sesiones iban a terminar, incluyendo esta idea en la canción de despedida. El último día se lo dije en varias ocasiones en el transcurso de la sesión y casi al final le regalé una bocina de cocodrilo que habíamos usado varias veces y que le gustaba mucho. (Solía decirme: «Hoy no te llevas el cocodrilo tú a casa»). No se lo quiso llevar. Dijo que me lo llevaba yo y ya se lo quedaba él «la semana que viene». Lo cogió y lo colocó en su sitio habitual. Cuando llegó el momento de irse, le volví a decir que era el último día, cantamos una canción de despedida y le pregunté si le podía dar un beso. Me dijo que sí, se me acercó, me abrazó y se quedó un rato agarrado a mí.

Resultados en relación a los objetivos

Las primeras sesiones del proceso musicoterapéutico se centraron principalmente en **crear un espacio de seguridad y confianza**. Para ello, se utilizaron actividades de exploración y técnicas de empatía y estructura, tratando de respetar los tiempos del niño, dando importancia a la repetición y aceptando sus peticiones y/o propuestas rutinarias.

La consecución de este primer objetivo posibilitó una relación de cercanía y complicidad entre nosotros que está directamente relacionada con el **desarrollo de las habilidades sociales y comunicativas del niño**.

GONZÁLEZ, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.

A continuación se muestra una tabla que resume cómo evolucionaron a lo largo del proceso algunos parámetros relacionados con la interacción y las habilidades comunicativo-relacionales de Lucas.

		SESIÓN																				
ÍTEMES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
JUEGO	Incluye a T en el juego			x	x		x	x		x										x	x	
	Reacciona a consignas verbales				x			x												x	x	
	Establece contacto visual con T																			x	x	
	Establece contacto físico con T									x												
	Reacciona verbalmente a lo que ocurre			x	x			x		x										x	x	
	Respeto los turnos																			x	x	
	Cede el turno a T	Verbalmente																			x	x
		Con la mirada																			x	x
	T inicia la interacción			x	x		x														x	
	C inicia la interacción							x		x												x
Se ríe			x	x					x											x		
JUEGO CON MÚSICA	Incluye a T en el juego					x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Reacciona a consignas	Verbales		x		x	x		x	x	x	x				x						
		Cantadas							x		x										x	
	Reacciona a las intervenciones musicales de T							x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Es consciente de la relación entre sus acciones y la música de T							x	x	x	x		x	x	x				x	x	x	
	Establece contacto visual con T							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Establece contacto físico con T										x											
	Respeto los turnos							x	x	x	x		x	x	x	x			x	x	x	
	Cede el turno a T	Verbalmente							x	x	x									x	x	x
		Con la mirada							x	x	x		x				x			x	x	x
		Musicalmente								x							x			x	x	x
	T inicia la interacción					x		x				x	x									
C inicia la interacción								x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Se ríe							x	x	x	x									x			
IMPROVISACIÓN	C produce solo		x	x		x	x	x	x			x				x	x					
	T produce solo		x	x		x	x	x	x			x				x	x					
	C y T producen juntos								x	x	x		x	x	x				x	x		
	Reacciona a las propuestas musicales de T	x								x	x				x				x			
	Establece contacto visual con T								x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x		
	Establece contacto físico con T						x				x		x	x	x	x			x	x		
	Respeto los turnos													x	x	x				x	x	
	Cede el turno a T	Verbalmente																				
		Con la mirada														x				x	x	
		Musicalmente														x	x	x		x	x	
	T imita a C	x		x		x		x	x	x	x			x	x	x	x		x	x		
	C imita a T																			x	x	
T inicia la interacción								x	x	x				x								
C inicia la interacción								x		x			x	x					x	x		
Se ríe														x					x	x		

GONZÁLEZ, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.

