



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE
POSTÍTULO EN MUSICOTERAPIA

**Proceso Musicoterapéutico en un paciente con Parálisis Cerebral
perteneiente al Hogar Los Jazmines – Coanil**

Por

Denise Dendarien Orellana

Profesora de Educación Musical para la Educación pre escolar y básica

Licenciada en Educación

Profesora Guía: Silvia Andreu

Santiago, Julio de 2013

INDICE

Contenidos

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MARCO INSTITUCIONAL.....	6
3. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA.....	11
3.1. Realidad social del Hogar	11
3.2. Realidad de “C” en el Hogar	13
3.3. Desde dónde trabajar	14
4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	16
4.1. La Discapacidad	16
4.2. La Parálisis Cerebral.....	18
4.2.1. Causas de la Parálisis Cerebral	19
4.2.2. La Parálisis Cerebral según su distribución	20
4.2.3. Tipos de Parálisis Cerebral.....	22
4.2.4. Trastornos asociados a la Parálisis Cerebral	24
5. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO.....	26
5.1. La discapacidad desde una mirada terapéutica	26
5.2. La Musicoterapia en Paralisis Cerebral	28
5.3. La mirada de Gustavo Gauna al trabajo musicoterapéutico	32
5.4. Entendimiento de la clínica desde la expresividad.	33
6. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA MUSICOTERAPÉUTICA.....	37
6.1. Valoración diagnóstica por sesiones.....	37
6.2. Conclusiones de la Valoración Diagnóstica	39

7. DESARROLLO DEL PROCESO	41
7.1. Objetivos	41
7.2. Metodología.....	42
7.3. Estructura de sesiones	44
7.4. Encuadre.....	45
7.5. Etapas del Proceso	48
7.5.1. Primera Etapa: “Conociéndonos”	49
7.5.2. Segunda Etapa: “Comunicándonos”	52
7.5.3. Tercera Etapa: “Quiebre”	54
7.5.4. Cuarta Etapa: “Reencontrándonos”	58
7.6. Análisis	61
7.6.1. Proceso del paciente	61
7.6.2. Vivencias personales del proceso realizado.....	67
7.6.3. Debilidades.....	68
7.7. Evaluación del proceso musicoterapéutico	70
7.7.1. Criterios de evaluación	70
8. CONCLUSIONES.....	73
9. BIBLIOGRAFÍA.....	74

1. INTRODUCCIÓN

La siguiente monografía pretende dar cuenta de la experiencia musicoterapéutica desarrollada en el periodo de práctica profesional del Curso de Especialización de Postítulo en terapias de Artes mención Musicoterapia

El proceso se realizó en el Hogar Los Jazmines, perteneciente a Fundación Coanil, ubicado en la comuna de La Reina, donde se brinda atención a niños y adultos con discapacidad intelectual severa y profunda sin deambulación, en su mayoría en situación de abandono y vulneración de sus derechos.

La intervención fue llevada a cabo con un joven de 17 años ("C"), el cual tiene un diagnóstico de Parálisis Cerebral por ingestión co-gestacional, además de trastornos asociados a la patología. Se contemplaron, para el proceso, sesiones semanales de 45 minutos de duración aproximadamente, abarcando así, un ciclo de cuatro meses, iniciado el 25 de Agosto del 2012 y concluido el 14 de Diciembre de 2012, realizando un total de 16 sesiones.

En el desarrollo del trabajo se presentará el marco institucional de donde se llevará a cabo la intervención. Luego se detallará la aproximación diagnóstica del caso, la cual estará dividida en dos partes; una que abarcará los aspectos clínicos y técnicos de la patología y otra que se enfocará en la mirada musicoterapéutica con la cual se abordará el proceso. Ambas aproximaciones,

estarán acompañadas de un marco teórico que complemente y respalde ambas visiones, lo cual conceptualizará e informará sobre los tipos de enfermedades, causas, complejidades y cuidados de los pacientes que padezcan este tipo de trastorno, además de exponer los aportes y fundamentos necesarios desde donde la musicoterapia se situará para llevar a cabo el proceso. Para lo anteriormente expuesto se ha contemplado el trabajo teórico de grandes musicoterapeutas con experiencia en el área a trabajar, tales como Juliette Alvin, Gustavo Gauna y Gabriel Federico.

Con todo lo anterior, se dará pie al desarrollo del proceso, donde se expondrán los objetivos, los modelos, las técnicas y la metodología utilizada a lo largo de la experiencia, lo que permitirá el análisis y las conclusiones de dicho proceso terapéutico. Finalizando así con una conclusión personal del proceso.

2. MARCO INSTITUCIONAL

a. Historia

Coanil es una fundación que comenzó a crear residencias y escuelas a partir del año 1974. Convirtiéndose en la institución más importante al servicio de personas con discapacidad intelectual en el país.

La fundación comienza con el objetivo de mejorar la situación social y económica en que se encontraban las personas con discapacidad intelectual, especialmente en los sectores de extrema pobreza del país, centrando hoy su gestión en las áreas de protección, educación y capacitación de este importante grupo de personas, con el fin de conseguir, de ser posible, su inclusión laboral.

Lo que respecta al Hogar Los Jazmines, donde se llevó a cabo esta intervención, su principal objetivo es atender a niños con discapacidad intelectual severa y profunda con discapacidad motriz que dificulta su desplazamiento autónomo, contemplando también que todos los niños y adultos acogidos en este hogar son pacientes con medida de protección.

Primeramente el objetivo del Hogar era ser una medida de protección para el paciente que brindara su estadía y cuidado de una manera transitoria, pero las situaciones y los contextos familiares y sociales de los pacientes impidieron que esta medida se pudiera cumplir a cabalidad, debido a que el

trabajo con la familia es dificultoso, por la pobreza y la disfunción familiar. Además de requerir la mayoría de los pacientes cuidados especiales.

Por estos motivos la mayoría de los egresos de la fundación no son exitosos, teniendo como motivo de egreso muchas veces la ascensión del paciente.

De esta manera Coanil es una importante institución dedicada a la atención de personas con discapacidad intelectual, promoviendo y ejecutando programas y modelos de atención que cubren todo su ciclo de vida.

b. Misión y Visión

Misión: *Coanil es una fundación con presencia nacional que promueve la inclusión de las personas con discapacidad intelectual proporcionando servicios de apoyo que contribuyan a mejorar su calidad de vida.*

Visión: *Queremos ser líderes en la entrega de servicios de apoyo para las personas con Discapacidad Intelectual, e influir en el cambio social que favorezca sus derechos ciudadanos y mejore su calidad de vida. (COANIL)*

c. Valores:

Respeto a la dignidad de la persona.	Valor a la diversidad.
Honestidad y compromiso en la acción	Calidad en lo que hacemos.
Humildad y alegría para servir.	Austeridad.
Compartir nuestra experiencia y conocimiento con generosidad.	

(COANIL)

La siguiente información fue facilitada, a través de una entrevista no formal, por la directora del Hogar Los Jazmines y por la terapeuta ocupacional del centro quien estuvo a cargo del proceso dentro de la institución,

d. Infraestructura

El Hogar Los Jazmines acoge aproximadamente a 115 pacientes, con discapacidad cognitiva, motora y retos múltiples.

Teniendo una totalidad de 4 pabellones, distribuidos de la siguiente manera:

A - Mujeres jóvenes y adultas	B - Hombres jóvenes y adultos
C - Jóvenes con movilidad limitada, mayor dificultad conexión con el medio, patologías respiratorias crónicas, asociadas.	D - Niños mixto (15 años)
UCI. Capacidad máxima 7 personas (permanente casos con problemas respiratorias)	

e. Entorno social

Todos los pacientes ingresados al Hogar Los Jazmines de la Fundación Coanil presentan índices de vulnerabilidad, tanto social, económica como de derechos.

Los Ingresos son de todo el país con un perfil de discapacidad, retos múltiples, discapacidad motora cognitiva, siendo la principal patología la parálisis cerebral y los síndromes genéticos.

La Dupla psicosocial, (psicólogo- asistente social), que trabajan con la familia, es la encargada de buscar a los familiares del paciente, (padres) y comenzar el trabajo con ellos. Teniendo en cuenta que el apoyo que recibe cada paciente de parte de su familia dependerá y variará según el caso.

f. Recursos humanos

Los recursos humanos que se cuentan dentro del Hogar Los Jazmines son reducidos para la cantidad de pacientes que este centro acoge, los cuales, entre personal, y equipo interdisciplinario, están distribuidos de la siguiente manera:

- Personal:

2 Jefas de turnos (mayor capacitación, sin ser técnicos)	4 Cuidadoras por pabellón
--	---------------------------

- Equipo Multidisciplinario:

Asistente social	Psicólogo (parte social y manejo conductual)
Kinesiólogo (trabajo motor y respiratorio)	Terapeuta ocupacional
Nutricionista	1 Enfermera encargada de trato directo

g. Financiamiento:

La Fundación Coanil, es una fundación sin fines de lucro, por lo cual los ingresos para su financiamiento provienen de ayudas externas.

Municipalidad	SENADIS (ayudas técnicas con mayores de edad.)
SENAME (subvención, escasa)	Teletón (ayudas técnicas para menores de edad)
Hospital Luis Calvo Mackenna	Hospital Salvador
Escuela Especial de Coanil	Escuela Especial Externa (menor grado discapacidad)
Ingresos de privados (proporcionado a través de donaciones)	

3. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

A continuación se detallarán las principales problemáticas observadas en el lugar de intervención, tomando en cuenta la realidad social que se vive en el hogar, como también la realidad del paciente en este contexto, su llegada a la fundación, su patología, su derivación y sus principales necesidades abordables a través del proceso musicoterapéutico. De esta forma y enfocada en estos aspectos, se trabajará a lo largo de la intervención, para así ir contribuyendo positivamente a los requerimientos tanto de la institución, como del paciente.

3.1. Realidad social del Hogar

El hogar “Los Jazmines” acoge a aproximadamente 115 pacientes, con retos múltiples, siendo la principal patología la Parálisis Cerebral. Todos son pacientes que requieren de cuidados estables y minuciosos, por lo cual el trabajo aquí debe ser de compromiso, tomando en cuenta la cantidad de cuidadoras y especialistas a cargo para la cantidad de pacientes que acoge este centro.

