



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Artes

Escuela de Post Grado

Informe de práctica para optar al Post Título de Artes, mención Musicoterapia

EL SONIDO DE LA ESPASTICIDAD

**La Intervención Musicoterapéutica
en un joven con parálisis cerebral**

ALUMNA

Patricia López Jara

PROFESORA GUÍA

Patricia Lallana

Santiago, Chile 2004

El Sonido de la Espasticidad



A Esteban por permitirme entrar en su mundo...
Patricia López

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	3
I.- INTRODUCCIÓN.....	4
II.- MARCO TEÓRICO.....	6
1.- El origen del movimiento corporal.....	6
2.- Aciduria Glutárica Tipo I.....	7
3.- Parálisis Cerebral.....	9
3.1 Clasificación de la Parálisis Cerebral según su distribución.....	10
3.2 Clasificación de la Parálisis Cerebral según el tipo de perturbación en el movimiento.....	10
3.3 Problemas asociados con PC.....	12
4.- Musicoterapia.....	14
4.1 Fundamentos.....	14
4.2 Definiciones.....	15
4.3 Musicoterapia y Parálisis Cerebral.....	18
III.-PERFIL DE ESTEBAN.....	22
IV.- PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....	25
1.- Descripción.....	25
2.- Objetivos Musicoterapéuticos.....	26
2.1 Objetivos Generales.....	26
2.2 Objetivos de Etapas.....	26
3.- Experiencias musicoterapéuticas desarrolladas:	27
4.- Setting.	28
5.- Etapas y momentos del proceso musicoterapéutico.....	29
5.1 Etapa de diagnóstico musicoterapéutico.....	29
5.2 Etapa de desarrollo del proceso musicoterapéutico.....	34
5.3 Etapa de cierre del proceso musicoterapéutico.....	40
V.- CONCLUSIONES.....	42
VI.- BIBLIOGRAFÍA.....	45
VII.- ANEXOS.....	46

RESUMEN

Esta monografía trata de la intervención musicoterapéutica en un joven con parálisis cerebral, que se desarrolla en el período de práctica profesional del Postítulo en Terapias de Artes, mención Musicoterapia, de la Universidad de Chile, efectuada en el Centro de Rehabilitación Manantial.

Los objetivos trazados dicen relación con el fortalecimiento de la autoestima del paciente por medio del desarrollo de sus capacidades, el establecimiento del vínculo terapéutico y el descubrimiento e incorporación de nuevas formas de expresión a su sistema de comunicación. Esto se llevó a cabo en veintidós sesiones individuales, las que se distribuyen en tres etapas y siete momentos. De éstos últimos, se presentan análisis, tanto de las respuestas del paciente, como las de la musicoterapeuta.

Los principales logros de la terapia se refieren a la potencialización de los “núcleos de salud”, el mejoramiento del ejercicio respiratorio en estrecha relación con la relajación corporal y el descubrimiento y percepción de su propio cuerpo, alejado del dolor, cercano al bienestar.

I.- INTRODUCCIÓN

Cuando comencé la práctica de Musicoterapia en el Centro de Rehabilitación Manantial¹, estaba llena de preguntas, temores y fantasías. Me sentía inquieta y ansiosa por empezar a poner en práctica lo que habíamos aprendido durante el período de formación teórica. Junto a los compañeros que elegimos trabajar con parálisis cerebral (PC), decidimos que sería bueno conocer al grupo para poder elegir a la persona con la que desarrollaríamos el proceso musicoterapéutico. Fue así que la tarde de un viernes, planificamos una actividad grupal, donde la idea era establecer relación sonora – corporal con los jóvenes. Entramos a la sala, en la que habían cinco jóvenes con diferentes tipos de manifestaciones de PC. La habíamos estudiado, conocíamos acerca de los términos asociados, pero en mi experiencia, jamás había tenido relación con personas con este tipo de trastorno. Fue impactante conocer al grupo y demostrar templanza, ya que en realidad me encontraba absolutamente impresionada. Poco a poco empezamos a relacionarnos, con sonidos, con los instrumentos, hasta que ocurrió el encuentro...

Vi a Esteban en el rincón de la sala, recostado sobre una colchoneta, no hablaba, no podía asir objetos, pero percibí que era capaz de expresar su mundo interno mediante su mirada, sus ojos eran verdaderas luciérnagas de su ser. Pensé entonces que era él la persona con la que quería desarrollar mi práctica, probablemente en un tono desafiante, ya que siempre me impresionó el poder de comunicación no verbal de la musicoterapia y era el minuto de ponerlo a prueba. Entonces Esteban y yo encontraríamos en la música nuestro canal de comunicación y relación, que le permitiría al joven “crecer” con la experiencia, ese era mi sueño...

Las presentes líneas tienen la modesta intención de plasmar en palabras lo vivido en los encuentros terapéuticos, en cuatro meses de experiencia práctica, de agosto a diciembre de 2003 se fueron sucediendo los días, las horas y así el

¹ El Centro de Rehabilitación Manantial, ubicado en la comuna de Providencia, brinda atención de diferentes especialidades (kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, educación especial) a niños y jóvenes con parálisis cerebral.

vínculo, fraguado con música, instrumentos, expresión y movimiento. Es esta bella experiencia la que les quiero compartir.

Esta monografía, pretende dar cuenta de la experiencia terapéutica que se desarrolla en el período de práctica profesional del Postítulo en Terapias de Artes, mención Musicoterapia, de la Universidad de Chile, en el Centro ya mencionado, bajo la supervisión de la Profesora y Musicoterapeuta Patricia Lallana.

El joven en el que se realiza la intervención terapéutica lo llamo “Esteban”, tiene 18 años, y su diagnóstico actual es de una cuadriparesia distónica, secuela de aciduria glutárica tipo I.

Desde este contexto se presenta el marco teórico que alude a aspectos clínicos y musicoterapéuticos. En el primero, se revisa la base neurológica del movimiento corporal. Se inicia desde este punto, para clarificar el cómo se provoca el trastorno motor, que en este caso es afectado por una enfermedad neurometabólica denominada aciduria glutárica tipo I. Se presenta la definición, etiología y tratamiento de dicha enfermedad, para luego abordar la parálisis cerebral; su definición, clasificación y problemas asociados, poniendo énfasis en la distonía y espasticidad como síntomas importantes en el estado del joven con el que se desarrolló la terapia.

En el segundo, se presentan algunas definiciones de “Musicoterapia”, y lo que se conoce del trabajo de esta disciplina con personas con parálisis cerebral.

Se realiza además, un perfil de Esteban: su historia, vida familiar, y características personales que surgen a partir de la percepción de la familia y de los profesionales que trabajan con él.

Luego se presenta la experiencia terapéutica considerando, los objetivos planteados, las etapas del proceso y los resultados obtenidos con Esteban.

Finalmente, las conclusiones donde se efectúa una revisión de los aprendizajes de la práctica, y el significado personal que tuvo esta experiencia.

II.- MARCO TEÓRICO

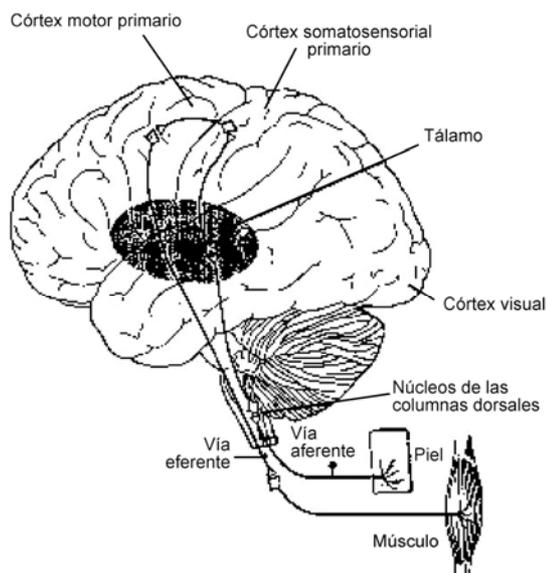
1.- EL ORIGEN DEL MOVIMIENTO CORPORAL:

El movimiento se origina a partir de la información sensorial que alimenta a las áreas asociativas del córtex en las que se planifica el movimiento. Desde este punto la información se transmite al sistema motor que genera órdenes para ejecutar aquellos movimientos implicados en la acción requerida. Estas órdenes motoras del cerebro deben ser dirigidas a los músculos correctos teniendo además un curso temporal que permita coordinar la contracción y relajación de los grupos musculares oponentes. También han de regular la postura corporal como un todo. Finalmente para poder controlar la ejecución de una acción, los sistemas motores requieren continuamente información acerca de los cambios en la tensión muscular.²

Así también el sistema motivacional (decisión, ánimo, deseo de iniciar y completar dicha conducta) ejerce una influencia inconfundible en las órdenes motoras que llegan a los músculos.

Lo anterior se resume en la siguiente figura 1³:

Fig. 1: Los sistemas sensoriales principales cooperan con el sistema motor para ejecutar las principales acciones físicas. Los mensajes aferentes sensoriales provenientes de la piel, los ojos y otros órganos perceptivos, se transmiten al encéfalo (vía aferente). Estos mensajes aferentes ascienden a través de la médula espinal hacia los núcleos de relevo del tallo encefálico (núcleos de la columna dorsal). De ahí parten para establecer un nuevo relevo en el tálamo, y alcanzan el córtex somatosensorial primario. Utilizando esta información el encéfalo establece órdenes que envía a las neuronas motoras (vía eferente). La vía motora desciende desde el córtex motor primario a través del encéfalo hasta las motoneuronas de la médula espinal y de ahí se extiende a los músculos.



² Kandel, Erick. (cols.) *Neurociencia y Conducta*. Center for neurobiology and Behavior College of Physicians & Surgeons of Columbia University. Editorial Prentice Hall. 1997, p 88.

³ Kandel, Erick. (cols.) Op. Cit. p.89.

Como se ha visto, para que una persona pueda mover correctamente su cuerpo necesita que funcionen de forma coordinada muchos órganos. Así, se puede alterar el funcionamiento motor cuando se interviene algún elemento de este sistema; órgano, conexión, músculos, tendones, etc. La aciduria glutárica tipo I, ocasionó en Esteban este daño cerebral afectando entre otras cosas la capacidad de moverse voluntariamente.