Como puede observarse en la tabla anterior, se produjo un aumento del contacto visual y físico. En algunos momentos del proceso el contacto ocular era un indicio de que el niño había reconocido la relación que existía entre sus acciones y/o su música y la mía. También solía utilizarlo como recurso para cederme el turno durante el juego con música y las improvisaciones, lo que indica una inclusión activa de la terapeuta por parte del niño (Holck, 2004).

A lo largo del proceso se produjo una evolución del juego de turnos como forma de interacción. En las primeras sesiones no se produjo juego de turnos. A partir de la sesión 7 aparecieron las primeras manifestaciones de juego de turnos en el juego con música. Posteriormente, se consolidó tanto en el juego como en lo musical, convirtiéndose en una forma significativa de interacción y en una técnica fundamental para tratar de desarrollar las habilidades comunicativo-relacionales de Lucas, ya que constituye un patrón estructurado de actividad compartida que favorece la aparición de experiencias mutuas comunicativas (Wigram y Elefant, 2009).

En los diálogos de juego de turnos existían unos roles fijos, siendo la terapeuta la que imitaba la producción del niño. Sin embargo, en las sesiones 17 y 18 se produjo un intercambio de roles, ya que no solo la terapeuta imitaba al niño, tal como había ocurrido hasta el momento, sino que en algunas ocasiones era Lucas quien me imitaba. Esto puede ser indicador de un valor social para la interacción (Porté, 2014) y estar relacionado con el desarrollo de las habilidades comunicativas del niño, ya que el intercambio de roles es un elemento particularmente importante en la interacción comunicativa mutua, donde la comunicación entre ambos participantes deja de ser unidireccional para ser algo recíproco (Wigram, Pedersen y Bonde, 2005).

Otro aspecto relevante que puede apreciarse en la tabla es que, en muchos momentos del proceso, Lucas se ríe. Esto ocurre generalmente en el transcurso del juego de turnos (ya sea en el ámbito de la improvisación musical o del juego con música). La risa es un factor importante a tener en cuenta, ya que tal como afirma Stern, es uno de los indicadores de una interacción significativa (Stern, 1991). Además, la risa también es una señal de placer y satisfacción, y el hecho de divertirse compartiendo experiencias con el otro puede desarrollar el interés y la motivación del niño para relacionarse, ya que, tal como dice Holck, crear una forma de interacción significativa y divertida puede servir para desarrollar el deseo y la habilidad del niño para la comunicación (Holck, 2004). De hecho, también se puede observar que se produjo un aumento significativo de la actitud de iniciar, siendo Lucas quien trataba de comenzar

la interacción conmigo, algo que, según Holck es importante interpretar como intención comunicativa (Holck, 2011), que es aquella en la que el emisor busca el efecto que tiene su expresión en el otro (Stern, 1997).

Cuando hablo de intención comunicativa o del desarrollo de las habilidades comunicativas de Lucas, no me refiero solo a la comunicación como expresión en sí (recordemos que el niño tiene lenguaje, lo que ya implica cierta intención y habilidad comunicativa), sino a una perspectiva relacional, ya que considero que a lo largo del proceso se reforzaron la interacción social afectiva y la relación emocional. A través del juego y la música se estableció una interacción ente Lucas y la terapeuta que iba más allá de un mero intercambio de acciones o motivos musicales, ya que se creó un proceso empático en el que, gracias a diversas técnicas musicoterapéuticas (reflejo, imitación y coincidencia), Lucas pudo percibir, de algún modo, que yo estaba con él, en el sentido de compartir sus experiencias interiores (sintonía afectiva)³ (Stern, 1991).