Las condiciones suelen no ser las óptimas, debido al escaso personal y la cantidad de trabajo que hay que desarrollar. Siendo esta la principal problemática a observar, teniendo un total de 20 cuidadoras aproximadamente

distribuyendo 4 para cada pabellón, donde los cuidados que se le tienen que dar son a pacientes dependientes en un 100%.

La falta de estimulación y la desconexión con el entorno también son problemáticas observables en el hogar. Muchos de los pacientes, sobretodos los adultos carecen de terapias y de estimulación. Son pacientes que ya no van al colegio y donde solo son cubiertas sus necesidades básicas médicas, de aseo y alimentación. Ellos pasan la mayoría del tiempo en sus sillas de ruedas (a los pies de sus camillas) y de no ser así están acostados, siempre dentro de los pabellones, no salen a su exterior, a menos de ir a la escuela, los más niños y adolescentes, como es el caso de “C” con quien se llevará a cabo la intervención. En el caso de pacientes con acceso a mayor movilidad y acceso a manipular su silla de ruedas, se les puede ver (a unos pocos) andar por los pasillos del centro.

Como se puede apreciar, todos son problemas que van de la mano unos con otros. La falta de personal, con la falta de estimulación, faltas de tratamientos y falta de conexión. Todo esto se podría ver suplido si se aborda la primera problemática presentada referente al escaso personal profesional y de cuidado.

Por lo mismo el llevar a cabo esta intervención será de gran utilidad para la institución, ya que, a través de la musicoterapia se estará aportando beneficiosamente a las necesidades del paciente asignado. Brindando un

espacio de contención, reforzador de su mundo interno, favoreciendo la conexión con su entorno y ayudando con un espacio de estimulación.

Para esto se ideará un plan de trabajo que vaya acorde a las necesidades del paciente, con esto se intentará abordar cada una de las problemáticas planteadas que sin duda, cada una de ellas se traducen también en el ámbito emocional del individuo.

3.2. Realidad de “C” en el Hogar

“C” es un paciente de 17 años residente del hogar Los Jazmines, perteneciente a la Fundación COANIL.

Hace ingreso al hogar el 08 de Junio de 1998 a la edad de 3 años y 5 meses aproximadamente, con un diagnóstico de Parálisis Cerebral por ingestión congestional, además de los trastornos asociados a la patología, tales como, daño pulmonar, epilepsia, hiperactividad, hiperacusia, alteración severa de la relación, comunicación y conducta, entre otros, destacando estos últimos tres como clave para la derivación de “C” a la terapia.

En la institución no se registran antecedentes familiares del paciente, como tampoco existe un registro de visitas de familiares o cercanos al paciente, por lo

cual se encuentra en una situación de completo abandono por parte de su familia.

En la actualidad “C” recibe kinesioterapia y terapia ocupacional como parte de las terapias y cuidados ofrecidos por el hogar, además de asistir a la escuela especial “Ruca Rayen” perteneciente a la Fundación Coanil, donde se encuentra en el nivel 1 A, siendo este el más básico dentro de los que propone el decreto 815 promulgado en el año 1990¹.

Finalmente, por lo anteriormente expuesto, y para ayudar a la realidad del paciente es que el proceso en sí, se llevó a cabo entre 24 de agosto y el 14 de diciembre del año 2012, con un total de 16 sesiones realizadas semanalmente los días viernes con una duración de 30 a 45 minutos aproximadamente.

3.3. Desde dónde trabajar

Con lo anteriormente expuesto, se hace evidente la complejidad del caso, debido a las múltiples aristas por abarcar para encausar la mirada musicoterapéutica desde donde se abordará el caso.

¹ Establece normas técnico/pedagógicas para atender educandos con graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación que alteran su adaptación social, comportamiento y desarrollo individual y aprueba planes y programa de estudio integral funcional. (BCN)

Las problemáticas observadas serán abarcadas a partir de las siguientes temáticas:

- La discapacidad
- La parálisis cerebral.

Desde aquí se intentará dar cuenta de la realidad de "C" desde el punto de vista de su patología, intentando también posteriormente abordar su problemática desde una mirada inclusiva y terapéutica.

4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

4.1. La Discapacidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende por discapacidad lo siguiente: *“Término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.”* Además agrega, *“La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.”* (Lourdes Ainhoa Hermida Ayala, 2010)

La OMS junto a la CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías) propone el siguiente esquema para entender la discapacidad (1980), tratando de ir mas allá del proceso mismo de la enfermedad y clasificar las consecuencias que ésta deja en el individuo, tanto en su cuerpo como en su persona y en su relación con la sociedad.

Enfermedad → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía

- **Enfermedad:** Situación intrínseca, abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente.
- **Deficiencia:** Exteorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos como en sus funciones (incluidas las psicológicas)
- **Discapacidad:** Objetivación de la deficiencia en el sujeto, con repercusión en su capacidad de realizar actividades en términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características.
- **Minusvalía:** Socialización de la problemática, causada en un sujeto por las consecuencias de su enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio. (Sánchez, 2001)

La OMS junto con la CIDD definen los tres ámbitos de consecuencia de la enfermedad de la siguiente manera.

- **Deficiencia:** Pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **Discapacidad:** Restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacisas de realizar una actividad dentro de los margenes considerados normales para el ser humano.

- **Minusvalía:** Situación desventajosa para un individuo, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol correspondiente a su edad, sexo o factores sociales y culturales. (Sánchez, 2001)

4.2. La Parálisis Cerebral

“La parálisis cerebral se define como un trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro, lesión que no es progresiva y causa un territorio variable de la coordinación de la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para mantener posturas y realizar movimientos normales.” (Bobath, 1982, pág. 13 y 14).

Este impedimento afecta normalmente otras partes del cerebro provocando dificultad en el lenguaje, la visión y la audición con diferentes tipos de alteraciones de la percepción, y cierto grado de retardo mental y/o epilepsia.

Una lesión de este tipo, afecta al cerebro inmaduro, por ende interfiere en la maduración del SNC, lo cual afecta distintamente dependiendo de sus consecuencias. La lesión afecta al niño de por vida, el daño no empeora, pero a medida que el niño crece, las secuelas se hacen más notables.

La OMS (2000) define la Parálisis Cerebral como una condición o incapacidad del niño debido a un desorden del control muscular. Debido a que antes o después del nacimiento, una pequeña parte del cerebro del niño se daña, afectando a aquella parte que controla el movimiento. Los músculos reciben una mala información, procedente de la zona del cerebro que se encuentra afectada y se provoca una contracción excesiva o por el contrario muy poca o nada. Sin embargo, los músculos no están paralizados. (Rehabilitation World Health Organization, World Confederation for Physical Therapy, Asociación Española de Fisioterapeutas, World Federation of Occupational Therapy, 2000)

4.2.1. Causas de la Parálisis Cerebral

El daño cerebral, que como consecuencia lleva a la parálisis cerebral puede ser causado por tres factores, los cuales se pueden generar en momentos diferentes del desarrollo del niño: antes de nacer, en el nacimiento o antes de los tres años de vida. Designándose como causas prenatales, perinatales y postnatales. (Federico, 2007)

- **Causas Prenatales:** en el período embionario o fetal, pueden existir lesiones por intoxicación materna, traumatismo en la

madre (paro cardiaco), exposición descuidada a rayos X, enfermedades virósicas (rúbeola), por problemas de hipertensión, adicción a drogas, tabaco, alcohol, por factores genéticos, alteraciones en el desarrollo intrauterino, entre otras.

- **Causas Perinatales:** en el momento del nacimiento. Las causas que ocasionan lesión cerebral por falta de oxígeno son: problemas con el cordón umbilical, pelvis muy estrecha (el bebe encaja mal), mala circulación de fórceps, nacimiento con bajo peso o prematuro, reacciones adversas a anestesia epidural, nacimiento brusco, placenta envejecida (pasándose de la fecha de parto)

- **Causas postnatales:** las causas más comunes son entre los primeros seis meses de vida por traumatismo de cráneo (golpe y rotura de cráneo), deshidratación, virus, anestesias, intoxicaciones, ahogos, electrocución, entre otras. (Federico, 2007)

4.2.2. La Parálisis Cerebral según su distribución

a) Hemiplejía: Existe un compromiso de solo una mitad del cuerpo, mientras que la otra funciona con normalidad. La afección se produce

sólo en un hemisferio. Donde los miembros más afectados son los superiores.

b) Displejía: El compromiso es de todo el cuerpo. La afección mayor es en la parte inferior. Existe mayor control en brazos, manos y cabeza. Puede existir lenguaje verbal normal. El niño presenta también problemas de estrabismo.

c) Tetruplejía (Cuadruplejía): Existe un compromiso total del cuerpo, con mayor afección en la parte superior. Su distribución es asimétrica. En el caso de existir una asimetría muy marcada se denomina hemiplejía doble. Existe un deficiente control de cabeza y coordinación ocular. Presenta dificultades en su alimentación y en su comunicación verbal. (Bobath, 1982)

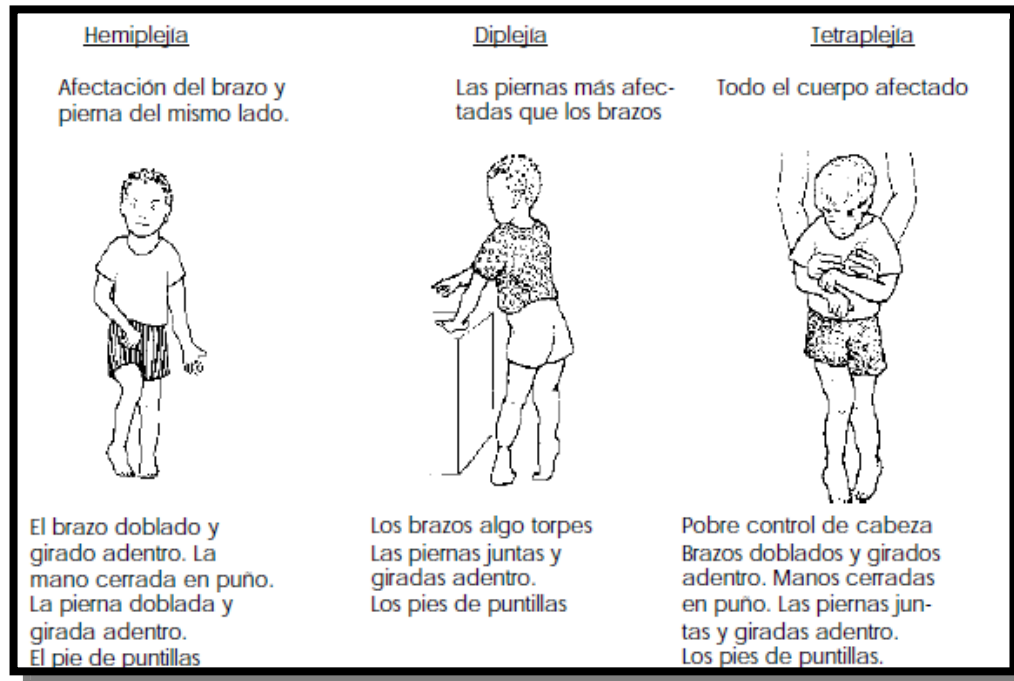


Fig 1. (Rehabilitation World Health Organization, World Confederation for Physical Therapy, Asociación Española de Fisioterapeutas, World Federation of Occupational Therapy, 2000)