2.- ACIDURIA GLUTÁRICA TIPO I

Es una enfermedad neurometabólica de herencia autosómico recesivo (1 caso/30.000), caracterizada por discinesia y distonía progresiva en niños, patológicamente por degeneración estriatal, en particular de los núcleos caudado y putamen y bioquímicamente causada por fallo de la vía catabólica de los aminoácidos lisina, hidroxilisina y triptófano debido al déficit de la glutaril-CoA deshidrogenasa (GDH); esta enzima es una de las nueve flavoproteínas deshidrogenasas primarias de la matriz mitocondrial, con grave repercusión en el sistema nervioso central (SNC) presentando déficit neurológicos adquiridos en los primeros años de vida que, cuando aparecen suelen ser permanentes.⁴

Actualmente no se considera una enfermedad tratable, puesto que al diagnóstico del paciente suele haber lesiones irreversibles en el sistema nervioso central, beneficiándose del tratamiento los niños presintomáticos y en general los hermanos de otros pacientes ya diagnosticados.

Se hereda como un rasgo autosómico recesivo. Se ha identificado el gen de este trastorno en el brazo corto del cromosoma 19 (19p13.2)

Esta entidad fue descrita por Goodman y col en 1975.⁵ Los pacientes pueden desarrollarse normalmente hasta el año de vida y se manifiesta fundamentalmente de dos formas: una encefalopatía aguda con acidosis metabólica, después de la cual aparecen distonías (cualquier alteración del tono muscular) progresivas, que originan movimientos coreoatetósicos (contracciones musculares rítmicas, involuntarias, con movimientos lentos, irregulares y

⁴ <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=13048795>. Goodman, SI (cols.) *Glutaric aciduria a "new disorder of amino acid metabolism."* Biochem Med. 1975 p. 12-21

⁵ *Ibidem*

continuos fundamentalmente de dedos y manos). La hipotonía y la coreoatetosis pueden evolucionar gradualmente a rigidez, distonía y retraso mental de severidad variable. O bien una enfermedad subaguda, con retraso psicomotor progresivo, seguido de síntomas extrapiramidales. En la tomografía axial computarizada (TAC) de cerebro y la resonancia nuclear magnética (RNM) se registra atrofia frontotemporal bilateral y, con menos frecuencia, de los núcleos caudados y lenticulares; se han descrito también cambios difusos en la sustancia blanca. El diagnóstico se confirma demostrando los ácidos glutárico, 3-hidroxi-glutárico y glutacónico en orina, y la deficiente actividad de la enzima aludida en cultivos de fibroblastos y leucocitos.⁶ Los niños que presentan esta enfermedad, experimentan episodios de vómitos, cetosis (niveles elevados de acetona y otros cuerpos cetónicos en la sangre), convulsiones y coma, junto con hepatomegalia (hígado anormalmente grande), hiperamonemia (nivel elevado y tóxico del amoníaco en la sangre), y elevación de las transaminasas.

La AGI puede producir en niños con macrocefalia una enfermedad aguda similar a una encefalitis en el 75% de los casos, aunque algunos niños no presentan nunca crisis agudas siguiendo un patrón de hipotonía que progresa a distonía. El 50% de los afectados sudan profusamente con un olor peculiar que los familiares describen como “agrio” y presentan polipnea.⁷ Una característica peculiar de los pacientes con AGI es la tendencia a la macrocefalia, que puede estar desde el nacimiento y afecta tanto a los sujetos con anomalías neurológicas como a homocigotos asintomáticos⁸, por lo que constituye el primer síntoma que manifiesta la enfermedad.

El tratamiento de la AGI es controvertido y, aunque exige restricción de lisina y triptófano, no ha probado que sea de utilidad ni prevenga las crisis encefalopáticas ni la presentación de secuelas, a pesar de un tratamiento de urgencia. Todos los afectados deben recibir L-carnitina para prevenir su

⁶ Goodman S, Frerman F: Organic acidemias due to the defects in Lysina oxidation: 2-Ketoadipic acidemia and glutaric acidemia en: The metabolic and molecular bases of inherited disease. En www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen.

⁷ Prats Viñas JM.^a En: Sanjunjo P, Baldellou, eds. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades metabólicas hereditarias. En *ibidem*

deficiencia y asegurar una buena función de la mitocondria. La riboflavina como cofactor de la enzima deficitaria GD⁹

Esta enfermedad metabólica ocasiona una lesión en la corteza cerebral, que se manifiesta a través de la alteración del sistema motor; descrito como parálisis cerebral.

3.- 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 (Bax, 1964). La lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales”.¹⁰

El término *cerebral* se refiere a las dos mitades del cerebro, o hemisferios, y *parálisis* describe cualquier trastorno que limite el control del movimiento del cuerpo. Por lo tanto, estos trastornos no son causados por problemas en los músculos o nervios. Al contrario, el desarrollo defectuoso o daño en las áreas motoras del cerebro interrumpen la capacidad del cerebro para controlar adecuadamente el movimiento y la postura¹¹. Este trastorno suele estar asociado con problemas en el desarrollo del lenguaje, afectación de la visión y la audición, con diferentes tipos de alteraciones de la percepción, cierto grado de retardo mental y/o epilepsia.

De la definición antes presentada, Bobath, destaca en ella el hecho que la “lesión afecta al cerebro inmaduro, interfiriendo la maduración del Sistema Nervioso Central”¹², esto tendría incidencia en el tipo de parálisis cerebral que se desarrolla, en su diagnóstico, evaluación y tratamiento.

⁸ Lafolla AK, Kahler SG. Megalencephaly in the neonatal period as initial manifestation of glutaric aciduria tipo I. En *ibidem*

⁹ Prats Viñas JM^a. Op. Cit. p. 257-62

¹⁰ Bobath, Karel. *Base Neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 1982. p. 13

¹¹ http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/paraliscerebral.htm

3.1 Clasificación de La Parálisis Cerebral según su distribución:

a) Cuadruplejía, es definida como compromiso de la totalidad del cuerpo, encontrándose la parte superior más involucrada, o al menos igualmente involucrada, que la parte inferior. La distribución es por lo general asimétrica. Si la asimetría es muy marcada, se le denomina “hemiplejía doble”. Debido al mayor compromiso de la parte superior, el control de la cabeza y de la coordinación ocular son deficientes. Los niños habitualmente presentan dificultades en la alimentación y cierto compromiso del lenguaje y de la articulación de la palabra. Muchos espásticos pertenecen a este grupo; prácticamente todos los niños atetoides, los tipos mixtos de espasticidad con atetosis o ataxia y los casos de ataxia cerebelosa.

b) Diplejía, existe también compromiso de todo el cuerpo, pero la mitad inferior se encuentra más afectada que la superior. El control de la cabeza, de los brazos, y de las manos está por lo general poco afectado, y la palabra hablada puede ser normal. No obstante hay niños que pueden presentar problemas de estrabismo, alternante o fijo.

c) Hemiplejía, es el compromiso de un solo lado. Prácticamente todos los niños espásticos, siendo los hemiatetósicos muy raros. Los casos de paraplejía pura y de monoplejía son extremadamente raros en la parálisis cerebral¹³.

3.2 Clasificación de la Parálisis Cerebral según el tipo de perturbación en el movimiento:

La diplejía espástica, el trastorno descrito primero por el Dr. Little en 1860, es sólo uno de varios trastornos llamados parálisis cerebral. Hoy en día, los médicos clasifican la parálisis cerebral en cuatro categorías amplias — la espástica, atetosis, ataxia y formas combinadas.

a) La Parálisis Cerebral Espástica: “El niño espástico presenta hipertonia de carácter permanente, incluso en reposo. El grado de espasticidad varía con el

¹² Bobath, Karel. Op. Cit. p.13

¹³ Bobath, Karel. Op. Cit. p 69-70

estado general del niño, es decir con su excitabilidad y la intensidad de la estimulación a la que está sujeto en todo momento”¹⁴

Bobath¹⁵, señala que si la espasticidad es grave, el niño, se encuentra fijo en unos pocos patrones típicos, debido al grado severo de co-contracción de las partes comprometidas. Algunos músculos pueden parecer débiles como resultado de la inhibición tónica recíproca efectuada por sus antagonistas espásticos. También puede aparecer verdadera debilidad en algunos grupos musculares debido al desuso durante mucho tiempo. La espasticidad es de distribución típica y cambia inicialmente de un modo predecible, debido a la actividad refleja tónica. Los movimientos están restringidos en extensión y exigen un esfuerzo excesivo.

b) Atetosis, La Parálisis Cerebral Discinética: Esta forma de parálisis cerebral se caracteriza por movimientos retorcidos, lentos e incontrolables. Estos movimientos anormales afectan las manos, los pies, los brazos o las piernas y en algunos casos los músculos de la cara y la lengua, causando muecas o babear. Los movimientos aumentan a menudo durante períodos de estrés emocional y desaparecen mientras se duerme. Los pacientes pueden tener problemas al coordinar los movimientos musculares necesarios para el habla, una condición conocida por *disartria*. La parálisis cerebral atetoide afecta aproximadamente de 10 a 20 por ciento de los pacientes¹⁶.

c) La Parálisis Cerebral Atáxica: Esta forma rara de parálisis afecta el equilibrio y la coordinación. Las personas afectadas caminan inestablemente con un modo de andar muy amplio, poniendo los pies muy separados uno del otro, y experimentan dificultades cuando intentan movimientos rápidos y precisos como el escribir o abotonar una camisa. Los pacientes pueden exhibir temblores de intención. En esta forma de temblor, empezar un movimiento voluntario, como agarrar un libro, causa un temblor que afecta la parte del cuerpo usada. El temblor

¹⁴ Ibidem, p. 70

¹⁵ Ibidem, p. 70

¹⁶ http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/paraliscerebral.htm.

empeora según el individuo se acerca al objeto deseado. Se estima que la forma atáxica afecta de 5 a 10 por ciento de los pacientes con parálisis cerebral.¹⁷

d) Formas Combinadas: Es muy común que los pacientes tengan síntomas de más de una de las formas de parálisis cerebral antes mencionadas. La combinación más común incluye espasticidad y movimientos atetoides, pero otras combinaciones son posibles.

3.3.-Problemas asociados con PC

Los niños con PC pueden tener también otros problemas. La mayoría de ellos están causados por la misma lesión cerebral que causó la PC.

- **Distonía:** La distonía causa contracciones involuntarias y prolongadas de uno o más grupos musculares, causando torsiones, temblores o posturas anormales. Estos movimientos pueden abarcar el cuerpo entero o solo un área aislada. Es un estado anormal (tanto por exceso como por falta) de tono muscular.

- **Espasmos Musculares:** Son contracciones involuntarias de los músculos generalmente dolorosas, que hacen que el músculo se endurezca y se abulte¹⁸.

- **Movimientos Espasmódicos:** Son el resultado de las contracciones locales espontáneas e involuntarias del músculo que afectan de manera característica sólo a grupos individuales de músculos enervados (conectados) por una neurona motora en particular. Estos movimientos son indoloros.