La tabla que se muestra a continuación resume la evolución de las habilidades del niño en el ámbito musical:

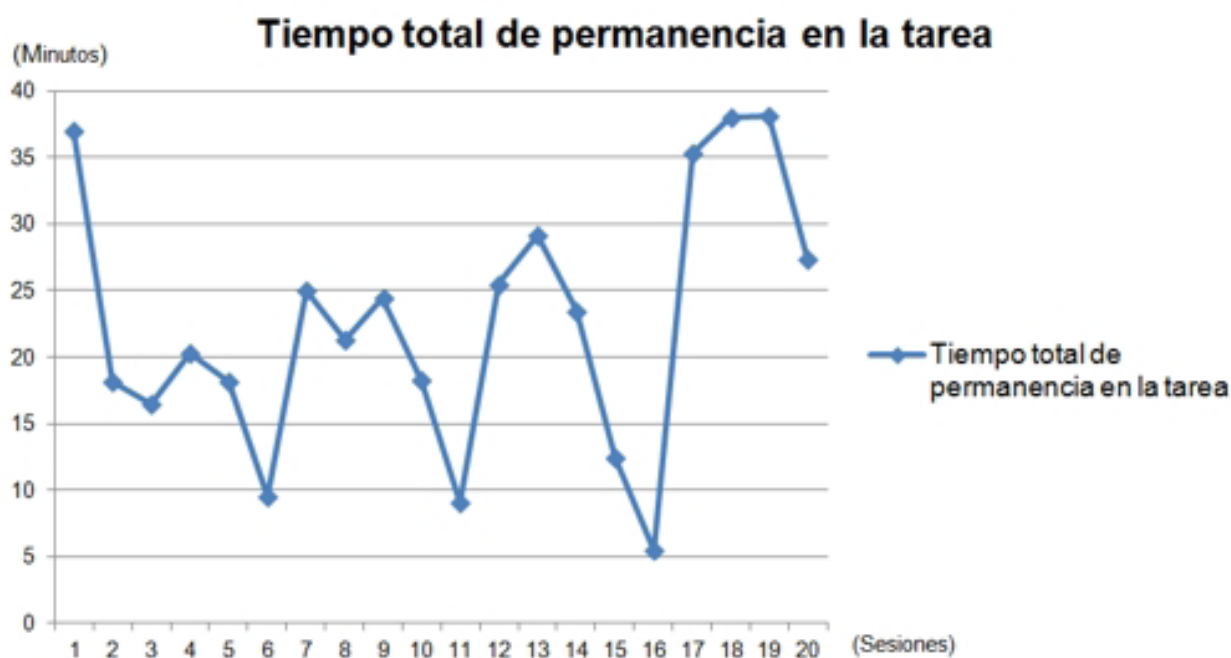
ÍTEMS	SESIÓN																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Toca/canta sin intención ni dirección		X	X		X	X										X				
Toca/canta con intención y sin dirección	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X
Toca/canta con intención y dirección									X	X		X	X	X			X	X	X	
Deja espacios		X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toca con un pulso estable	X	X			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hay estructura												X	X	X			X	X	X	
Escucha la música de T								X	X	X		X	X	X			X	X	X	X
Es consciente de la relación entre su música y la de T								X	X	X		X	X	X			X	X		

Como podemos observar, los ítems que aparecen recogidos en la tabla están vinculados a aspectos relacionados con la comunicación (intención, dirección, espacios, estruc-

³ «El entonamiento de los afectos consiste en la ejecución de conductas que expresan el carácter del sentimiento de un estado afectivo compartido, sin imitar la expresión conductual exacta del estado interior» (Stern, 1991).

tura, escucha...). Diversos estudios han evidenciado que existe cierto paralelismo entre el desarrollo de las habilidades musicales y el de las comunicativas de la persona, lo que hace pensar que la evolución musical de Lucas —en la que cabe destacar el aumento de la intención, la dirección y la escucha— y la consciencia de la relación entre su música y la mía conllevan implícitamente una evolución de sus habilidades comunicativas.

Por último, el objetivo de **reducir el grado de dispersión del niño** no se trabajó de forma específica, sino que se fue logrando de forma paralela al desarrollo de la interacción. El siguiente gráfico muestra cómo evolucionó el tiempo de permanencia en la tarea a lo largo del proceso.