4.2.3. Tipos de Parálisis Cerebral

Los tipos de parálisis cerebral se clasifican de acuerdo al tono muscular, la inervación recíprova y la distribución de la enfermedad. Se trata de la influencia de estos patrones posturales sobre las capacidades funcionales del niño. La comprensión de estos factores ayuda a una mejor comprensión de la naturaleza del impedimento y también formaría la base para una orientación sobre el tratamiento y manejo de la enfermedad. Siendo el primer y principal objetivo

entregar al niño una base más normal de tono postural, lo que dependerá de la distribución de la enfermedad. (Bobath, 1982)

- **P.C Espástica:** “Músculos contraídos o duros”, realiza movimientos lentos y torpes. Provoca posiciones anómalas en el niño, lo que provoca disminución en la variedad de movimientos. Es el tipo de parálisis más común.

- **P.C Atetóxica:** “Movimientos incontrolados”, espasmódicos, lentos y reptantes en piernas, brazos, manos y cara. Los movimientos son constantes y se asentúan, siendo peores cuando el niño está excitado o de pie y disminuyen cuando está calmado. Las posturas corporales del niño varían dependiendo de los músculos que estén duros y tensos o flácidos y blandos. El equilibrio es pobre, el niño no puede mantenerse quieto.

- **P.C Atáxica:** “Movimientos inseguros y vacilantes” se aprecian cuando se trata de mantener el equilibrio, caminar o realizar actividades con las manos.

- **P.C Mixta:** Mezcla de dos tipos de parálisis. Por ejemplo, Parálisis Cerebral espástica con movimientos atetóxicos. (Rehabilitación World Health Organization, World Confederation for Physical Therapy,

Asociación Española de Fisioterapeutas, World Federation of Occupational Therapy, 2000)

4.2.4. Trastornos asociados a la Parálisis Cerebral

El pronóstico general de un niño con Parálisis Cerebral dependerá de la valoración de sus trastornos asociados más frecuentes.

- **Déficit por funciones cognitivas:** Trastornos asociados más frecuentes, van desde el retraso mental a los trastornos específicos de algunas funciones; lenguaje, atención, funciones visuales y perceptivas, etc.
- **Epilepsia:** Siguiendo trastorno en orden de frecuencia. La edad de inicio de la epilepsia se relaciona con la forma de PC, siendo en el primer año de vida en los niños con tetraparesia espástica y en niños con hemiparesia puede aparecer tardíamente aproximadamente a los 10 años. La gravedad dependerá de dos factores 1) las malformaciones cerebrales del niño, afecciones del SNC o lesiones corticales; y 2) el retraso mental que sufra el niño.
- **Trastornos psiquiátricos:** Labilidad emocional, déficit atencionales. También pueden aparecer rasgos obsesivos compulsivos o

incluso rasgos del espectro autista. La dependencia, la frustración o la baja autoestima también juegan un papel importante.

- **Déficit sensoriales:** Trastornos visuales y auditivos. Los cuales en algunos tipos de PC pueden ser en parte corregidos.

- **Otros:** Muchas veces minusvalorados, pero con una clara repercusión en la calidad de vida del niño. Entre ellos están, trastornos de alimentación, retraso del crecimiento, osteopenia, reflujo esófago-gástrico, trastornos respiratorios, trastornos del sueño, entre otros.
(Hurtado, 2007)

5. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO

El siguiente marco teórico expondrá y explicará el enfoque musicoterapéutico que guió el proceso durante la experiencia de práctica. Contemplando así los quehaceres musicoterapéuticos de Gustavo Gauna, Juliette Alvin y Gabriel Federico, donde, basándose en los lineamientos de los autores anteriormente mencionados, se dará pie al desarrollo, la comprensión y el análisis del trabajo realizado.

5.1. La discapacidad desde una mirada terapéutica

Gabriel Federico en su libro *“El Niño con Necesidades Especiales”* plantea la discapacidad como una capacidad diferente, un sistema que funciona alterado. (Federico, 2007)

Las limitaciones físicas y motoras que presenta una persona con PC, impiden o ven interferida su comunicación, ya que, para que ésta se desarrolle, es necesario que exista una recepción, una escucha y una interpretación, lo cual se alcanza con un nivel de maduración intelectual que permite que este acto se desarrolle.

Según Gabriel Federico, en este caso debemos considerar dos aspectos importantes: primero, nivel en que la afección motriz impacta la periferia, en el

contacto y relación con el medio ambiente, (donde nosotros estaríamos ubicados) y el grado en que esta limitación debilita las posibilidades de conexión internas que puede hacer la mente. (Federico, 2007)

Cerebro y mente están directamente relacionados, es decir, si la información no llega desde el cuerpo al cerebro a través de las experiencias, el cerebro no enviará la información necesaria al cuerpo para ejecutar los movimientos que se requieran para intercambiar vivencias con el entorno.

Es por esta razón que el cerebro debe estar tempranamente estimulado, para así poder ampliar sus posibilidades de conexiones y lograr mayores respuestas a los estímulos que se reciben. Es importante considerar que en el ámbito de la parálisis la actividad muscular está alterada, no totalmente ausente. Al abordar tempranamente se debe tener en cuenta el factor de plasticidad neuronal que se entiende como la capacidad de las neuronas de asumir el papel de otra que esté lesionada a través de un importante estímulo. (Federico, 2007, pág. 22)

Como seres humanos reaccionamos constantemente a los estímulos que a diario recibimos o se nos entregan, es por esta razón la importancia del estímulo en el niño con PC, debido a que él es estímulo-dependiente y el estímulo cumple un rol fundamental en su desarrollo de habilidades físicas, emocionales, motoras, cognitivas, espirituales y sociales, donde es importante

considerar que la experiencia sensorial y sus tiempos, serán diferentes a los nuestros.

La persona o el niño siempre trae consigo una historia, independiente a que no pueda contarla, éste antes de ser entendido desde una patología o una discapacidad, debe ser considerado como un niño o una persona, con las mismas necesidades de afecto, de juego y de experimentación. Potenciaremos entonces estos aspectos para así rescatar las áreas sanas del niño, y en un primer momento, o al menos durante la terapia, no se considerarán las afectadas como la totalidad del paciente a tratar.

5.2. La Musicoterapia en Parálisis Cerebral

Los aportes que la musicoterapia puede hacer en el tratamiento de la Parálisis Cerebral (PC) son tremendamente significativos, ya que el participar en una experiencia musical involucra una serie de procesos neuro-fisiológicos y psicológicos identificables, y desarrolla aptitudes motoras, perceptivas, y cognoscitivas que activan procesos afectivos y de sociabilización en el paciente. En una misma actividad musical suceden, en el mismo momento, diferentes procesos de percepción y ejecución que involucran experiencias sensoriales, motrices, emocionales, cognitivas y sociales. La experiencia musical, al ser

integradora favorece que en una misma actividad musical se lleven a cabo diferentes procesos de percepción y ejecución, lo cual incrementa el desarrollo de las capacidades, de la siguiente manera:

- Sensoriales: oír, escuchar, reconocer y discriminar sonidos.
- Motrices: ejecutar instrumentos, movimientos.
- Emocionales: expresar estados de ánimo o sentimientos.
- Cognitivos: atención, concentración, memoria, análisis y síntesis.
- Sociales: participación en actividades musicales colectivas, respecto a la producción sonoro-musical de otros sujetos, etc. (Ponencias, 2002)

Gabriel Federico plantea que la musicoterapia puede ser considerada una disciplina funcional, sistemática y científica. Funcional porque utiliza la música como medio, sistemática debido a su abordaje clínico y científica porque de sus casos se realizan investigaciones.

“La musicoterapia es una disciplina que estudia los aspectos sonoros de la persona a nivel receptivo, expresivo y relacional. Utiliza como recurso al sonido en todas sus dimensiones para favorecer los procesos saludables en el ser humano.” (Federico, 2007, pág 57)

Principalmente en este ámbito la musicoterapia ayuda a reforzar el mundo interno de quien se le aplique, entregando un experiencia estimuladora, favoreciendo a su calidad de vida y además rescatando los núcleos sanos del paciente desde donde podremos trabajar, involucrando así cuerpo, mente y espíritu.

Como bien cita Patricia Sabbaalla a Benenzon, Gainza, Ruud y Trevarthen en su ponencia sobre Musicoterapia y Parálisis Cerebral: *“La música es una actividad que los seres humanos desarrollan a lo largo de toda su vida, independiente de las características patológicas que estos presenten. La especie humana es, por naturaleza, productora y receptora de sonidos y en su desarrollo psico-evolutivo los estímulos sonoro-musicales influyen y contribuyen en la consolidación de la personalidad y en la definición de la identidad”* (Ponencias, 2002, pág 83)

El vínculo musicoterapéutico en el tratamiento de la Parálisis Cerebral, entendido desde la aceptación incondicional, permite la revelación y despliegue de núcleos sanos, potenciando así aspectos significativos de la persona, lo cual se convertirá en el eje fundamental de la terapia. Dejando de lado la corrección de la patología y aceptando las condiciones y habilidades del ser humano en la sesión.