- **Contractura:** Las contracturas se desarrollan cuando el tejido conectivo normalmente elástico es reemplazado por tejido fibroso no elástico, haciendo que el área afectada se resista al estiramiento e impidiendo así el movimiento normal. Las contracturas se presentan principalmente en la piel, en el tejido subyacente de los músculos, en los tendones y en las áreas articulares. Las causas más

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ [http:// www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/print/ency/](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/print/ency/)

comunes de esta condición son la cicatrización y la falta de uso resultante de la inmovilidad o inactividad.¹⁹

- **Convulsión:** Se puede definir como una contracción súbita, violenta e incontrolable de un grupo de músculos, pero también puede ser más sutil involucrando solamente una breve “pérdida de contacto” o unos breves momentos de lo que pareciera estar despierto.
- **Epilepsia:** Cerca de la mitad de niños con PC tienen ataques. Esto significa que ocurre una actividad anormal en sus cerebros, a menudo, se localiza en el mismo lugar donde tienen la lesión que les causa PC. El cerebro está constantemente enviando mensajes al cuerpo para respirar, moverse, mantener el corazón latiendo. Un ataque es una serie de mensajes anormales que se envían al mismo tiempo. Los ataques normalmente duran desde pocos segundos hasta pocos minutos.
- **Lenguaje:** El problema de lenguaje que padecen la mayoría de los niños con PC se llama disartria. Se caracteriza por la dificultad para controlar y coordinar los músculos que son necesarios para hablar.
- **Retraso Mental:** Aproximadamente un tercio de los niños con parálisis cerebral tienen una limitación intelectual leve, un tercio presenta incapacidad moderada o grave y el tercio restante es intelectualmente normal. La incapacidad mental es más común en los niños con cuadriplejía espástica.
- **Incontinencia:** Falta de control en los músculos que mantienen cerrados los esfínteres. La incontinencia puede aparecer bajo la forma de 'mojar la cama' (conocida también como eneuresis), falta de control de la orina durante actividades físicas (o incontinencia por estrés), o pérdida lenta de orina a través de los esfínteres.
- **Problemas de Crecimiento:** El síndrome llamado "failure to thrive" en inglés, o fracaso de medrar, es común en niños con parálisis cerebral de moderada a grave, en especial en aquellos con cuadriplejía espástica. Se refiere a la falta de crecimiento o desarrollo a pesar de recibir suficiente alimento. En los bebés este

¹⁹ http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/paraliscerebral.htm. article/003185.htm.

retraso se manifiesta en peso bajo, en los niños en estaturas bajo lo normal y en los jóvenes puede presentarse en una combinación de estatura baja y falta de desarrollo sexual. Es probable que el fracaso de medrar tenga muchas causas, incluyendo en particular, mala nutrición y daño a los centros cerebrales que controlan el crecimiento y el desarrollo.

Asimismo, los músculos y las extremidades afectadas por la parálisis cerebral tienden a ser más pequeños que los normales. Esto es especialmente observable en algunos pacientes con hemiplejía espástica, porque las extremidades del lado afectado del cuerpo no crecen tan rápido o al mismo tamaño que las del lado más normal. A menudo, esta condición afecta más seriamente la mano y el pie.

- **Visión y Audición Limitadas:** Un gran número de niños con parálisis cerebral tienen estrabismo, una condición en la cual los ojos no están alineados debido a diferencias en los músculos del ojo izquierdo y el derecho. Sin tratamiento, ésta puede conducir al deterioro de la vista de un ojo y puede interferir en ciertas habilidades visuales, como el juzgar distancias.

Es posible que los niños con hemiparesis tengan hemianopsia, lo cual es vista defectuosa o ceguera que limita el campo de visión normal. En hemianopsia homónima, el problema afecta la misma parte del campo de visión en ambos ojos.

El deterioro del oído también es más frecuente entre aquellos con parálisis cerebral que en la población general.

- **Sensibilidad y Percepción Anormales.** Algunos niños con parálisis cerebral tienen deficiencias en la habilidad para sentir sensaciones simples como las del tacto o el dolor. También pueden tener estereoagnosia, es decir, dificultades en percibir o identificar objetos usando el sentido del tacto.

4.- MUSICOTERAPIA

4.1 Fundamentos

Antes de realizar una definición teórica de musicoterapia, es importante señalar que el hombre desde sus orígenes ha estado ligado a la música, siendo utilizada como un medio de expresión y comunicación de afectos y emociones. En las culturas primitivas, se dotaba a la música de un carácter sanador, mediante ella se trataban enfermedades mentales y físicas, ayudaba a exorcizar y

estaba presente en rituales y ceremonias religiosas. Las músicas utilizadas introducían cambios de ritmos y melodías, las que eran producidas por instrumentos como la voz cantada, flautas y tambores entre otros. El encargado de ejecutar estas sanaciones era el Brujo o Chamán, (de acuerdo a la cultura) quien se comunicaba con el espíritu malo, hasta el trance donde lo expulsaba del cuerpo del enfermo. Como se aprecia, el enfermo era un ente pasivo que se sometía al tratamiento, a la acción del Chamán, a sus cantos, sonidos y música. Todavía en culturas como la Mapuche, observamos a la Machi haciendo este rol de sanadora, conductora de los rituales, que al igual que el Chamán, acompaña su acción curativa del canto, oraciones, del sonido del kultrün, las cascagüillas, la danza y de la comunidad que se hace presente con sus instrumentos (trutruka, trompe, etc.). Así la música es ocupada por los mapuches para curar enfermedades, oficiar ceremonias religiosas “Machitún”, o para pedir agua o abundancia a la tierra, “Guillatún”.

Así como en los primeros tiempos, la música ha acompañado los procesos y la historia del hombre, ha sido testigo y contenedora de hitos importantes de la humanidad. Siendo uno de estos hitos, el que desencadena la génesis de la musicoterapia como disciplina. Se habla de la Segunda Guerra Mundial; su devastador y desolador resultado en la humanidad, la que gesta su nacimiento debido al gran número de enfermos físicos y mentales que colmaron los hospitales. Es en este contexto que se empieza a desarrollar como parte del tratamiento psicológico y físico, siendo en un comienzo aplicada por médicos, psiquiatras y músicos. Hoy en día es una disciplina joven, que está en desarrollo, abriéndose paso a la teorización e investigación en muchas partes del mundo, donde se forman a musicoterapeutas en diferentes grados académicos.

4.2 Definiciones

Para acercarnos al concepto de musicoterapia, es necesario revisar algunas de las definiciones que se han hecho sobre ella.

Para Kenneth Bruscia, “la musicoterapia es un proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir llegar a la salud,

utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas”.²⁰

La definición consensuada por la Federación Mundial de Musicoterapia en el VIII Congreso Mundial realizado en Hamburgo, Alemania en 1996, dice que la misma “es el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar y promover la comunicación, la interpretación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o establecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal o interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento”.²¹

Desde la perspectiva de Benenzon, “la musicoterapia es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos córpore-sonoro-musicales, para desarrollar, elaborar y reflexionar un vínculo o una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupo de pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y rehabilitarlo y recuperarlo para la sociedad.”²²

De las definiciones aquí presentadas se sustraen aspectos comunes y otros complementarios. Así se observa en las dos primeras, la utilización de la música como medio fundamental en la terapia. En este sentido para Bruscia el empleo de la música es denominado como “experiencias musicales”, para la Federación Mundial de Musicoterapia (FMM) es el “uso de la música y sus elementos musicales”. Benenzon aporta el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos córpore-sonoro-musicales, es decir, no sólo emplea música, él involucra todo lo que significa “comunicación no verbal”. Estos son para él, el instrumental básico de la musicoterapia.

²⁰ Bruscia, Kenneth. *Definiendo musicoterapia*. Colección Música arte y proceso. Editorial Amarú. Salamanca. España. 1997, p. 43

²¹ Schapira, Diego. *Musicoterapia Facetas de lo Inefable*. Editorial Enelivros. Río de Janeiro. Brasil. 2002 p.32

²² Benenzon, Rolando. *La Nueva Musicoterapia*. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina. 1998, p. 141.

La tarea terapéutica está a cargo de un musicoterapeuta calificado (FMM - Benenzon), un terapeuta para Bruscia, citando a Bloch (1982) “es un profesional que establece un compromiso para ayudar a otros que necesitan de su saber”²³. Esta acción de ayuda es planteado por Bruscia como un “proceso sistemático de intervención”, es decir, evidencia intencionalidad, organización, regularidad, transcurre en un tiempo, presenta connotaciones distintas tanto para el paciente como para el terapeuta, siendo para el primero “proceso de cambio gradual que conduce a un estado deseado”,²⁴ mientras que para el segundo una “secuencia sistemática de intervenciones que llevan a cambios especialmente en el cliente”²⁵. De este modo los esfuerzos terapéuticos son orientados hacia la salud (Bruscia) y en pos de facilitar y promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, expresión y otros objetivos terapéuticos (FMM). Benenzon la define como psicoterapia, siendo el concepto básico de ésta, el establecimiento del vínculo entre el paciente y el musicoterapeuta.

Es importante subrayar que la terapia, la utilización de la música, el sonido, el movimiento, los instrumentos còrporo-sonoro-musicales, el encuadre, los objetivos o metas, persiguen atender a las necesidades de las personas abarcándolas integralmente, esto es, en sus necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas, también se busca el desarrollo de potencialidades y/o restablecer funciones. Todo este camino para alcanzar la salud y mejorar la calidad de vida..

La musicoterapia es una disciplina que puede ser desarrollada en forma individual o grupal y promueve relaciones que evolucionan por medio de las experiencias musicales como fuerzas dinámicas, por tanto estas relaciones “suponen empatía, intimidad, comunicación, influencia recíproca (entre terapeuta y paciente) y relación como función terapéutica”.²⁶ Benenzon se centra en el vínculo y la relación con la persona, estos aspectos forman parte de los objetivos de la

²³ Bruscia, Kenneth. Op. Cit, p 49

²⁴ Ibidem, p. 44

²⁵ Ibidem, p.44

²⁶ Poch Blasco, Serafina. *Compendio De Musicoterapia*, Volumen I. Editorial Herder S.A.. Barcelona. España. 1999 p. 42.

musicoterapia, que se valen del “intermediario no verbal. Esto significa comunicación análoga”.²⁷

4.3 Musicoterapia y Parálisis Cerebral

La musicoterapia abre un canal de expresión y comunicación distinto; por sus cualidades, significados y el impacto que genera en los niños con parálisis cerebral. Muchas veces hemos escuchado que la música es movimiento, debido a sus componentes de tiempo, ritmo, melodía. Éste, sucede tanto en el ámbito físico, como interno. El primero es claramente observable, debido que es fácil ver al cuerpo moverse al escuchar una música rítmica. El segundo implica movimiento de imágenes, sensaciones, emociones, que hablan de que algo sucede en la persona, dentro de ella. Así la aplicación de esta disciplina en niños con PC ha mostrado ser muy beneficiosa tanto en el aspecto físico, como psicológico.