Tal como podemos observar, salvo en las sesiones 6, 11, 15 y 16, el tiempo de permanencia en la tarea tendió a ir en aumento a lo largo del proceso. Este aumento de la capacidad para permanecer en la tarea implica una reducción del grado de dispersión del niño en frecuencia y, sobre todo, en duración. Cabe destacar que la capacidad de atención de Lucas evolucionó paralelamente al nivel de interacción, ya que, a medida que aumentaba la interacción entre nosotros, aumentaba también el tiempo de permanencia en la tarea. De hecho, en las sesiones 6, 11, 15 y 16, el nivel de interacción fue bajo y coincide con que el tiempo de permanencia en tarea disminuyó significativamente. Esta correlación se debe a que la atención es un pre-

rrequisito para la interacción (Holck, 2011), y, al mismo tiempo —por lo vivido en las sesiones—, considero que una interacción significativa y divertida favoreció que Lucas mantuviese la atención.

No obstante, es importante tener en cuenta que en la primera sesión Lucas permaneció tocando 37 minutos, aunque de forma aislada. Esto indica que, al principio del proceso, el niño ya era capaz de mantener la atención durante periodos de tiempo bastante largos si algo le interesaba. Por tanto, lo que realmente ha aumentado a lo largo del tratamiento ha sido el tiempo de permanencia en tarea con el otro, lo que implica un desarrollo de las habilidades de atención conjunta, ya que esta puede inferirse cuando el niño es capaz de compartir con otra persona la intención en las acciones realizadas conjuntamente y la atención con otra persona sobre el mismo objeto (Hernández, Ruiz y Martín, 2007). No obstante, considero que, en este caso, el aumento del tiempo de permanencia en tarea con el otro implica algo más que intención y capacidad de atención. A mi juicio, también tiene que ver con compartir la experiencia estando con el otro, es decir, con un contacto interpersonal en el que los afectos de ambos están en resonancia (Stern, 1991).

Conclusión

Compartiendo esta experiencia, que para mí ha sido muy enriquecedora tanto en lo profesional como en lo personal, he querido mostrar, basándome en un caso real y concreto, lo que la musicoterapia puede aportar para tratar de mejorar la calidad de vida de las personas.

A Lucas le ayudó a desarrollar sus habilidades sociales y comunicativas, la relación emocional y la atención conjunta.

En el caso de las personas con deficiencia visual, la musicoterapia contribuye a mejorar la autoestima y aporta beneficios en diversos ámbitos (motor, afectivo, psicológico, social...), focalizando el trabajo en aquellos aspectos que atañen a las necesidades concretas de cada individuo (intervención individual) o del grupo (intervención grupal). Al fin y al cabo, tal como dijo Frances Wolf, «la música no cura la ceguera, aunque, sí puede curar al ciego» (Benenzon, Hemsy de Gainza y Wagner, 1998; p. 192).

Bibliografía

- ALVIN, J. (1978). *Music therapy for the autistic child*. Londres: Oxford University Press.
- AZCONA, S. (2013). *Del oído al corazón. Estudio de caso: musicoterapia con un niño con ceguera adquirida*. Instituto Música, Arte y Proceso [comunicación sin publicar].
- BAIXAULI, V. (2011). *Musicoterapia y autoconocimiento: desarrollo motor y desarrollo del esquema corporal en ceguera y deficiencia visual*. Instituto Superior de Estudios Psicológicos. [Trabajo final de máster sin publicar; texto en PDF disponible [en la página del ISEP](#)].
- BARAHONA, V. (2010). *Descripción y registro de un trabajo musicoterapéutico con niños deficientes visuales* [formato PDF]. Valparaíso, Chile: Universidad de Chile.
- BENENZON, R., HEMSY DE GAINZA, V., y WAGNER, G. (1998). *Sonido, comunicación y terapia*. Salamanca: Amarú.
- BRUSCIA, K. (1997). *Definiendo musicoterapia*. Salamanca: Amarú.
- BRUSCIA, K. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz: Agruparte.
- BURGOS, S. (2010). *Musicoterapia en la educación especial de jóvenes con discapacidad visual* [formato PDF]. Santiago (Chile): Universidad de Chile. Sin publicar.
- CHECA, J., DÍAZ, P., y PALLERO, R. (coords.) (2003). *Psicología y ceguera: manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual* [formato DOC]. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- DAUBER, M. (2011). «What is essential is invisible to the eye»: a music therapy tale of a young woman with visual impairment [formato PDF]. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, número especial 2011, 20-29.
- DIMITRIADIS, T., y SMEIJSTERS, H. (2011). Autistic spectrum disorder and music therapy: theory underpinning practice. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(2), 108-122.
- GALET, S., y LORENTE, G. (2005). *La deficiencia visual*. Ceuta. Sin publicar.