“Oír o hacer música puede ser un estímulo o un regulador de movimiento, el ritmo y otros elementos dinámicos provocan reflejos físicos espontáneos. El paciente que padece una coordinación muscular defectuosa, y una falta de ritmo físico, puede ser ayudado por el dinamismo de la música cuando busca o recrea en sí un sentido de ritmo ordenado sin el cual sus movimientos o aún la palabra son quizá desordenados y descontrolados. En tales casos oír o hacer música son dos procesos complementarios entre sí.”
(Alvin, 1967, pág. 134)

La musicoterapia abarca al niño o adulto desde su naturaleza de ser humano, antes que considerarlo como un ser con una patología, problema, limitación o diagnóstico. Partiendo así su trabajo desde las habilidades, para así propiciar el refuerzo sus debilidades, poniendo en juego todas las dimensiones del ser humano en función de una mejora de su salud.

El niño con PC con daño intelectual severo y profundo, como será el caso del paciente con el que se llevó a cabo esta intervención, no posee lenguaje verbal, pero aún así puede responder a estímulos musicales, siempre que éstos sean adaptados a sus características. El niño necesitará experiencias creadoras y reforzadoras que le permitan gozar de un relativo éxito, donde de esta forma se estará desarrollando tanto motriz como emocionalmente. Para lo siguiente es oportuno pensar en la adaptación de ciertos objetos o instrumentos

utilizados en sesión, siempre de acuerdo a las capacidades del niño, sus necesidades y a su etapa real de desarrollo. Es importante mencionar, que un instrumento u objeto adaptado que resulte demasiado inmaduro para el paciente, resultará igual de perjudicial para una buena adaptación como materiales demasiado avanzados que escapen de sus posibilidades de exploración y manipulación.

Como bien menciona Juliette Alvin en su libro “Musicoterapia para el Niño Disminuido” haciendo referencia al estímulo que significa la música en el niño. En él ella postula que la música estimula la vida emocional del niño disminuido, una vida llena de riquezas, a diferencia de su vida intelectual. La música le brinda al niño la posibilidad de experimentar expresiones, sentimientos y emociones. El hecho que no sea capaz de utilizarlos, porque carece de la organización intelectual para realizarlo, no significa que internamente no se esté movilizándolo su vida interior. (Alvin J. , 1965)

5.3. La mirada de Gustavo Gauna al trabajo musicoterapéutico

Para abordar al musicoterapeuta Gustavo Gauna, nos enfocaremos en dos de sus trabajos. “Entre los Sonidos y el Silencio” (1996) y “Diagnóstico y Abordaje Musicoterapéutico en la Infancia y en la Niñez” (2009).

Gauna ofrece una gran variedad de conceptos y herramientas para desenvolver el quehacer musicoterapéutico, los cuales han sido lineamientos de este trabajo terapéutico.

El autor plantea abordar al paciente desde los aspectos de su expresividad, donde estos pasan a ser constantes y estructurados, lo cual genera un paralelismo entre lo inconsciente y la realidad del paciente, creando así una transformación y un enriquecimiento de esta dinámica a través de la integración de nuevas variantes.

5.4. Entendimiento de la clínica desde la expresividad.

Primeramente, nos enfocaremos en los Núcleos de Salud o Núcleos Sanos, donde el autor plantea una propuesta terapéutica que valora la expresión como dirección de la cura. El situarse como terapeuta a la misma distancia del paciente y permitir así la apertura de su expresividad es lo que llevará a la movilización del individuo en sus modos de comunicación. (Gauna, 2009)

En la patología, los núcleos enfermos van cercando la personalidad del paciente y disminuyendo su expresividad, es por eso que en musicoterapia se busca movilizar la expresión y la emotividad del paciente contemplando sus

aspectos saludables, a través de estímulos corporo-sonoro.musicales, mostrando así, al individuo la posibilidad de representación de su emotividad. De esta manera se logra acceder a su mundo interno, logrando canalizar y liberar las emociones, abordando al paciente desde sus posibilidades y no de sus limitaciones.

La musicoterapia a través de la mirada de Gauna entiende al paciente en su totalidad, trabajando así por el bienestar, incluyendo sus conflictos y sus aspectos bien constituidos. (Gauna, 2009)

El autor nos hace ver la emoción como función de expresión psíquica de origen postural. La significación de la emoción es esencialmente psíquica, un modo de acción y un proceder del comportamiento “(...) *es un sinsentido querer distinguir de sus reacciones orgánicas la sensibilidad y los motivos que le son propios, para hacer de éstos un simple epifenómeno, una repercusión secundaria*” (Gauna, 1996, pág 31)

En base de la emoción surge la representación como una distancia afectiva y psíquica y es sobre esto mismo donde se construye el segundo concepto que abordaremos de Gustavo Gauna “La Personalidad Expresiva”

Se conoce como personalidad expresiva a aquella característica particular, personal, definida, que cada sujeto posee y utiliza consciente o inconscientemente, como modelo de expresión y de comunicación. Lo

anteriormente mencionado se basa en las emociones, ya que de estas surge la representación, que según el autor aparece como una distancia afectiva y psíquica. (Gauna, 1996). Es en este proceso donde se constituye la personalidad expresiva, que finalmente pasa a ser reflejo de la constitución de la personalidad del individuo y su relación con el afuera.

El abordar al individuo desde el desarrollo de su expresividad, abordando todo esto como su propia personalidad permite que estas reacciones emotivas generen nuevas y permanentes búsquedas sensoriales, las cuales vayan constituyendo un modelo relacional. Con esta nueva forma de relacionarse, todas aquellas variantes o nuevos intercambios irán ampliando y enriqueciendo los modos de acción. *“Cada variante creará un espacio nuevo , de diferencia, de contraste, de amplitud expresiva y en esete sentido ese espacio se cargará de representación”* (Gauna, 1996, pág 31)

Resumiendo, los núcleos de salud tratan la capacidad de otorgar sentido a lo propio, estableciéndose como proceso permanente en el hombre. Es un proceso en continuo movimiento, donde lo nuevo se hace comprensible y lo viejo se somete al juego simbólico. Ambos a equilibrarse según los criterios saludables del paciente, intentando quebrar la inmovilidad existencial en la que él se encuentra.

Los núcleos de salud pueden estar activos como inmovilizados, lo importante es que existen, aún en las patologías más severas, donde nuestro ofrecimiento como musicoterapeutas será la acción expresiva, en el acoplamiento con el otro, para que esta expresión sea abierta y tenga un buen cause en su canalización.

6. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA MUSICOTERAPÉUTICA

Esta etapa comprendió 4 sesiones aproximadamente, abordadas entre el 24 de Agosto y el 14 de septiembre del año 2012.

Durante esta parte del proceso se trabajaron distintas técnicas de musicoterapia, para así evaluar la reacción de “C” a los diferentes estímulos musicales presentados en sesión, tales como: manipulación de instrumentos, juegos corporales, escucha de música editada, etc.

Primeramente el trabajo se basa en la observación, tanto de la respuesta a los diferentes estímulos musicales propuestos, como también de la capacidad de conexión con el entorno y sus posibilidades de acercamiento a los instrumentos.

6.1. Valoración diagnóstica por sesiones

Las sesiones de valoración diagnóstica, fueron arrojando las siguientes observaciones:

- **1ª Sesión Diagnóstica (24 – Agosto – 2012)**
 - No se observa una mayor conexión del paciente con el entorno.
 - No posee lenguaje verbal.

- Seguimiento visual y contacto ocular escaso y por periodos muy cortos.
- “C” duerme gran parte de la sesión.

- **2ª Sesión Diagnóstica (31 – Agosto – 2012)**

- “C” presentando una mayor conexión con los instrumentos,
- El contacto y el seguimiento visual se efectúa por lapsos más prolongados.
- Existe un interés por alcanzar los instrumentos y poder manipularlos.

- **3ª Sesión Diagnóstica (07 – Septiembre – 2012)**

- “C” parece relajarse con el trabajo receptivo, lo que se evidencia en la baja de sus niveles de hiperactividad.
- Logra estar cada vez más conectado y atento a la sesión.
- Mueve ciertas partes del cuerpo cuando son requeridas. Ej. las piernas.
- “C” muestra mayor interés en interactuar en la sesión, reaccionando a los estímulos que se intenta ofrecer.

- **4ª Sesión Diagnóstica (14 – Septiembre – 2012)**

- “C” manipula los instrumentos intencionadamente en esta sesión.
- Reacciona cuando no tiene el instrumento con el cual está trabajando.
(responde silábicamente “TA”, cuando se le cae, y cuando se le facilita)

6.2. Conclusiones de la Valoración Diagnóstica

Según lo observado en las sesiones diagnósticas, se puede apreciar que “C” es un chico con una relativa desconexión con su entorno, pero que muestra intención comunicativa a través de su acercamiento a los instrumentos, balbuceos, gritos, etc.

La desconexión que el paciente padece se puede ver beneficiada una vez avanzadas las sesiones diagnósticas, debido a encontrarse más receptivo en las sesiones y con un mayor interés hacia las actividades, puntualmente a la exploración de instrumentos.

Se intentará hacer un acercamiento a su mundo interno, además de favorecer sus niveles de estimulación, considerando también su vulnerabilidad emocional por el estado y la condición en la que se encuentra. Por lo tanto se intentará establecer un encuadre estable para brindar la mayor contención al paciente, el cual entregue seguridad y estructura en el momento de la terapia.

Se considera importante ahondar en la expresividad de “C” para así generar un buen puente de canalización de sus emociones, además de situarse desde sus aspectos sanos, que será el lugar desde donde se posicionará el trabajo musicoterapéutico. Por lo tanto se profundizará en los conceptos de “Personalidad Expresiva” y “Núcleos de Salud” expuestos por el musicoterapeuta Gustavo Gauna, además de basarse en el trabajo teórico de

Juliete Alvin y Gabriel Federico, entre otros musicoterapeutas quienes respaldarán el trabajo teórico de esta intervención.

7. DESARROLLO DEL PROCESO

7.1. Objetivos

Considerando la desconexión con el entorno existente en “C” se evalúa plantear objetivos que beneficien el vínculo terapéutico, para fortalecer así, la presencia del paciente en las sesiones.

Por lo anteriormente mencionado, se han considerado formular los siguientes objetivos:

- **Objetivo General:**

- Incentivar el vínculo musicoterapéutico a través de un encuadre que proporcione seguridad y estabilidad.
- Enriquecer la personalidad expresividad del paciente a través del contacto con instrumentos musicales.

- **Objetivos Específicos:**

- Favorecer el contacto ocular y el seguimiento visual hacia las fuentes sonoras.
- Generar interés y propiciar un ambiente seguro en las sesiones que brinden un espacio de contención para “C”

- Facilitar la anticipación en el paciente a través de un encuadre estructurado.
- Trabajar con un set de instrumentos musicales de fácil manejo, accesibles para C.