Los niños con PC suelen manifestar problemas de seguridad “el niño espástico grave, tanto el cuadripléjico como el dipléjico más comprometido, es muy inseguro. No puede moverse en forma efectiva, o ajustarse a cambios de posturas (...) En consecuencia presenta miedo constante de caerse si no es sostenido de modo suficiente”.²⁸ La música, la relación terapéutica, el vínculo paciente terapeuta, genera un espacio de contención, confianza y seguridad que permitirán al niño sentirse seguro de él y también será la ventana para el desarrollo de sus capacidades residuales.

Al comienzo se ha planteado que la musicoterapia abre un canal de comunicación y éste es justamente uno de los problemas de la parálisis cerebral “el niño cuadripléjico, no puede expresarse con palabras, gestos o movimientos (...) se torna retraído y pasivo y no reacciona a los estímulos del medio, ya que sabe por experiencia que no le es posible responder en forma adecuada y que todo intento que realice para conseguirlo, habitualmente termina en fracaso y frustración”²⁹ Debido a lo anterior es de suma importancia considerar y valorar

²⁷ Benenzon, Rolando Op. Cit. p. 142

²⁸ Bobath, Karel. Op. Cit. p 81

²⁹ Ibidem. p.81

“los propios elementos, es decir aquellos de los que dispone el niño como pueden ser ruidos realizados por su cuerpo, golpes, efectos con la voz (...) El trabajo más importante se realiza con nuestro propio instrumento corporal”³⁰. Es a partir de los elementos que presenta el niño que se debe construir el canal de comunicación, consolidando patrones distintos a los convencionales, desde la naturaleza no verbal de la musicoterapia. Por esta razón, reconoce, valora y se desarrolla a partir de los aportes del paciente, destacando sus “núcleos de salud”, que Gauna describe como “un espacio cargado de potencialidades, imposibilitadas de ordenarse en un tempo y que necesitan de acoplamiento de “otro” para su expresividad”³¹

“La musicoterapia puede proporcionar al niño con parálisis cerebral un alivio, un gozo y un medio para realizarse, ya que las limitaciones producidas por esta dolencia hacen que se sienta frustrado emocional y físicamente, aunque posea una inteligencia normal. La música le va a abrir nuevas formas de expresión y comunicación que le ayudarán a tomar conciencia del movimiento a través de ejercicios de asociación, y de belleza de la melodía con canciones asequibles a sus posibilidades.”³²

Josefa Lacarcel presenta algunas ideas de trabajo con PC que serán expuestas a continuación. Su trabajo se divide en cuatro aspectos: audición, voz, ritmo y movimiento y los instrumentos.

- **Audición:** Plantea la importancia en la selección de la música, la que dependerá de: el tipo de música, el estado mental y físico y el tipo de parálisis cerebral y grado de deterioro neuromotor y psicológico. Así la música estimulante posee mejor resultado con niños espásticos, mientras que la relajante con los niños atetósicos. Al parecer esto no es una regla rígida, debido a que incorpora el aporte de J. Alvin, quien aclara que “algunos niños con parálisis cerebral reaccionan desfavorablemente ante la música estimulante porque acrecienta el sentimiento de tensión y los trastorna. El tipo de música más adecuado para ellos es la música

³⁰ Lacarcel Moreno, Josefa. *Musicoterapia en Educación Especial*. Servicio de Publicación, Universidad de Murcia. España. 1995. p. 103

³¹ Gauna, Gustavo. *Entre los sonidos y el silencio. Musicoterapia en la infancia: clínica y teoría*. Editorial Artemisa. Rosario. Argentina. 1996. p. 23

³² Lacarcel Moreno, Josefa. Op. Cit. p. 103

melódica basada sobre una pulsación pareja y regular tocada con velocidad perceptible, y, sin embargo alegre y vivaz (...) no es aconsejable usar música que contenga cambios súbitos de velocidad, intensidad o ritmo con niños con parálisis cerebral no entrenados, pues no son capaces de adaptarse rápidamente y de controlarse, y pueden sentir miedo ante el exceso de estimulación. Pero si recibe educación musical y se acostumbra gradualmente a seguir y comprender diferentes estados de ánimo en música, aunque sea a nivel elemental, disfrutará de una experiencia musical que se ha tornado familiar y a perdido su aspecto aterrador”.³³

- **La voz:** La mayor parte de los niños con PC muestran dificultades para expresarse mediante el lenguaje hablado, “la música, el canto y los ejercicios de expresión vocal, rítmicos fonatorios y prosódicos, van a aportar en la terapia del lenguaje, un medio para relajar la tensión tan característica de los músculos y miembros que van a participar en la emisión de los sonidos”.³⁴

Se señala además, la importancia de comenzar la terapia con relajación y trabajo de respiración lo que ayudaría a crear una buena disposición psicológica del paciente.

- **Ritmo y movimiento:** Estos dos elementos son también muy importantes en el desarrollo de la terapia, pero para que sea verdaderamente provechoso es necesario considerar en primera instancia la posición del paciente. Para esto se debe resguardar que su cabeza esté ubicada en línea media lo que favorecerá la actividad bilateral de las manos. “Las pautas flexoras o extensoras deben ser controladas con una forma de sentarse adecuada y en el caso que sean necesarios unos aparejos extensivos, se debe procurar que sean lo más pequeños posible y debe permitirse al niño que ejerza aquel tipo de control que tenga sobre su postura”³⁵.

A través del trabajo con el ritmo y el movimiento el niño puede tomar conciencia de sus propias posibilidades corporales. Para Lacarcel estos elementos

³³ Lacarcel Moreno, Josefa. Op. Cit. p. 105

³⁴ Ibidem, p. 106

³⁵ Ibidem, p. 108.

pueden ayudar a la persona a “formar una imagen mental del movimiento, produciendo los sonidos asociados con una emoción.”³⁶

Me parece interesante incorporar el movimiento como un aspecto, que también, penetra la emoción, el ser interno del paciente. Esto permite que el trabajo terapéutico no se centre solamente en lo que se percibe como el aspecto débil, lo que se puede ver de la persona. Esto sería reducir al paciente justamente a su patología. Con esto no quiero señalar que no sea importante trabajar lo motor. Se precisa no perder de vista la integralidad del ser humano, que no es sólo cuerpo, músculos, extremidades, sino que también emociones, sentimientos, sueños, temores... estos elementos son posibles contenerlos desde la música, el ritmo y el movimiento. No son ajenos a la vida de una persona con parálisis cerebral.

Instrumentos: Antes de que el niño manipule los instrumentos, es preferible brindar experiencias de sonoridad auditiva de éstos, ya sea, mediante audición musical, donde se destaquen las cualidades de diferentes instrumentos.

En lo que respecta a la utilización de los instrumentos se debe considerar:

- Los instrumentos de percusión indeterminada son muy manejables, por lo tanto, recomendables para trabajar con ellos (pandero, caja china, platillos, triángulo, bombo, tambores)
- Con respecto a las baquetas es importante considerar el grosor adecuado de éstas, las que dependerán del grado de presión alcanzado por el niño.
- Los instrumentos de cuerdas encierran dificultades para estos niños, debido a que requieren de movimientos finos de muñeca y dedos.
- El teclado, piano y la celesta son interesantes por los movimientos de dedos y muñecas.
- Los instrumentos de vientos simples tales como la flauta de bambú, flauta dulce y silbatos presentan condiciones favorables para ser manejados.

³⁶ Ibidem, p. 108.

III.-PERFIL DE ESTEBAN

Esteban vive junto a sus padres y hermanos siendo el tercero de 5 hijos. Nace hace 18 años de parto eutócico. Manifiesta un desarrollo normal durante los primeros meses observándose al 5º mes un leve retraso. Al año dos meses presenta un cuadro de diarrea que desencadena en convulsiones, inicialmente una al día, las que fueron aumentando en frecuencia y duración hasta permanecer aproximadamente 18hrs. con convulsiones. Este evento produjo un compromiso motor severo.

A los tres años fue diagnosticado con aciduria glutárica tipo I, iniciando una dieta hipoprotéica con la que se mantiene hasta hoy.

Esta enfermedad es un trastorno metabólico hereditario que se desarrolló en tres de los cinco hermanos, siendo Esteban el que manifiesta el cuadro más severo.

Su diagnóstico actual es de una cuadriparesia distónica, secuela de aciduria glutárica tipo I. Presenta también miopía y astigmatismo.

1.- Cuadro Motor de Esteban: es descrito como una cuadriparesia distónica con espasticidad. Su tono muscular es fluctuante con espasmos tónicos. El control de cabeza es muy inestable, en general se va hacia la extensión cervical completa y además rotada hacia uno de los lados, generalmente el derecho.

La posición asimétrica de su cabeza (RTCA) interfiere con la actividad de sus miembros superiores. El tronco está muy asimétrico con una fuerte flexión lateral y rotación hacia la derecha por lo que presenta una convexidad izquierda en la columna dorsal que es parcialmente reductible, la curva es importante, por lo que preocupa un futuro compromiso de sus órganos especialmente a nivel respiratorio. Sus últimas costillas están aladas por la falta de actividad muscular abdominal. La pelvis se encuentra oblicua y en retroversión, la hemipelvis derecha está elevada, se logra reducir dichas inclinaciones para que realice una descarga de peso en isquiones. El miembro superior derecho acompaña dicha postura de tronco con una fuerte flexión de lado y extensión de hombro que a su vez

incrementa la mala posición postural. Sus caderas tienden a la flexión aunque se logra la extensión neutra, las rodillas se encuentran con contracturas en flexión, la izquierda en 25° y la derecha en 10°. Los pies no toleran la carga de peso sostenida, tiende a sacarlos de la superficie de apoyo tanto sentado como parado.

Es transferido de una posición a otra por uno o dos adultos, él no colabora en esta acción. En general la posición de descanso es recostado en cama conservando la mala alineación antes descrita.

2.- Sistema de Comunicación de Esteban: El joven no maneja ningún sistema de comunicación directo que le permita formular sus deseos, expresar ideas o sentimientos. La comunicación depende de la pregunta cerrada que formule su interlocutor, a la que puede contestar de dos formas: sacando la lengua para indicar “sí”, o cerrando la boca en dirección hacia abajo para señalar “no”.