GONZÁLEZ, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.

- GOLD, C., WIGRAM, T., y ELEFANT, C. (2006). Music therapy for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19(2).
- GOURGEY, C. (1999). La musicoterapia en el tratamiento del aislamiento social de los niños discapacitados visuales. *Entre dos mundos: revista de traducción sobre discapacidad visual*, 10, 47-54.
- HERNÁNDEZ, J. M., RUIZ, B., y MARTÍN, A. (2007). *Déjame que te hable de los niños y niñas con autismo de tu escuela*. Madrid: Teleno.
- HOLCK, U. (2004). [Interaction themes in music therapy: definition and delimitation \[formato PDF\]](#). *Nordic Journal of Music Therapy* 13(1), 3-19.
- HOLCK, U. (2004). [Turn taking in music therapy with children with communication disorders \[formato PDF\]](#). *British Journal of Music Therapy*, 18(2) 45-54.
- HOLCK, U. (2011). [Forskning i musikterapi: børn med en Autisme Spektrum Forstyrrelse \[formato PDF\]](#). *Dansk Musikterapi*, 8(2), 27-35.
- KIM, J., WIGRAM, T., y GOLD, C. (2008). [The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: a randomized controlled study \[formato PDF\]](#). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1758-1766.
- KIM, J., WIGRAM, T., y GOLD, C. (2009). [Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy \[formato PDF\]](#). *Autism*, 13(4), 389-409.
- NADEL, J., GUÉRINI, C., PEZÉ, A., y RIVET, C. (1999). The evolving nature of imitation as a format for communication. En: J. NADEL y G. BUTTERWORTH (eds.), *Imitation in infancy*, p. 209-234. Cambridge: Cambridge University Press.
- ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES (2009). [Ceguera y deficiencia visual \[formato PDF\]](#). Sin publicar.
- PORTÉ, J. (2014). [La interacción con un niño con TEA \(Trastorno del Espectro Autista\) a través del juego de turnos \[formato PDF\]](#). Aalborg (Dinamarca): Aalborg Universitet. Tesis de máster del Programa de Máster en Musicoterapia.

GONZÁLEZ, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.

RIVIÈRE, A. (2001). *Autismo: orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trota.

STERN, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Barcelona: Paidós.

STERN, D. N. (1997). *La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

TREVARTHEN, C. (2002). [Autism, sympathy of motives and music therapy \[formato PDF\]](#). *Enfance*, 54(1), 86-99.

WIGRAM, T. (2005). *Improvisación: métodos y técnicas para clínicos, educadores y estudiantes de musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz: AgrupArte.

WIGRAM, T., y ELEFANT, C. (2009). Therapeutic dialogues in music: nurturing musicality of communication in children with autistic spectrum disorder and Rett syndrome. En: S. MALLOCH y C. TREVARTHEN (eds.), *Communicative musicality: exploring the basis of human companionship*, p. 423-445. Nueva York: Oxford University Press.

WIGRAM, T., PEDERSEN, I., y BONDE, L. (2005). *Guía completa de musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz: AgrupArte.

WINNICOTT, D. (1982). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

GONZÁLEZ, S. (2016). Musicoterapia con un niño con deficiencia visual y dificultades para la integración social. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 68, 102-122.