7.2. Metodología

Con los resultados arrojados en la etapa inicial de aproximación diagnóstica y el planteamiento de los objetivos, se ideó un plan de trabajo para llevar a cabo la intervención musicoterapéutica de “C” lo cual se estructuró como proceso de la siguiente manera.

- **Desarrollo**

Esta etapa comprende un total de 10 sesiones, efectuadas entre el 28 de Septiembre y el 03 de Diciembre del año 2012.

El desarrollo de estas sesiones se basó en los objetivos propuestos, luego de recabada la información entregada en la aproximación diagnóstica. Para ello se trabajó con técnicas de musicoterapia activa, receptiva y corporal.

En esta etapa se prioriza la contención que brinda el espacio musicoterapéutico para así favorecer la expresividad de “C” y su conexión con

el entorno. Contemplando que el paciente se encuentra en un estado de vulnerabilidad emocional e inestabilidad, se da prioridad a desarrollar y fortalecer el vínculo musicoterapéutico, para que de esta forma se genere un mayor interés de “C” por la terapia.

Para esto, se plantea fomentar y favorecer tanto el contacto ocular del paciente como el seguimiento visual, poniendo como prioridad el seguimiento a fuentes sonoras. Además también de potenciar e incentivar la manipulación de instrumentos musicales. Lo cual se ve incrementado cada vez con mayor profundidad avanzado el proceso musicoterapéutico.

- **Cierre**

Una vez realizada la fase de desarrollo del proceso, se comienza a dar forma al cierre de la intervención. Esta etapa fue contemplada en 2 sesiones, las cuales se realizaron entre el 07 de Diciembre y el 14 de Diciembre del 2012.

En estas dos sesiones se rescataron las experiencias más significativas para “C” vivenciadas en la fase de desarrollo, que en este caso fue la manipulación de instrumentos asistida y la improvisación musical libre.

7.3. Estructura de sesiones

El proceso musicoterapéutico se dividió en tres fases importantes donde se recopiló información, se plantearon objetivos, se ideó un plan de trabajo y midieron los resultados del trabajo realizado durante el proceso.

En total, la intervención se desarrolló en 16 sesiones las cuales fueron estructuradas de la siguiente forma:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| - Valoración Diagnóstica (Inicio) | : 4 Sesiones aprox. |
| - Desarrollo | : 10 Sesiones aprox. |
| - Cierre | : 2 Sesiones aprox. |

La organización general de las sesiones musicoterapéuticas fue estructurada dividiéndose en:

Inicio: (actividad estable)

- Se recibe al paciente siempre con la misma música para así generar un ambiente de anticipación a la terapia.
- Se canta canción de bienvenida “Hola “C”

Desarrollo: (actividad variable)

- Actividades que varían según lo arrojado en las sesiones anteriores.

- Desarrollo de técnicas musicoterapéuticas; activas, receptivas y/o corporales.

Cierre: (actividad estable)

- Se hace un recuento de la sesión
- Despedida de la sesión a través de una canción.

7.4. Encuadre

El encuadre, en cuanto al espacio, no logró ser estable, debido a los constantes cambios de sala que se presentaron. Lo anterior, generó ansiedad, en la terapeuta, por los posibles quiebres que se pudieran generar en sesiones.

Las sesiones se llevaron a cabo, en una primera instancia, en el comedor del hogar, espacio común para el personal que ahí trabaja. Por requerimientos de la institución se solicita que las sesiones se lleven a cabo con la puerta abierta, ya que el espacio dispuesto no cuenta con ventanas, por lo tanto, debido a tratarse de pacientes con medidas de protección por vulneración de derechos, se hace hincapié en esta solicitud.

El lugar dispuesto es espacioso e iluminado, pero expuesto a constante ruido e interrupciones, tanto de dentro, como de fuera del comedor. En

reiteradas ocasiones se vulnera la tranquilidad de la terapia, por el ingreso de parte del personal al lugar.

Este espacio se mantiene estable hasta la sesión N° 8, luego de ésta, y sin previo aviso, se cambia el lugar, por cambios en la estructura de los horarios de colación del hogar. Por lo tanto, el espacio de terapia se traslada a una sala multiuso, en la cual sí se logra estar a puerta cerrada, debido a contar con ventanas que dan a los pasillos, pero este lugar también estuvo expuesto al mismo tipo de interrupciones. En momentos la sala estuvo dispuesta como bodega, reduciéndose considerablemente el espacio del lugar.

Este espacio se mantiene hasta avanzado el cierre, donde finalmente, en la última sesión de la intervención se cambia el lugar, a una sala que se encontraba en un espacio al exterior del hogar. Afortunadamente, esto no logra generar un quiebre en el cierre y la sesión se logró llevar a cabo exitosamente.

En cuanto a la periodicidad de las sesiones, éstas se llevaron a cabo regularmente una vez por semana, los días viernes con una duración de 45 minutos a una hora aproximadamente.

Las sesiones no estuvieron acompañadas de co terapia, debido a tratarse de un proceso individual. Estas fueron registradas visualmente, previa autorización de la directora del hogar.

El setting instrumental utilizado durante la intervención se detalla en el siguiente cuadro:

Chekere	Pandero
Sonajeros	Huiro
Guitarra	Música editada
Chekere	Pandero
Radio con CD	Cascabeles
Accesorios de percusión	



Se utilizaron instrumentos de percusión fina, priorizando los colores para incentivar el seguimiento visual y la facilidad en la ejecución, para así no generar frustración en el momento de la manipulación. Es por esto que también se adaptaron ciertos instrumentos, integrándoles muñequeras o colgantes, para que, de esta forma, no se cayeran de las manos del paciente.

Dentro de los instrumentos más utilizados por “C” en las sesiones estuvieron el **cascabel** y el **chas chas**, donde la ejecución se realizaba dentro de lo que su

tolerancia muscular permitía. Y el **pandero**, que se utilizó en los pies, en los momentos de sus movimientos involuntarios.

Dentro de los instrumentos que se utilizaron receptivamente, y fueron bien recepcionados por el paciente, estuvieron, la **kalimba**, el **chimes** y los **huevitos**.

7.5. Etapas del Proceso

A continuación, se procederá a realizar la descripción del proceso musicoterapéutico desarrollado con “C”, donde se detallarán los principales cambios relacionados con el ámbito musical realizados por el paciente. Si bien, resulta complejo proceder a una descripción, debido a la cantidad de elementos que acompañan el proceso, los cuales no siempre están en manos de observación o de conocimiento de la terapeuta, se rescatarán los principales cambios observados dentro del espacio musicoterapéutico, los cuales de alguna u otra forma responderán a los objetivos propuestos para dicho proceso.

La siguiente descripción se dividirá en 4 etapas las cuales marcaron cambios significativos dentro de la intervención. Cabe mencionar que los cambios son determinados por el paciente, por sus necesidades y por su hacer musical dentro de las sesiones.

7.5.1. Primera Etapa: “Conociéndonos”

Esta primera etapa se lleva a cabo en las primeras sesiones del proceso musicoterapéutico, específicamente de la sesión N° 1 a la sesión N° 4, las cuales responden a la etapa de aproximación diagnóstica.

Durante estas sesiones se estará dando pie a la creación del vínculo musicoterapéutico, el cual se prolongará a lo largo del proceso. Serán los primeros contactos y los primeros acercamientos de “C” hacia la música y la terapeuta, como también las primeras instancias de contacto entre terapeuta y paciente, de esta forma verá su forma de relacionarse y conectarse con su entorno más cercano.

Aunque la construcción del vínculo se presenta como un objetivo intrínseco en todo proceso musicoterapéutico, en este caso se ha decidido darle mayor énfasis y plantearlo como objetivo general en la terapia, debido a tratarse de un paciente que presenta gran desconexión con el entorno y muy escaso contacto hacia otro, es por eso que resulta de vital necesidad la construcción de este vínculo, para así poder enriquecer la personalidad expresiva de “C”.

Durante la primera sesión diagnóstica, se puede apreciar que “C” es un paciente que carece de estimulación, además de presentar una gran desconexión con el entorno. No realiza contacto ocular y se mantiene emitiendo

balbuceos constantes, en un tono elevado. No realiza manipulación de instrumentos y duerme gran parte de la sesión.

Avanzadas las sesiones se logra ver una mayor conexión e interés de “C” por la terapia y las actividades propuestas, intenta un acercamiento hacia los instrumentos, manteniéndose solo en una exploración superficial, debido a su dificultad por manipularlos, aunque su acercamiento a estos es tomarlos y tirarlos, en el momento en que el instrumento vuelve a estar cerca de él. “C” intenta tomarlo, para luego lanzarlo.

El trabajo corporal propuesto en la tercera sesión es recepcionado positivamente, el paciente logra aquietarse y mantenerse despierto durante toda la sesión.

En el transcurso de las sesiones de aproximación diagnóstica, “C” demuestra una mayor conexión con los instrumentos y cada vez un mayor interés por manipularlos. En la sesión N°4 se muestra más activo, incorporándose a las canciones y a las dinámicas propuestas.

Durante esta primera etapa el paciente logra un reconocimiento de los instrumentos, los cuales se mantendrán a lo largo de la sesión, (chas-chas y cascabel) con ellos demuestra una mayor conexión y facilidad por manipularlos.

Todas estas sesiones fueron acompañadas de una anticipación a la terapia, la cual se trató de una música estable que acompañaba el inicio de la sesión, desde antes que el paciente llegara a la sala donde se le esperaba. De esta forma se intenta entregar contención, seguridad y estabilidad al paciente, para así abordar sus necesidades principales, las cuales acogidas generarán en él una mayor respuesta musical, favorable a la terapia.

En la cuarta sesión diagnóstica se marca el primer momento de conexión con la terapeuta. La sesión coincide con la fecha de celebración de Fiestas Patrias en el hogar, por lo cual se decide interpretar una cueca en guitarra para acompañar el desarrollo de las actividades planificadas para la sesión.

En el momento de comenzar la cueca, "C" se mantiene pasivo, es ya en la segunda estrofa de la canción cuando él se activa y energéticamente mueve sus brazos, piernas y manos. Terminada la canción la terapeuta continúa aplaudiendo el patrón rítmico de la cueca (6/8) y "C" muestra la intención de aplaudir, todo esto va acompañado de una mirada y una sonrisa hacia la terapeuta.