3.- Como lo define su familia: Un joven discapacitado pero absolutamente inteligente, sensible y muy espiritual. Para la familia la enfermedad de Esteban tiene un sentido, religioso con carácter de “una cruz grande, que Dios permite por algo”. La importancia de la vida de Esteban está en el cultivo de la “vida en el espíritu”, “... tu cuerpo está destruido, pero tu vida existe”. Esteban lleva una vida muy integrada con sus hermanos, a todas partes lo llevan y él se muestra entusiasmado.

4.- Como lo definen los profesionales del centro: Notan que Esteban a cambiado, (haciendo alusión a la adolescencia) se percibe más maduro, puede esperar, antes quería toda la atención para él. Muestra preferencia para relacionarse con los adultos, manteniendo buen contacto con ellos, aunque frente a alguien desconocido pareciese sentir inseguridad.

Es muy expresivo con el rostro y la mirada, logrando expresar con ellos alegría, tristeza y frustración. Muestra agrado ante el contacto corporal de caricias y masajes. Frente a las órdenes o indicaciones, que requieren respuestas,

manifiesta estrés lo que se refleja por medio de la activación su repertorio de movimientos reflejos.

IV.- PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

1.- Descripción:

La intervención musicoterapéutica se desarrolló por medio de sesiones individuales con una frecuencia de dos veces por semana, los días lunes y jueves, durando aproximadamente una hora 15 minutos.

Se realizaron 22 sesiones distribuidas en 3 etapas y 7 momentos los que serán descritos posteriormente.

SESIONES	ETAPAS	MOMENTOS
1 - 3	DIAGNÓSTICO MUSICOTERAPÉUTICO.	1º “ ¡ Hasta aquí puedes llegar!”. 2º “La cuota de humor y de juego”- Nos empezamos a comunicar.
4 - 16	DESARROLLO DEL PROCESO TERAPÉUTICO.	3º Sintiéndome – Sintiéndonos. 4º ¡Soy capaz!- Confío en ti. 5º Nos relacionamos con los instrumentos: “ahora tocamos juntos el piano”. 6º Disfruto de mi cuerpo- “Me siento seguro contigo”.
17 - 22	CIERRE DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.	7º “Un regalo de Despedida: Recorriendo nuestros mejores momentos”.

Antecedieron a las sesiones, una serie de acciones orientadas a reunir información sobre Esteban. De este modo se efectuaron entrevistas a la madre y a cuatro de los profesionales que trabajan actualmente con el joven. También se recopilan antecedentes de la ficha clínica de Esteban en el Centro de Rehabilitación Manantial, donde asiste desde temprana edad.

Con los datos obtenidos se completa la “Ficha Musicoterapéutica” planteada por Benenson (ver anexo N° 1) y se precisa en el diagnóstico y la evolución del estado de Esteban desde los primeros años a la edad actual.

2.- Objetivos Musicoterapéuticos:

Se han determinado objetivos generales; que pretenden abarcar todo el proceso, y objetivos de etapa; relacionados con lo realizado en las sesiones de musicoterapia. Muchos de estos se gestan de los resultados obtenidos de una sesión a otra, vinculados también con lo esperado para cada etapa.

2.1 Objetivos Generales:

- “Proporcionar un espacio musicoterapéutico que permita al paciente fortalecer su autoestima potenciando sus capacidades; sonoras, de movimiento y relajación, mediante diversas experiencias de trabajo corporal, sonorización vocal, audición y contacto sonoro corporal con instrumentos musicales y con la musicoterapeuta.”

- “Desarrollar vínculo terapéutico entre el paciente y la musicoterapeuta.”

- “Potenciar las formas de expresión sonoras y faciales que presenta el paciente, para incorporarlas dentro de su medio de comunicación”

2.2 Objetivos de Etapas:

a) Objetivos del Diagnóstico Musicoterapéutico:

- “Establecer relación sonoro – corporal entre el paciente y la musicoterapeuta.”
- “Conocer características de Esteban desde las cuales se pueda potenciar el trabajo terapéutico”.
- “Identificar sonidos, instrumentos, músicas que favorezcan la relación paciente– musicoterapeuta.”
- “Reconocer experiencias que pudiesen ser agradables y placenteras para el paciente, considerándolas en el proceso terapéutico”

b) Objetivos del Proceso Musicoterapéutico:

- “Potenciar la respiración y establecer relación entre ésta y la relajación, el movimiento corporal, la vocalización y los sonidos de instrumentos musicales”.

- “Lograr estados de relajación y bienestar corporal mediante el trabajo de respiración consciente, el recorrido mental del cuerpo, la audición de piezas musicales y la vocalización de sonidos”.
- “Fortalecer el esquema corporal del paciente”.
- “Fortalecer el trabajo vocal a partir de los sonidos que Esteban realiza, introduciendo la grabación y audición de sus producciones vocálicas”.
- “Establecer contacto sonoro-corporal con instrumentos musicales”.

c) Objetivos del Cierre Musicoterapéutico:

- “Concluir el trabajo terapéutico desarrollado, destacando los logros alcanzados por el paciente.”
- “Destacar la experiencia musicoterapéutica como una vivencia positiva para el paciente y la musicoterapeuta”

3.- Experiencias musicoterapéuticas desarrolladas:

- Empatía sonora: se trata de empatizar sonoramente (utilizando el bombo) con el estado físico-emocional de Esteban.
- Diálogos paciente – musicoterapeuta.
Las primeras formas de diálogos se desarrollaron a partir del soplo, elemento que surge en las primeras sesiones, y en donde se evidencia las primeras respuestas relacionales. Luego el diálogo se produce a partir de los sonidos de Esteban y la respuesta sonora del bombo. En sesiones siguientes, se graban y escuchan las vocalizaciones entre el paciente y la musicoterapeuta.
- Ejercicio de respiración consciente.
- Audición de piezas musicales grabadas. (Música de Ameliè, Turka, Kusturica, Vivaldi, Tous les matins du monde.)
- Vocalización – canto, grabación y audición de las producciones vocales. Con este tipo de actividad se trabaja la emisión del nombre del paciente.
- Trabajo corporal:
 - a) A partir del movimiento:
 - Acompañado con músicas rítmicas, danzantes, tranquilas.

- Estableciendo contacto corporal con instrumentos musicales, produciendo sonidos a través de éste.
- Relacionado con los movimientos de inspiración y expiración.
- Movimientos desde segmentos pequeños hasta la incorporación de otros más amplios.

b) Ejercicios de sensopercepción:

- Trabajo con elementos que permitan sentir diferentes texturas, colores, consistencias, mediante su contacto con diferentes partes del cuerpo: globos, pelotas, pañuelos, plumas, algodón.
- Grabación y audición de producciones sonoras con piano.
- Lluvia sonora: se tapa la vista del paciente y se hacen sonar diferentes instrumentos musicales en distintas partes del cuerpo, pretendiendo que éste sea bañado con el sonido. En ocasiones, se hace sentir las texturas de los instrumentos (bombos, parches, uñas). También se hace sonar un instrumento provocando además del sonido, aire. Esto sucedió con el bombo el que se tocaba y luego se movía con rapidez sobre el cuerpo de Esteban (sin tocarlo) provocando dicho efecto.
- Contorno corporal: Se realiza esta experiencia terapéutica después de otras actividades; lluvia sonora y movimiento de diferentes segmentos del cuerpo, con la intención de que el paciente se conecte con su cuerpo y el esquema corporal de éste. Así la musicoterapeuta marca con su mano el contorno de Esteban.

4.- Setting.

El lugar donde se realizaron los encuentros terapéuticos, era la sala continua a la del grupo de Esteban, utilizada para el descanso de los jóvenes. Hasta aquí, se desplazaba (ayudado por dos adultos) al paciente recostado en su colchoneta, y en esta posición se trabaja con él.

Los instrumentos utilizados dependían de la actividad. Esto porque en el mismo horario trabajaban dos grupos más con musicoterapia, por lo que era

necesario compartirlos. Por esta razón opté por llevar los instrumentos musicales acordes con la experiencia a desarrollar. Se utilizó: guitarra, bombo chilote, panderetas, pandero, uñas, semillas, metalófono, piano eléctrico, triángulo, claves campana, claves, charango, flauta, guiro, palo de agua, okarina, zampoña. También en dos sesiones se trabajó con pelotas blandas, géneros de diferentes texturas, plumas y globos.

La filmadora estuvo presente en 10 sesiones, también fueron grabadas en radio, algunos diálogos vocales e improvisaciones con instrumentos musicales.

5.- Etapas y momentos del proceso musicoterapéutico:

Durante el proceso musicoterapéutico se sucedieron etapas, que fueron proyectadas con respecto al tiempo contemplado para la práctica. De este modo se pensó a priori la experiencia, en tres etapas: de diagnóstico, desarrollo y cierre musicoterapéutico.

Los momentos que aquí describo; y sobre el cual se centra mi análisis, nacen a posteriori y luego de una revisión de cada una de las sesiones. Es una manera de ordenar y presentar lo vivido. Se delimitan con respecto a la respuesta del joven, a lo experimentado por la musicoterapeuta y a la evolución de la relación terapéutica. El nombre asignado a cada uno de los momentos, trata de poner en palabras lo que fue gestado, sentido y trabajado desde lo no-verbal, y son nominados desde lo que percibo de Esteban, lo que traduzco de su mirada, relación conmigo, con los instrumentos, estado corporal... todo lo que comunica.

5.1 Etapa de diagnóstico musicoterapéutico:

Primer Momento: “Hasta aquí puedes llegar”: corresponde a la primera sesión (ver anexo N° 2, sesión 1)

Respuesta de Esteban	Musicoterapeuta
<ul style="list-style-type: none"> • Evita contacto visual con la terapeuta. • Reacciona con gritos. • Se contractura, muestra dolor en su rostro. • Su cuerpo suda. • Se percibe angustiado y con miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de miedo, tristeza, angustia, soledad, rechazo y culpa. • Voz. Baja, hablo al joven y le digo: “déjame ayudarte, no te tenses”. Se hace un gran esfuerzo por mantener

<ul style="list-style-type: none"> • Después de un tiempo, el sonido y el contacto con el bombo logra relajarlo, saliendo del estado de espasticidad y contractura. • Establece contacto visual y corporal con el instrumento (bombo). • Sus sonidos vocales pasan del grito al silencio. • Pone atención en el sonido del instrumento, lo escucha. 	<p>templanza, tranquilidad y no demostrar todo lo que se sentía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contratransferencia, rol de madre. • Durante la sesión, y ante la respuesta del joven, la idea principal es de tranquilizarlo. • Instrumentos utilizados, bombo, palo de agua, voz del terapeuta.
---	--

Análisis:

La primera respuesta sonora corporal de Esteban fue de dolor, gritos intensos, sudor, contractura, espasticidad, lo que percibí como señal de inseguridad, temor y rechazo ante la persona extraña. En estas formas de comunicación se reconoce la voluntad y la demarcación de los límites establecidos por el joven, muestra su personalidad, su yo, que se levanta y reclama ante este primer contacto. Así “rescatamos la expresión como una actividad de superlativa capacidad (...) como aspecto fundamental del desarrollo y crecimiento del yo del sujeto”.³⁷ El grito, el tono del cuerpo es un medio por el cual Esteban se comunica, Gauna plantea que el niño defiende sus síntomas por los cuales se expresa, esto, ya sea en forma consciente o inconsciente.