Desde aquí se pueden ver las primeras señales de construcción de vínculo, lo cual marcará el inicio de la segunda etapa, donde ya la comunicación va fluyendo a través de simples códigos con la finalidad de ir encontrándose en la música y comunicándose desde los sonidos, gestos, balbuceos, etc.

7.5.2. Segunda Etapa: “Comunicándonos”

Esta etapa comienza a desarrollarse avanzada ya la aproximación diagnóstica de “C”, si bien, las instancias de comunicación nacen desde iniciado el proceso musicoterapéutico, es en las sesiones posteriores, como se menciona anteriormente, donde se hace más evidente la intención comunicativa de “C” hacia la terapeuta y/o la música.

Es en esta etapa cuando “C” muestra sus preferencias de instrumentos, y su interés por buscarlos, seguirlos y ejecutarlos, logrando acciones cada vez más acabadas, llegando hasta a ejecutar y sostener ciertos instrumentos por varios segundos en sus manos e incluso a buscarlos y tomarlos cuando los instrumentos están a su alcance, acción que en una primera instancia no se observa debido a que su manipulación y exploración era muy escasa.

Dentro de las preferencias que se pueden apreciar en “C” por determinados instrumentos, están el chas chas y el cascabel. Estos instrumentos son los más ejecutados por el paciente en la mayoría de las sesiones, salvo las sesiones en que estos no se han encontrado, originándose con esto un cambio en la actitud de “C” durante la sesión, llegando incluso a no participar de esta, durmiéndose, quejándose, o mostrando muy poco interés en manipular el resto de los instrumentos del setting.

La falta de determinados instrumentos se debió a problemas de coordinación con los demás terapeutas que también llevaban a cabo sus procesos de práctica en el mismo lugar, y con los cuales se realizaban los procesos grupales de musicoterapia. Entre todos (3 musicoterapeutas) se acordó el setting instrumental a trabajar, con aportes de instrumentos de cada uno, pero en ciertos momentos estos instrumentos fueron sacados del setting debido a ser utilizados en las labores profesionales de los terapeutas durante la semana, el setting estaba completo los días jueves (día de las sesiones grupales) pero el día viernes, (día de sesiones individuales con "C") estaba incompleto, faltándole el chas chas y el cascabel. La situación se previó incorporando, la terapeuta, estos instrumentos los días viernes, de manera personal a la terapia.

Por momentos se pensó que por el hecho de no encontrarse ciertos instrumentos en el setting, en el momento de la terapia de "C", esto ocasionaría un quiebre para las sesiones posteriores, pero la dificultad se ve compensada una vez que los instrumentos se reintegran al setting. En ese momento la actitud de "C" cambia y se reintegra con su interés y motivación por la sesión.

Se puede notar el reconocimiento de un otro en el espacio de terapia, y a ratos suele responder a los requerimientos que la terapeuta le solicita, ej.:

“movamos las piernas”, “¿dónde está el instrumento?” “¿cómo suena?”, “¿donde están las manos?”, etc.

En estas sesiones nacen nuevas formas de comunicación, por ejemplo, tocar el cascabel o el pandero con el pie, en los momentos en que “C” mueve constantemente su pierna, con eso se logra que un movimiento involuntario, ejecutado por el paciente, se transforme en una nueva instancia de querer decir y hacer con la música. Esto genera cambios en la actitud de “C”, ya que él inmediatamente se activa, mueve su cabeza, sus manos, balbucea y aun así continúa tocando instrumentos con sus manos.

7.5.3. Tercera Etapa: “Quiebre”

Durante las sesiones 7, 8, y 9 se puede observar un cambio en las actitudes y reacciones de “C” a las actividades propuestas en sesión. Fueron sesiones donde las actividades planificadas estuvieron enfocadas al trabajo corporal y receptivo, más que al trabajo activo. Con esto se intentaría recoger e integrar las respuestas del paciente a los diferentes estímulos propuestos. Integrando así al desarrollo del proceso parte de la información entregada por el paciente a lo largo de la aproximación diagnóstica.

En la primera sesión (N°7) “C” ingresa durmiendo a la sala, se canta la canción de saludo, meciendo su silla, se realizan actividades de pulsaciones corporales, acompañadas de música docta, pero él se mantiene durmiendo a lo largo de todo lo que dura el trabajo.

Debido a lo siguiente se propone darle cierre adelantado a la sesión, teniendo así una duración de menos de 30 o 45 minutos, lo que responde a la duración promedio de las sesiones. Además se acuerda repetir la planificación propuesta para esta sesión la semana siguiente para así, observar la respuesta de “C” a los objetivos propuestos.

La siguiente sesión (N°8) se inicia con un recibimiento en movimiento, es decir, junto con la canción de bienvenida establecida para todas las sesiones, se comienzan a realizar movimientos con “C” en su silla de ruedas a lo largo del espacio que la sala dispone. Al cantar la canción de saludo “C” se mueve, se activa e incorpora moviendo sus brazos.

Considerando que la semana anterior “C” se mantuvo durmiendo a lo largo de la sesión se opta por realizar una pequeña parte de musicoterapia activa, antes de comenzar con lo corporal y receptivo, “C” manipula los instrumentos por un lapso muy breve. Luego se da paso al trabajo corporal acompañado de música editada, inmediatamente “C” se comienza a mostrar muy inquieto, alega, se mueve, grita y en su rostro muestra desagrado. Para aquietar el

estado en el que se encuentra el paciente, se tocan instrumentos a su alrededor, realizando un baño de sonido con los instrumentos que a él le gustan, (chas chas, cascabel, pandero). Luego de unos minutos de musicoterapia receptiva logra cerrar sus ojos por un lapso prolongado y sus balbuceos y movimientos cesan. Al intentar reiniciar nuevamente el trabajo corporal, la respuesta en el paciente vuelve a ser la misma, pero esta vez un poco más calmo, por lo cual se vuelve a optar por el trabajo receptivo para aquietar el estado de "C".

La reacción anterior en "C" nos puede dar a entender que su conexión corporal es diferente con respecto a su cuerpo y a sí mismo, por ende, cualquier tipo de activación o trabajo corporal, le resulta algo ajeno, desconocido. Por lo tanto, para no ser invasiva con el paciente, se decide realizar activaciones corporales lo más sutil posible, ya que de esta forma se ha observado más tranquilidad en "C", para así también acercarlo a su propiocepción favoreciendo también su percepción con el entorno.

Con lo siguiente, en la sesión N°9 se decide trabajar con elementos que ayuden a que el encuentro con lo corporal sea lo menos invasivo posible, para así lograr un acercamiento con el paciente, para esta sesión se trabajó con globos. Lamentablemente, el día del encuentro coincide con un cambio de sala que se estableció en el hogar.

“C” llega durmiendo a la sesión, pero se incorpora en el momento de escuchar la guitarra con la canción de saludo. Luego de la bienvenida, se da paso al trabajo corporal con globos, las pulsaciones fueron muy sutiles, en su estómago y piernas, y fueron también acompañadas de improvisaciones vocales por parte de la terapeuta. Su reacción fue la misma que en la sesión anterior de estimulaciones corporales. Mueve su cuerpo iniciadas las pulsaciones. El paciente rechaza el globo, lo esquiva y muestra en su rostro desagrado. Cuando se comienza a trabajar en la cabeza, “C” la mueve y la mantiene constantemente gacha y así se mantiene a lo largo del resto de la sesión.

Con lo siguiente, se decide dar alto a las estimulaciones corporales y comenzar con musicoterapia activa, cantando canciones infantiles acompañadas de guitarra y presentándole los instrumentos a “C” para su ejecución. La actitud en él se mantiene, no hay cambio de postura corporal, y no se logra diferenciar si está dormido o despierto.

Con esto se puede apreciar un quiebre en la continuidad del trabajo realizado desde comenzada la intervención, debido a que por tres sesiones consecutivas no se logra apreciar una respuesta a los estímulos propuestos, rechazándolos o mostrando altos niveles de hiperactividad, los cuales no se habían observado con anterioridad. Lo corporal no es bien recepcionado por el

paciente y luego de este trabajo, tampoco responde a la exploración sonora, no coge instrumentos, y no le llama la atención el sonido de los mismos.

El enfocar las sesiones al trabajo corporal cambió en la estabilidad en el proceso. Por lo cual se decide retomar las actividades de exploración sonora, para así volver a retomar el camino anteriormente avanzado con el paciente y brindar la estabilidad que él necesita.

7.5.4. Cuarta Etapa: “Reencontrándonos”

El trabajo de exploración sonora se retoma en la sesión N° 10, para esto se intenta simplificar lo más posible los objetivos propuestos, estableciendo así el retomar exactamente los mismos objetivos planteados para el inicio de las sesiones.

Para reiniciar este trabajo de exploración sonora a través de musicoterapia activa se decide presentar los instrumentos con los que se trabajará, los cuales fueron de la preferencia de “C”, en las primeras sesiones, ya que han sido con los que él ha mostrado tener mayor vínculo, a ha mostrado mayormente sus facetas de expresión.

La musicoterapia activa tiene muy buena llegada en “C”, ya que el trabajo de exploración sonora por parte de él se inicia apenas el cascabel se le es

presentado, mueve su cuerpo, sus manos y piernas e intenta explorarlo de inmediato.

En esta primera sesión de reencuentro “C” se mantiene activo y despierto a lo largo de toda la sesión, aunque si, solo en la primera parte manipula instrumentos, ya que en la segunda mitad el trabajo se enfoca en el seguimiento ocular y contacto visual hacia las diferentes fuentes sonoras presentadas.

A lo largo de las sesiones siguientes “C” se mantiene con la misma actitud hacia la terapia, manipula instrumentos, explora e incluso muestra cada vez mayor contacto con la terapeuta, toma sus manos, y responde a las preguntas que se le hacen como por ejemplo ¿Cómo suena el cascabel?

En estas sesiones se incorpora la radio, las cuidadoras de “C” comentaron que a él se le había regalado una radio para Navidad, con la cual él constantemente escuchaba determinadas emisoras, por lo tanto, se decide incluir a las sesiones. “C” al escuchar la música se la radio de mantiene activo durante toda la sesión, moviendo sus brazos, piernas, balbuceando e intentando manipular instrumentos.

Esta respuesta en “C” a los estímulos propuestos se mantiene constante hasta el cierre del proceso. Mostrando avances paulatinos en su conexión con

el entorno y en su capacidad de manipular los instrumentos, cada vez las manipulaciones son más prolongadas y conscientes.

Llama la atención que durante los momentos de hiperactividad e inquietud en "C", él adquiere cierta tranquilidad con un baño de sonido, esto logra calmar su estado, para así poder retomar con las actividades planificadas. Cabe mencionar que el baño de sonido se utilizó mucho durante el proceso de quiebre, para aquietar el estado en el que "C" se sumía durante el trabajo corporal.

Ya llegando al cierre, el paciente muestra su desagrado por el término del proceso, expresándolo claramente en su rostro y semejando un llanto, con lo siguiente se intenta acunar el llanto de "C", conteniéndolo e integrando su llanto a la sesión, meciendo su silla y con vocalizaciones acompañadas por la guitarra se incorporan sus quejidos y balbuceos. Su estado por momentos se aquieta, pero a ratos vuelve a inquietarse, por lo tanto se decide escuchar la canción de bienvenida y realizar un baño de sonido, lo anterior logra calmar el estado de intranquilidad en que se encontraba el paciente.

Finalmente llega ese punto de encuentro donde se puede apreciar que el vínculo que en un principio parecía tan difícil de lograr ha cumplido su objetivo, logrando también brindar nuevamente la estabilidad y seguridad en el paciente, la cual por momentos se vio perdida.

Para este cierre se le obsequiaron a “C” dos muñequeras con cascabeles, adaptadas para su fácil manipulación. De esta forma, lo adquirido durante el proceso lo acompaña en su diario vivir a través de estos objetos musicales.

7.6. Análisis

El proceso musicoterapéutico, descrito en etapas anteriormente, posee una gran variedad de aristas importantes de mencionar, las cuáles serán analizadas en este ítem.

El siguiente análisis se dividirá en tres partes. En una primera instancia se abordará el proceso del paciente, para luego realizar una observación del proceso musicoterapéutico llevado a cabo por parte de la terapeuta, terminando finalmente con las fortalezas y debilidades que se lograron descubrir luego del análisis reflexivo del proceso realizado.

7.6.1. Proceso del paciente

A lo largo de la intervención el paciente va mostrando cambios en su comportamiento, en relación a su forma de manipular los instrumentos e interés por los mismos. Estos cambios se van apreciando al hacer el paralelo de las

primeras sesiones, en la etapa diagnóstica, y las últimas sesiones avanzado el proceso musicoterapéutico.

En cuanto a la musicalidad de “C” y su hacer en terapia se pueden estimar cambios que responden al reconocimiento de un espacio vincular, el enriquecimiento de su personalidad expresiva, su emocionalidad y la integración de sus dificultades o limitantes al proceso de terapia, propiciando siempre los núcleos saludables del paciente en el momento del encuentro musical.

En una primera instancia se puede apreciar la desconexión que “C” mantiene con su entorno y consigo mismo, lo anterior se puede notar en su escaso interés por explorar los instrumentos y relacionarse con otro, considerando también la gran dificultad que por su condición presentaba al manipular cualquier tipo de objeto. Dicha dificultad, avanzado el proceso musicoterapéutico, cambia de forma dentro de la sesión y pasa a ser considerada dentro del hacer musical del paciente. De esta forma se dio pie a la confianza de “C” en sus núcleos sanos, integrándolos el mismo a su desenvolvimiento y actuar, como algo que estaba guardado, esperando por decir algo más.

Desde ese momento el interés de “C” por explorar los instrumentos pasa a ser mayor, mostrando gran motivación en manipularlos, seguirlos y escucharlos.

Se puede apreciar un enriquecimiento de su personalidad expresiva en el descubrimiento sonoro a través de los instrumentos musicales, con los cuales tomó una distancia que se fue reduciendo a medida que progresaba en la exploración de los mismos. Por lo tanto se pone énfasis en los intereses del paciente en cuanto a los instrumentos y su forma particular de relacionarse con ellos, lo cual fue abriendo paso a nuevas formas de comunicación entre terapeuta y paciente.

Para la construcción del vínculo fue indispensable generar un espacio contenedor para el paciente que brindara la estabilidad, la seguridad y la contención, que por su desconexión con el entorno carecía. En esto cobra gran importancia la música con la que se recibe al paciente, siempre la misma, a un mismo volumen, y siempre escuchándose desde antes de ingresar al lugar de encuentro, como también la estructura estable que se le brinda al espacio, ya que cualquier cambio por mínimo que fuera se vería reflejado en su actuar en sesión.

La importancia de la creación del vínculo en el espacio de terapia fue fundamental, ya que debido a esto “C” puede reconocerse y reconocer a otro en un espacio o instancia de trabajo. Comienza a haber una respuesta un tanto más consciente que las anteriores, con miradas y sonrisas que antes no se

presentaban y respuestas musicales que en un primer momento eran difícil de imaginar.

En cuanto a su emocionalidad, “C” la manifestaba corporal y facialmente, lo cual se podía apreciar desde un primer momento ingresado a sesión. Sus movimientos corporales constantes, acompañados de balbuceos, gritos y de reiterados golpes en su cabeza, por movimientos cervicales, eran reflejo de un malestar, a lo igual que su defensa al dormirse durante gran parte de la sesión, dando la impresión de estar en una actitud evasiva. “C” podía hacer ingreso a la terapia demostrando este malestar o bien podía ser un malestar que se adquiría en ésta. Mientras que cuando estos movimientos eran más tranquilos, y un tanto más estables, estaban orientados hacia una finalidad musical en el paciente, los cuales se fueron integrando y contemplando dentro de su hacer musical. Esto inmediatamente generaba un cambio de actitud en el paciente, mostrándose más activo, con un mayor interés en la música, y consciente de lo que se estaba haciendo.

Estas actitudes se pueden apreciar en el momento del quiebre, donde “C” claramente muestra su malestar al cambio de estructura de las sesiones, las cuales fueron orientadas al trabajo corporal y receptivo, dejando de lado el trabajo exploratorio instrumental. Esto demuestra una ruptura en el trabajo musicoterapéutico ya que la estabilidad con la que se había llevado a cabo el

proceso se desestructura. Esto en “C” genera intranquilidad demostrado en una agitación motora constante en el momento de realizadas las actividades y una negación a relacionarse con las actividades, los objetos y los instrumentos propuestos.

También, como se menciona anteriormente en la tercera etapa, se puede inferir que la respuesta de “C” al trabajo corporal, se debe a una conexión distinta con su propio cuerpo, con sus dimensiones y con su entorno.

Por la complejidad de la patología de “C” y por el estado en el que se encuentra resulta difícil poder comprender sus sentimientos o emociones, por lo cual, el trabajo propuesto, que a simple vista se ve que fue absolutamente ajeno y quizá hasta invasivo, resulta más fácil poder comprenderlo desde la conexión diferente que él tiene con su cuerpo y con su entorno, debido a esto su reacción fue en defensa, esquivando, intranquilizándose y rechazando el contacto. Cabe mencionar que aunque el “paciente no exprese lo que está experimentando, o bien lo exprese con dificultad, no significa que sus vivencias, pensamientos, y sentimientos sean anulados. Es por eso que como musicoterapeuta se permitió abrir un canal que permitió el espacio necesario para que el paciente escuchara los sonidos que inconscientemente necesitaba escuchar.” (Gauna, 2009, pág 72.)

Con lo anterior y considerando que la seguridad y la estabilidad en el espacio de terapia son los pilares fundamentales en los que se ha planteado en el proceso musicoterapéutico para la construcción del vínculo, se decide por simplificar las pretensiones puestas en la planificación de las sesiones y retomar el trabajo propuesto desde un principio, teniendo una llegada más simple con el paciente, lo que no resultara invasivo y a la vez fuera parte del camino ya conocido por él en el recorrido de las sesiones.

El replanteamiento del proceso genera un reencuentro entre paciente-espacio terapéutico, paciente-terapeuta y terapeuta-paciente.

Se puede apreciar la contención del espacio donde “C” vuelca su emotividad hacia las actividades propuestas, mostrando cada vez mayor interés y un acercamiento mucho más consciente a los instrumentos y la música.

Muestra mayor contacto con la terapeuta y con los instrumentos presentados y sus avances en su exploración van siendo cada vez más notorios.

Los estados de intranquilidad siguen apareciendo, pero estos son calmados con baños de sonido y leves pulsaciones corporales, las que no resultan ser invasivas para “C”, entregan la contención que él necesita y muestran su corporalidad y su estar en el espacio. Lo anterior logra calmar al paciente, dejándolo en un estado de tranquilidad y dispuesto a retomar su trabajo de

exploración musical con los instrumentos que él dentro del proceso terapéutico ha escogido.

7.6.2. Vivencias personales del proceso realizado

La experiencia durante el proceso realizado estuvo marcada por la emotividad.

El enfrentarse a este lugar de práctica requería de una cierta entereza para no quebrarse por lo fuerte y crudo que se veía el panorama.

En reiteradas ocasiones, (antes de iniciado el proceso y durante la primera semana ya comenzado este), me realicé la misma pregunta, ¿seré capaz de lograrlo? Ya que muchas veces sentí y pensé que emocionalmente me vería superada o desbordada.

Las necesidades eran múltiples, no solo con él o los pacientes con los cuales se realizó el proceso, sino que fuera de ellos había cientos de pacientes con las mismas necesidades e incluso más, a la espera de un proceso de estas características o bien, a la espera tan solo de un poco de dedicación.

La realidad era o lamentablemente sigue siendo muy cruda de enfrentar, donde desafortunadamente muchos de quienes desempeñan labores en el

lugar las abordan desde la distancia emocional, considerando también el exceso de trabajo que los pacientes van demandando.

Pero el sentir que se estaría aportando al menos con un grano de arena, me dio la fuerza para entregar lo mejor de mí durante las cortas 16 sesiones que duró el proceso, cortas porque un proceso de estas características recién está tomando forma cuando ya se tenía que estar pensando en un cierre.

Por otro lado, ya en sesión, hubo muchas cosas que fui aprendiendo gracias a “C”, donde creo, la más importante, fue reconocer al otro desde sus aspectos saludables, más que desde sus dificultades, como también aprender a conocerlo a través del silencio, desde el gran misterio que ocasionaba en mí su desconexión con el entorno, y desde la gran musicalidad que terminaron resultando sus balbuceos, y sus manipulaciones instrumentales.