Con el transcurso de la sesión y mediante la percusión de un ritmo binario con el bombo, el joven se estabiliza. Lo que permite que éste se conecte con el instrumento y su “tempo corporal que surge de nuestro interior en forma natural y en donde todos los diferentes ritmos internos convergen”.³⁸ Así, este sonido estable, profundo, más el contacto corporal que establece con él (la piel del bombo en ocasiones toca su mano) lo acerca a una experiencia agradable, hacia la salud, desde sus propias posibilidades.

En lo que respecta a la respuesta y sentimiento provocados en la musicoterapeuta es posible señalar varios aspectos. Primero, la utilización de la voz, que surge como respuesta instantánea ante la expresión del joven. Se habla con voz suave, tratando de tranquilizarlo. Ruesch señala que “el terapeuta puede

³⁷ Gauna, Gustavo. *Entre los sonidos y el silencio*. Editorial Artemisa. Rosario. Argentina 1996. p 73

valerse de su propia voz para influir sobre el paciente y hacer que se relaje. Con el movimiento del aparato vocal reduce la angustia, haciéndolo de un modo imperceptible, en vez de reflejar la perturbación del paciente le dice que el terapeuta está tranquilo. Merced a esta retroalimentación acústica el paciente empieza a tranquilizarse”³⁹. La voz fue el primer paso del camino hacia el relajo corporal. Luego se realiza contacto sonoro corporal con el bombo, el que es tocado con una baqueta, para lograr que el sonido fuese más penetrante. La idea de utilizar el bombo, nace por la asociación de este instrumento con el útero, pudiendo evocar con su timbre el sonido cardíaco, quizás los primeros sonidos escuchados por el paciente en su vida intrauterina. Para Benenzon, de acuerdo a su clasificación de los instrumentos sonoro-musicales de tipo analítico – proyectivo, el tambor se clasifica dentro de los instrumentos maternos vaginales, lo que avalaría la asociación que se hizo de él. Además puede cambiar de una a otra categoría, lo que sucede al utilizarlo con baqueta, donde adquiere un carácter paternal, y justamente la intención era de producir sonidos penetrantes, que pudiesen conectarse con el estado còrporo – emocional del joven. Se agrega otro elemento en este encuentro, que desde mi perspectiva plantea la gestación del vínculo. Esteban logró sentirse acogido y contenido en su dolor y estado síquico. Por otra parte los sentimientos contratransferenciales, que se relacionaban con el rol de madre, el responder desde este rol, con sonidos que le permitieron lograr un estado de bienestar físico, el reconocer que esta respuesta obtuvo un resultado positivo, fueron el pilar de lo que posteriormente sería la relación paciente terapeuta. Benenzon plantea que el musicoterapeuta “al reconocer dentro de él (Mt) este fenómeno, sentirá el estímulo de expresar una producción rítmica o melodías de intervalos ascendentes o descendentes. Todo esto dependerá del contexto no-verbal que en este momento esté funcionando entre ambos”.⁴⁰

³⁸ Ibidem p 73

³⁹ Ruesch, Jurgén. *Comunicación Terapéutica*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. 1964. p85

⁴⁰ Benenzon, Rolando Op. Cit. p 71.

Segundo Momento: “La cuota de humor y de juego”- Nos empezamos a comunicar.

Respuesta de Esteban	Musicoterapeuta
<ul style="list-style-type: none"> • Se contacta visualmente con los instrumentos • Se sonríe y ríe ante lo inesperado. • Responde sonoramente con la voz, soplando, riéndose. Se genera diálogo a partir de la imitación. • Muestra clara intención en producir una respuesta. • Permanece atento y conectado con la actividad. • Mira durante la sesión a la terapeuta. • Juega 	<ul style="list-style-type: none"> • Conexión y empatía con el joven. • Sentimientos de seguridad, alegría y aceptación. • Establece diálogo a partir de las posibilidades del paciente. • Los encuentros están cargados de humor. • Se establece una relación de terapeuta a joven. (no se trata como niño) • Comunicación con mirada, con sonidos de la voz, soplido, juego. • Juega.

Análisis:

Este momento es muy distinto al anterior, lo que estaría hablando de lo significativo del primer encuentro. Ahora el análisis se centrará en tres aspectos que caracterizan el momento y que son claves en el proceso: núcleos de salud, comunicación y juego – humor.

En lo que respecta a los núcleos de salud, destaco las posibilidades descubiertas en Esteban para emitir sonidos, soplar y su buen sentido del humor. Estos tres elementos son los que abren paso al camino terapéutico, lo importante es reconocerlos y no quedarse con el aspecto patológico tan evidente en el paciente. Gauna plantea la importancia de definir el tratamiento permitiendo “el desarrollo de un proceso expresivo, en donde el terapeuta confíe en que los núcleos de salud van a tender a “asociarse”, a “relacionarse”, dándole a la persona nuevo sentido, acercándose a los objetos internos que han permitido el significado o que nunca han podido significar”⁴¹. Percibo en Esteban mucho agrado al ver que estos elementos tan característicos de él, eran reproducidos, validados y reconocidos por otro. En este reconocimiento estaba también la aceptación a su

⁴¹ Gauna Gustavo. Op. Cit. p. 40

persona y a sus formas de comunicación. En este mismo sentido Aucouturier señala “en lugar de centrarnos en los aspectos negativos, decidimos trabajar con lo que había de positivo en el niño, partiendo de lo que sabía hacer toda vez que lo que un niño hace espontáneamente corresponde siempre a sus motivaciones profundas”.⁴²

La comunicación nace de la imitación que el terapeuta hace del repertorio de elementos del paciente, “imitar el gesto del otro es decirle que se le acepta (...) es afirmar simbólicamente que uno no pretende imponerse sino someterse al deseo del otro”⁴³ Esteban al escuchar la imitación de sus propios sonidos, los vuelve a repetir enriqueciéndolos con nuevos elementos, así surge el diálogo y esta comunicación se ve reforzada por la mirada, la sonrisa, en definitiva señales de querer participar y de aprobación de este espacio que comenzábamos a construir.

Cuando ya nos comunicábamos, surgió el juego en la siguiente situación: Por casualidad mi collar quedó enredado en los dedos de Esteban, nos damos cuenta de esto, al sentir el peso de la mano de Esteban en el momento en el que intento levantarme. Nos miramos espontáneamente, para luego reírnos. Yo le digo: “Me atrapaste”- él se sonríe, y así empezamos a jugar... con el collar, con el soplido, con sus vocalizaciones. Esta actividad lúdica, la complicidad y el buen humor, me dio seguridad, me hizo sentir que tomábamos buen rumbo “lo universal es el juego, y corresponde a la salud: facilita el crecimiento (...) puede ser una forma de comunicación en psicoterapia...”⁴⁴ En esta actividad se estaba forjando un espacio de confianza, de relación por medio del juego que “es una experiencia creadora, y es una experiencia en el continuo espacio – tiempo, una forma básica de vida”.⁴⁵

De este modo el juego, los núcleos de salud y la comunicación indican cómo orientar el desarrollo del proceso, incorporando los elementos descubiertos en la etapa diagnóstica.

⁴² Aucouturier, Bernard. *La educación psicomotriz como terapia* “Bruno”. Editorial Médica y Técnica, S.A. Barcelona España. 1977. p 34

⁴³ *Ibidem* p35.

⁴⁴ Winnicott. D.W. *Realidad y Juego*. Editorial Gedisa. Barcelona. España. 1979 p 65

⁴⁵ *Ibidem*. p 75

5.2 Etapa de desarrollo del proceso musicoterapéutico.

Tercer Momento: Sintiéndome- Sintiéndonos.

Respuesta de Esteban	Musicoterapeuta
<ul style="list-style-type: none">• Diálogo (miradas, sonidos vocálicos)• Muestra mucha atención en las experiencias, por ejemplo al escuchar sus producciones sonoras, aumenta la producción de sonidos vocálicos.• Manifiesta placer ante la música rítmica y el movimiento de su cuerpo.• Sensación de baile produce en él agrado, risa.• Se relaja corporalmente. Ausencia de contracturas en las sesiones.• Inicia trabajo de respiración consciente.	<ul style="list-style-type: none">• Diálogos con sonidos vocálicos, imitación de los producidos por el joven.• Sentimiento de confianza y seguridad en el trabajo que se estaba realizando.• Surge preocupación por la proximidad corporal con la que se trabaja, temor al enamoramiento del joven.• Se percibe de Esteban, cariño, confianza, alegría.• Ubicación de Esteban en línea media, ayuda a controlar la tensión corporal.

Análisis:

El nombre de este momento marca lo central en él: “la experiencia de sentir, y de sentirse”. Cuando se revisa la historia de Esteban es posible reconocer que desde temprana edad su cuerpo ha sido centro de dolor, se podría inferir que a partir de esta realidad este joven pueda asociarlo como algo que le ha ocasionado sufrimiento más que placer. Su familia se refugia en su credo, y tratan de que Esteban resignifique su enfermedad y su limitación corporal, asignándole importancia a la vida en el espíritu. Pero el cuerpo existe y es parte de Esteban. Desde estas conjeturas es que trato de brindarle al joven experiencias en donde pueda encontrar el valor en su cuerpo, pueda sentirlo y disfrutarlo. Para esto se hace necesario un camino, que surge a partir del trabajo con la respiración y la toma de conciencia corporal. Es así que desde este instante la mayoría de las sesiones se inician con un trabajo de respiración sistemático, para luego realizar un recorrido del esquema corporal. Luego comenzamos a trabajar con música rítmica, percutiendo el cuerpo, con elementos que le otorgasen distintas experiencia senso – perceptivas, hasta llegar al movimiento corporal, al baile. No conozco a ciencia cierta que movimientos internos generan estas experiencias,

pero descubro que hemos llegado al movimiento desde sus propios ritmos, desde su cuerpo, que ahora le proporciona sensaciones agradables, lejanas a la contractura y el dolor. En este sentido se enfatiza el desarrollo y conocimiento de sus potencialidades. Si bien yo movía el cuerpo, era fundamental para esto que él lo permitiese, que él depositara la confianza en mí. Con esto también queda en evidencia el proceso en nuestra relación, Gaston señala al respecto que “las actividades rítmicas facilitan la tarea en conjunto debido a que no es necesaria la comunicación verbal; el ritmo obra como vínculo de unión”.⁴⁶

En cuanto a nuestra relación terapéutica, en este momento surge el temor a que el paciente se enamorase de mí, esto por el gran cariño que percibo en su mirada, y también por la proximidad corporal necesaria para llevar a cabo las diferentes experiencias. En este sentido fue importante reconocer primero mis temores, socializarlos con la supervisora y no actuar o responder frente a los deseos eróticos que yo percibía en mi paciente. Me mantuve neutral, seguí siendo cuidadosa con él, trabajando próxima a su cuerpo, pero con mucha claridad en lo que hacía, reconociendo los sentimientos del paciente como potencializadores de confianza y seguridad; elementos fundamentales para establecer el vínculo entre el paciente y la musicoterapeuta. Desde aquí, de la intimidad del espacio terapéutico se desarrollaron las diferentes experiencias que estaban siendo muy significativas para Esteban.

Cuarto Momento: ¡Soy Capaz! Confío en ti.

Respuesta de Esteban	Musicoterapeuta
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor contacto visual con los instrumentos. • Iguala en tonos a la musicoterapeuta al trabajar vocalmente con su nombre. • Reconoce sus logros y se alegra por ellos. • Muestra más control en el trabajo de respiración consciente. • Permanece atento al recorrido corporal. • Goza al escuchar sus sonidos y ver su 	<ul style="list-style-type: none"> • Se vuelve a trabajar con instrumentos. • Se establece una rutina en el trabajo: respiración, recorrido mental del cuerpo, trabajo con instrumentos; audición de improvisaciones de la terapeuta, contacto corporal con instrumentos por parte del joven, recuento verbal de lo realizado en la sesión.

⁴⁶ E. Thayer, Gaston (cols). *Tratado de Musicoterapia*. Editorial Paidós. Barcelona. España. 1982. p. 37

<p>cuerpo moverse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descubre que puede responder ante las consignas de la musicoterapeuta. • Se contacta corporalmente con instrumentos (por medio de la acción de la musicoterapeuta) semillas, panderetas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se percibe desde el paciente mucha ternura, cariño en la mirada. • Se destaca las capacidades de responder de Esteban. • Sentimientos de alegría y esperanza.
--	---

Análisis.

Se percibe en Esteban un gran avance que está relacionado con la percepción que tiene de sí mismo y de sus capacidades. Frente a los desafíos, él reacciona con mucha perseverancia y esfuerzo, a diferencia del primer momento, ahora está totalmente abierto y deseoso de participar, descubrir y reconocerse en cada una de las actividades. Esto se evidencia en la alegría que muestra cuando advierte, por ejemplo, que logra igualar tonalmente a la musicoterapeuta realizando un sonido, en los primeros momentos yo lo imitaba, le estaba reconociendo y afirmando desde sus potencialidades. Ahora era él quien él reproducía mi tonalidad, él me estaba aceptando, quería y podía alcanzarme.

Se incorporan los instrumentos, parches, semillas, metalófono y piano, los primeros se utilizaron con actividades en donde se los hacía sonar mediante el contacto corporal del paciente con éstos. Los segundos se introducen en el proceso desde la improvisación de la musicoterapeuta. Las músicas producidas se caracterizan por melodías tranquilas que pasan a tempos más acelerados. Advierto en Esteban mucha atención en la música, la que trataba de empatizar con su estado. Al final de este momento incorporo el piano donde advierto gran interés por parte del paciente.

Desde el vínculo que habíamos establecido, ahora Esteban comenzaba a vincularse con los instrumentos sin la angustia e inseguridad inicial. Este gran paso lo acerca al contacto sonoro musical con los instrumentos, este punto es clave en el próximo momento.

En esta parte del proceso se instaura un método de trabajo. Este aspecto marca la diferencia con los momentos anteriores donde se improvisa, ahora existen pasos en cada sesión, los que surgen de las experiencias anteriores y de

la relación terapéutica. Este método contribuye tanto a la seguridad de Esteban, como a la de la terapeuta.

Quinto Momento: “Ahora tocamos juntos el piano”- Nos relacionamos con los instrumentos.

Respuesta de Esteban	Musicoterapeuta
<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia alegría, desde el principio de las sesiones. • Frente a las dificultades en el control del cuerpo, manifiesta perseverancia. • Se asombra cuando produce efectos interesantes. Disfruta de la sorpresa que le proporciona su acción sobre los instrumentos. Toca solo piano por ejemplo. • En ocasiones, cuando se trabaja con segmentos específicos, generalmente con la mano derecha, se percibe tolerante a la frustración, al no poder trabajar con alguna parte del cuerpo producto de la espasticidad. • Durante todo el tiempo que dura las sesiones presta atención. • Toca el piano sin ayuda de la musicoterapeuta. Establece con el instrumento un vínculo muy fuerte, lo que queda demostrado en la forma en que mira el piano, la reacción de placer cuando escucha su producción sonora con el instrumento. Realiza mucho esfuerzo para tocarlo, a pesar del cansancio, de su estado de salud, del calor y la transpiración, lo que habla de voluntad y concentración para dirigir su acción. • Goza con el trabajo de pies percutiendo con éstos las panderetas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mucha alegría ante la respuesta de Esteban a las propuestas que llevo a las sesiones. • Actitud de espera, silencio perseverancia y paciencia para trabajar estados de espasticidad. Lo que es reforzado por el esfuerzo y voluntad que manifiesta el joven. • El clima de las sesiones es muy afectivo, lo que se manifiesta en la forma en que muevo y ubico el cuerpo de Esteban, como en el modo en que me mira a mí y al piano. • La ubicación de mi cuerpo está al servicio de lo que percibo y siento que él necesita. • Gran conexión entre paciente – terapeuta, en ocasiones muevo su mano sobre el piano y lo hago sonar. La producción sonora que aparece nace de esta conexión, producto de la empatía y del conocimiento que en este momento tengo del joven. • El rol es en ocasiones de compañía, puente entre Esteban y los instrumentos, testigo y estimuladora de sus esfuerzos. Reconozco sus logros.

Análisis:

Esteban ya puede relajarse y participar en este proceso mediante la respiración. Ahora él centra la atención en la música, en los instrumentos, perdiendo el lugar la contractura y el dolor. Muestra muchas ganas de relacionarse con el piano (ver anexo N ° 2, sesión 12), instrumento que en el momento anterior había sido utilizado sólo por la musicoterapeuta. Advierto en una sesión que él estaba realmente ansioso por hacer sonar el piano, lo observa atentamente, su mirada está clavada en el instrumento, yo trato de trabajar con su mano derecha para hacer sonar el piano, él me da a entender que quiere hacerlo solo, yo entonces toco en los tonos agudos, su mano está muy cerca de las teclas, mira su mano, mira el piano, y luego mira mi mano, permanece atento a la música que yo producía, con su dedo índice y medio en extensión, de pronto mueve el brazo haciendo que sus dedos extendidos produzcan sonidos en el piano, llegando hasta las notas agudas (donde me encontraba tocando yo). Este gran esfuerzo requirió cierta tensión muscular; que ya no era contractura, noté el gran trabajo y esfuerzo del paciente por hacer sonar el piano y cuando lo logra, lo reconozco, él se sonríe, y trata de seguir tocando... El camino que habíamos recorrido abre una ventana del trabajo terapéutico que yo no pensaba posible. Me habían comentado en el Centro que él podía realizar musicoterapia de tipo receptiva, porque un instrumento lo ponía ansioso, y esta ansiedad redundaba en la activación de su repertorio reflejo y contracturas. Creo que la diferencia está, en que en esta oportunidad él pone su motivación, deseo y esfuerzo por tocar el piano, además se siente seguro en el espacio y ha adquirido confianza en sí mismo y en sus posibilidades. Hemos llegado al piano luego de un gran camino que parte de sí mismo, de su reconocimiento, una vez pasada esta etapa, se aventura a establecer contacto por él mismo con un objeto distinto.

En definitiva Esteban saca lo mejor de sí, se siente capaz de hacer sonar un instrumento, de controlar su tonicidad corporal. Se percibe el deseo, la voluntad y el placer de haber logrado por sí mismo un fin.

Sexto Momento: Disfruto de mi cuerpo- Me siento seguro contigo.

Respuesta de Esteban	Musicoterapeuta
<ul style="list-style-type: none"> • Disfruta del movimiento de su cuerpo, responde a estas actividades con agrado, placer y alegría. Después de esto su cuerpo queda absolutamente relajado. • Permite que mueva todo el cuerpo, de esta actitud se sustrae la confianza que me ha otorgado. • En este momento, el trabajo de respiración está prácticamente controlado por el joven. • Reconoce zonas del cuerpo que le proporcionan mayor goce corporal. Se muestra muy conectado con la música. • En lluvia sonora está muy conectado al sonido de los instrumentos, su textura, timbre e intensidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfruto de la reacción de Esteban ante el movimiento, percibo que su cuerpo se entrega para ser movido. Ahora la empatía y conexión es para moverlo, es así como escuchar lo que el cuerpo necesita y quiere. • En este momento siento mucha curiosidad por conocer ¿qué es lo que piensa? , ¿qué imágenes le produce la música y el movimiento corporal.?, ¿qué sentimientos suscitan en él los sonidos?. Las respuestas a estas preguntas las obtengo de la mirada de ternura y del cuerpo relajado del joven cuando terminamos la sesión. • Al mover el cuerpo de Esteban noté que yo experimentaba mucho cariño por él, lo moví con la intención de que la música penetrara en cada músculo rígido, llegara a sus huesos, recorriera su sangre y permaneciera allí.

Análisis:

De este momento pretendo presentar lo que ocurre con la musicoterapeuta, esto tiene que ver con el curso que toma el proceso. En el momento anterior descubro más potencialidades del paciente, trabajamos el piano y otros instrumentos, debo reconocer que sentí temor de seguir abriendo posibilidades, pensando en que la terapia ya estaba por terminar, es así que volví a centrarme en el movimiento corporal y en el trabajo con diferentes instrumentos. El movimiento ahora se genera desde mi conocimiento del paciente, y de la seguridad que tengo en mi trabajo. Siempre traté de mantenerme muy conectada con él, y con lo que su cuerpo me hablaba y pedía. Así surge el movimiento, desde la confianza que me dona Esteban y de mi seguridad, éstas establecen el

nexo para el movimiento. El paciente se entrega a la actividad, se muestra seguro, contento. Este espacio le permite percibirse él mismo y también el agrado y el placer por la actividad corporal y la música.