7.6.3. Debilidades

a. La ansiedad

Una de las principales debilidades que creo, me acompañó durante el proceso realizado, la cual se manifestó a causa diferentes razones.

La ansiedad se genera al no saber y no entender mayormente el mundo interno del paciente, la carencia de lenguaje y de contacto o la falta de capacidad de relacionarse con otro muchas veces me hicieron dudar sobre si estaría haciendo bien el trabajo.

La falta de entendimiento de mi parte hacia el paciente, también fue generando estados ansiosos a lo largo de las sesiones.

b. Falta de observación más aguda en el análisis de sesiones.

La etapa del quiebre fue un periodo complejo de llevar a cabo sin que este quebrara por completo el proceso musicoterapéutico.

Por mi parte, creo que faltó la agudeza en el momento de observar, de haber sido así tal vez el quiebre generado habría tenido una cabida más acotada o bien, no hubiera existido.

c. Flexibilidad

Si bien, por mi parte el proceso contó con la flexibilidad que se requiere para este tipo de pacientes, constantemente estuve pensando en los objetivos, planificaciones y actividades que no se habían llevado a cabo por ciertos cambios de adaptación surgidos en terapia. Lo anterior mostró afectado el proceso, debido a que estos objetivos, planificaciones, y/o actividades eran

planteados (en algunas ocasiones) la semana siguiente, y en estos casos, las respuestas o rechazos a lo propuesto iban siendo las mismas.

7.7. Evaluación del proceso musicoterapéutico

Según lo arrojado en la valoración diagnóstica se puede apreciar que las principales problemáticas de “C” son: su leve desconexión existente con el entorno y su vulnerabilidad emocional debido al estado en el que se encuentra.

Con el análisis de las observaciones anteriormente mencionadas se decide plantear objetivos musicoterapéuticos que se enfoquen la construcción del vínculo terapéutico y el enriquecimiento de la personalidad expresiva de “C”, para así ahondar en la expresividad del paciente y además abordar y acoger la intención comunicativa que él presentaba desde iniciado el proceso musicoterapéutico.

7.7.1. Criterios de evaluación

La evaluación del proceso se basó en el planteamiento de los siguientes indicadores por objetivos propuestos:

Objetivos Generales: Incentivar vínculo musicoterapéutico a través de un encuadre que proporcione seguridad y estabilidad.

Criterios:

- Respuesta a estímulos propuestos
- Estado de ánimo del paciente
- Intención de contacto y comunicación

Al analizar los logros de “C” en el desarrollo del proceso musicoterapéutico, tomando en cuenta el primer objetivo general, planteado al inicio del proceso podemos destacar los siguientes aspectos:

• EVALUACIÓN FINAL	
Obj. General 1: Incentivar vínculo musicoterapéutico a través de un encuadre que proporcione seguridad y estabilidad.	
Respuesta a estímulos propuestos	El paciente, avanzado el proceso musicoterapéutico, va mostrando una respuesta favorable a los estímulos propuestos, la cual va creciendo paulatinamente. Muestra mayor contacto y por lo mismo, mayor interés en las actividades de manipulación de instrumentos. Se interesa en la exploración sonora y en buscar y seguir los instrumentos o estímulos musicales
Estado de ánimo del paciente	“C” cada vez fue llegando más activo y más incorporado a las sesiones. Cuando su ánimo decaía lograba ser contenido dentro del espacio terapéutico obteniendo así la satisfacción de su necesidad y alcanzando espacios de estabilidad cada vez más prolongados.
Intención de contacto y comunicación	En primera instancia “C” no establece contacto visual con la musicoterapeuta, evitándolo constantemente. A medida que transcurre el proceso fue posible sincronizar musicalmente con él estableciendo así el encuentro vincular. Aunque el contacto visual se mantuvo escaso durante las sesiones, las intenciones comunicativas cada vez fueron siendo mayores.

- Enriquecer la personalidad expresiva del paciente través del contacto con instrumentos musicales.

- **Criterios:**

- Exploración de instrumentos musicales
- Observación de estados anímicos

Considerando el segundo objetivo planteado podemos mencionar que:

Obj. General 2: Enriquecer la personalidad expresiva del paciente través del contacto con instrumentos musicales.	
Exploración de instrumentos musicales	<p>En el descubrir de “C” en terapia él cada vez alcanzó una exploración mayor de los instrumentos propuestos, considerando sus posibilidades de manipulación. Manipula instrumentos cada vez por tiempos más prolongados.</p> <p>Al momento de que el instrumento se le cae, “C” lo busca para tomarlo nuevamente y continuar con su ejecución. Manipula activamente ya avanzado el proceso musicoterapeutico.</p> <p>A medida de que se van enriqueciendo sus posibilidades de manipulación, la distancia que “C” mantiene con los objetos pasa a ser menor.</p> <p>Esta distancia se reduce y se produce una vía de canalización emocional conteniendo a través del ámbito musical el flujo de las mismas.</p>
Observación de estados anímicos.	<p>Cuando “C” se encontraba en periodos de intranquilidad generalmente no participaba de la sesión, manteniéndose dormido o bien moviéndose constantemente.</p> <p>Cuando, a través de proceso se descubren los medios de contención de “C” estos procesos de inestabilidad o cambios de estado anímico pasan a ser menores.</p> <p>Una vez, “C” tranquilo en sesión retoma habitualmente el trabajo de exploración propuesto con los instrumentos que dentro del proceso el mismo ha elegido.</p>

8. CONCLUSIONES

Entender esta patología desde el Ser Humano, desde el individuo que siente, vive y vibra positiva o negativamente con cada acontecer en su vida, entrega una visión mucho más amable para abordar el problema. Una visión que no es invasiva y que trabaja a favor de la calidad de vida, del amor y de la mayor entrega de un otro hacia quien está padeciendo.

Trabajar a partir de la integralidad del Ser es la mayor herramienta que nos brinda la musicoterapia, donde así, nos situamos a partir de la emoción, de la vivencia, y de la expresión, para entregar, de esta manera, empoderamiento, autoestima y satisfacción a quien por años se ha sentido menoscabado por causa de una enfermedad que hoy lo mantiene limitado y con capacidades que no le permiten ejercer sus habilidades normalmente.

Como aprendizaje se rescata la expresividad, la emoción y la capacidad de olvidarse del problema, y trabajar desde lo bueno, desde lo sano, desde lo no afectado, validando al niño en el aquí y el ahora, entregándole también de la misma forma un camino que muestra los pasos para poder canalizar su mundo interno, sentirse escuchado, respetado y valorado.

9. BIBLIOGRAFÍA

Alvin, J. (1965). Musica para el Niño Disminuido. En J. Alvin, *Musica para el Niño Disminuido* (pág. 99). Buenos Aires: Ricordi Americana.

Alvin, J. (1967). Musicoterapia. En J. Alvin, *Musicoterapia* (pág. 134). Buenos Aires: Paidós.

BCN, B. d. (s.f.). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile* . Recuperado el 13 de Mayo de 2013, de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile : <http://bcn.cl/19apb>

Bobath, K. (1982). Bases Neurofisiológicas para el tratamiento de la Parálisis Cerebral. En K. Bobath, *Bases Neurofisiológicas para el tratamiento de la Parálisis Cerebral* (págs. 13, 14). Madrid, España: Medica Panamericana S:A.

COANIL. (s.f.). *www.coanil.cl*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2012, de *www.coanil.cl*: <http://www.coanil.cl/index.php?sector=mision>

Federico, G. (2007). El niño con necesidades especiales. En G. Federico, *El niño con necesidades especiales* (pág. 21). Buenos Aires: Kier.

Federico, G. F. (2007). El Niño con Necesidades Especiales. En G. F. Federico, *El Niño con Necesidades Especiales* (pág. 22). Buenos Aires: Editorial Kier S.A.

- Federico, G. (2007). El niño con necesidades especiales. En G. Federico, *El niño con necesidades especiales* (págs. 45-46). Buenos Aires: Kier.
- Federico, G. (2007). El niño con necesidades especiales. En G. Federico, *El niño con necesidades especiales* (pág. 57). Buenos Aires: Kier.
- Federico, G. (2007). El niño con necesidades especiales. En G. Federico, *El niño con necesidades especiales* (págs. 27-29). Buenos Aires: Kier.
- Gauna. (1996). Entre los sonidos y el silencio. En G. Gauna, *Entre los sonidos y el silencio* (pág. 31). Rosario: Artemisa.
- Gauna. (1996). Entre los Sonidos y el Silencio. En G. Gauna, *Entre los sonidos y el silencio* (pág. 31). Rosario: Artemisa.
- Gauna. (2009). *Diagnóstico abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez*. Buenos Aires: Koyatún.
- Gauna. (2009). Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. En G. Gauna, *Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez* (pág. 72). Buenos Aires: Koyatun.
- Gauna, G. (1996). *Entre los Sonidos y el Silencio*. Buenos Aires: Artemisa.
- Gauna, G. (1996). Entre los sonidos y el silencio. En G. Gauna, *Entre los sonidos y el silencio* (pág. 31). Rosario: Artemisa.

Gauna, G. (2009). Diagnóstico y abordaje musicoterapeutico en la infancia y la niñez. En G. Gauna, *Diagnóstico y abordaje musicoterapeutico en la infancia y la niñez* (pág. 66). Buenos Aires: Koyatun.

Hurtado, I. L. (2007). La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. En *Pediatría Integral* (págs. 690, 691). Barcelona: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

Lourdes Ainhoa Hermida Ayala, L. M. (2010). Cuando las diferencias se convierten en discapacidad. *Prisma Social*, 2.

Ponencias, L. d. (2002). *Musicoterapia 02 - Programa de Formación para Mediadores en Musicoterapia y Discapacidad*. Madrid: Confederación ASPACE, F.E.I.S.D, Confederación Autismo España.

Rehabilitation World Health Organization, World Condereration for Physical Therapy, Asociación Española de Fisioterapeutas, World Federation of Occupational Therapy. (2000). *Fomento dle Desarrollo del Niño con Parálisis Cerebral - Guía para los que trabajan con niños Paralíticos Cerebrales*. España: Organización Mundial de la Salud.

Sánchez, C. E. (2001). Clasificaciones de la OMS dobre discapacidad. 15.