Otro aspecto importante es la confianza en que el movimiento físico y la música, generan movimientos internos, que están siendo significativos para el paciente, debido a que la terapia se ha centrado siempre en las posibilidades de Esteban, en sus aspectos positivos y en la empatía entre la musicoterapeuta y el paciente.

5.3 Etapa de cierre del proceso musicoterapéutico.

Séptimo Momento: “Un regalo de Despedida: Recorriendo nuestros mejores momentos” (ver anexo N° 2, sesión 22)

Respuesta de Esteban	Musicoterapeuta
<ul style="list-style-type: none"> • Logra reconocer algunas músicas utilizadas en sesiones anteriores. • Reacciona con alegría frente al recorrido de las sesiones que habían sido más significativas para él. • Presenta el mismo tipo de respuesta frente a las actividades de movimiento corporal, lluvia sonora, contorno corporal y contacto con el piano • Al iniciar la sesión su respiración ya es más profunda, lenta. Me parece que ha logrado establecer la relación entre el ejercicio respiratorio y la relajación corporal. • En la última sesión, se muestra diferente, no percibo la misma acogida, era como si estuviese molesto con la musicoterapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desde antes de llegar a esta etapa, trato de recordar sesión a sesión el tiempo que resta de la intervención, con el objeto de ir preparando al joven para la despedida. • Durante el transcurso del proceso me cuestioné mucho sobre el tiempo de práctica y lo que pasaría después con Esteban. Traté siempre de ir informando a una profesional del Centro de los avances y de aquellas cosas que presentaban mayor efecto en el joven, con el ánimo de que pudiesen continuar con el trabajo. • Para este período preparé un material audiovisual para que permaneciera con el joven y recordara la experiencia. • En este momento realizamos aquellas experiencias que habían sido más gratificantes para el joven, esto con la intención de asociar este momento con lo bueno del proceso, que disfrutara de lo vivido como un regalo que nos hacíamos

Análisis:

En este momento se trata de concluir la experiencia desde dos aspectos, primero el verbal, que está relacionado con el hecho de colocar en palabras el cierre, ya sea diciendo a Esteban la cantidad de sesiones que nos quedaban, desde un cariz positivo, con el ánimo de aprovechar el tiempo que restaba de la práctica, y también poniendo en palabras lo que yo había percibido en él, en este proceso, que estaba relacionado con sus logros: atención en las actividades, capacidad de respirar, de participar en las propuestas, de su esfuerzo, del descubrimiento de poder tocar el piano, de sus vocalizaciones, del gusto que mostraba al moverse, y con la cálida relación que forjamos. Así expresé también la posibilidad de haber trabajado con él y lo importante que había sido para mí la experiencia. El segundo aspecto está relacionado con la acción, así, revivimos las experiencias haciéndolas, escuchando la música más significativa, sus propias vocalizaciones y sonidos iniciales, algunas producciones con el piano, el baño con los sonidos y por supuesto el contacto con el piano.

Siento que es posible decir que los elementos movilizados durante el proceso musicoterapeuta, se sustentan en la relación terapéutica que establecimos con Esteban, cimentada en la confianza, seguridad, cariño y empatía. Así como lo plantea Gauna “la relación terapéutica con nuevos materiales y modos de acción, crea en el paciente nuevos espacios de representación. Estos espacios se van cargando de nuevas vivencias emotivas y generan variables en el paciente” y “... delimita los espacios dentro de los cuales, estas nuevas representaciones se van a relacionar con las ya preexistentes.”⁴⁷ Creo que las nuevas variables apuntan al rescate de todas las posibilidades que permanecían dormidas en el paciente, estas variables se posibilitaron al mirar a Esteban como un ser humano, estableciendo una relación, cercana, de aceptación y empatía, creyendo en que el vínculo con la musicoterapeuta, y la relación con la música, el sonido, los instrumentos y cada una de las experiencias nos acercaban a la salud, al bienestar corporal, disfrutando de un espacio que hacía feliz al paciente.

⁴⁷ Gauna, Gustavo. Op. Cit. p 89-90.

V.- CONCLUSIONES

Terminada la práctica, se pueden señalar varios aspectos, que yo los traduzco como aprendizajes experienciales, puesto que ellos se sustentan en la vivencia, y en la confrontación teórica. Éstos aluden a consideraciones técnicas, teóricas y de la relación musicoterapéutica. También realizo una revisión de lo que significó para mí este encuentro con Esteban, es decir, lo que se queda conmigo.

En lo que se refiere a lo técnico, descubrí mediante el transcurso de las sesiones, que era fundamental iniciarlas prestando cuidado a la alineación del paciente y también al trabajo de respiración. El valor de estos ejercicios residen en los beneficios en la relajación muscular, también en la toma de conciencia del esquema corporal, que en el caso de Esteban fue el punto de partida para el trabajo con la voz. Esta apreciación se ve respaldada por lo que plantea Lacarcel, que fue expuesto en el marco teórico.

En cuanto a lo teórico, percibo que vivencí claramente lo planteado por Gauna en lo que respecta a “los núcleos de salud”. En poco tiempo del proceso terapéutico, Esteban me fue mostrando una diversidad increíble de posibilidades factibles de ser abordadas desde el campo musicoterapéutico. En este sentido, me parece importante no perder nunca de vista al ser humano, la persona que hay en cada paciente, la patología es parte de la persona, pero no lo es todo, nos puede parecer estimulante como “caso”, pero no nos podemos enceguecer ante ella. Nos debemos valer de la música, el movimiento corporal, el trabajo con instrumentos y objetos para abarcar la integridad de la persona, lo más profundo de ella.

En este mismo sentido, al leer bibliografía referente a musicoterapia y parálisis cerebral, me percaté que muchos autores clasifican el tipo de música a utilizar en la terapia, de acuerdo al trastorno motor del paciente, encontrando incluso contradicciones entre las diferentes posturas. En este caso particular, constaté que el tipo de música también depende de los gustos y preferencias del paciente. Con Esteban, la música rítmica, divertida, tenía muy buen efecto, desde mi parecer creo que penetraba el buen sentido del humor de él y también se

relacionaba con el proceso terapéutico que estaba otorgando la posibilidad al joven de descubrir y vivenciar su cuerpo en movimiento.

Al hablar de relación terapéutica, me parece fundamental subrayar la importancia de ésta en el proceso, en mi experiencia fue un pilar esencial. Con Esteban percibí que fue significativo reconocerlo como joven, en ocasiones advierto que a los pacientes se les trata como niños, o con lástima. En mi caso me propuse establecer una relación muy cercana, era prioritario conquistar su confianza, para que permitiese que la música, el movimiento y cada una de las sesiones penetraran en él y él se abriese a ellas. Así el silencio, la mirada, la forma de contactarme corporalmente, sirvieron de ingredientes para modelar el proceso. Muchas veces pasamos largo tiempo mirándonos. Traté de expresar con mi forma de mirarlo que esperaba paciente y atenta su respuesta, que quería escuchar lo que tenía que sonar o mover. Creo que él tenía la certeza de que lo esperaba, y por lo tanto lo acompañaba en su esfuerzo por participar y proponer.

Otro aspecto importante para la relación terapéutica fue la empatía, que en musicoterapia se puede establecer de variadas formas: entre la conexión de la música improvisada y el estado emocional y físico del paciente, también en la respuesta no – verbal, el canto, el movimiento corporal. Todo el cuerpo del terapeuta es un instrumento y las posibilidades de éste, pueden conectarse con las emociones y los sentimientos del paciente. Esta relación desde la empatía, es la que potencia el vínculo entre el terapeuta y su paciente. Y permite al último nutrirse de la experiencia, desplegar sus capacidades, sentirse seguro, confiado, capaz. Para Esteban además, significó conocerse a si mismo, perseverar, y disfrutar de lo vivido.

Considero muy importante para un terapeuta poner atención en las contratransferencia, transferencia y toda la gama de sentimientos que aparecen durante el proceso. Para esto es esencial; especialmente durante la experiencia práctica, la supervisión y el análisis en conjunto de cada uno de estos aspectos que pueden influir positiva o negativamente la terapia.

En cuanto a la utilización de los instrumentos quiero subrayar lo apropiado del piano para trabajar con personas con parálisis cerebral. Este instrumento es

capaz de contener la espasticidad del toque, permite que pueda ser utilizado por el paciente y el musicoterapeuta a la vez, es fácil de hacer sonar lo que estimula a la persona a tocarlo, se puede ejercitar el movimiento de dedos, manos muñecas, codos, etc. Además de todas las posibilidades a nivel melódico, rítmico, tonal, que permiten al musicoterapeuta empatizar sonoramente con su paciente.

Este fue el encuentro que les quería compartir, esta bella experiencia que nace desde la mirada al movimiento, que me viste de esperanza, que me habla de que no sólo con palabras nos podemos comunicar, que es necesario redescubrir y aprender el lenguaje de los ojos, escuchar los movimientos del cuerpo, significar el sonido de las manos, empaparnos de la música, sumergirnos en su ritmo, melodía, también disonancia, para así construir un puente de comunicación que incluya, valore y contenga a la humanidad.

VI.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- AUCOUTURIER, BERNARD. La educación psicomotriz como terapia "Bruno". Editorial Médica y Técnica, S.A. Barcelona España. 1977
- 2.- BRUSCIA, KENNETH. Definiendo Musicoterapia. Editorial Amaru. Salamanca. España. 1997.
- 3.- BRUSCIA, KENNETH. Modelos de improvisación en Musicoterapia. Editorial Agruparte. Salamanca. España. 1999.
- 4.- BRUSCIA, KENNETH. Reconocer, descubrir, compartir en Musicoterapia. Editores Asam. Buenos Aires. Argentina. 2003.
- 5.- BOBATH, KAREL. Base neurofisiológica para el tratamiento en parálisis cerebral. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 1986.
- 6.- CURTIS, HELENA. Invitación a la Biología. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 2002.
- 7.- E. THAYER, GASTON (cols.) Tratado de Musicoterapia. Editorial Paidós. Barcelona. España. 1982.
- 8.- KANDEL, ERICK. (cols.) Neurociencia y Conducta. Center for neurobiology and Behavior College of Physicians & Surgeons of Columbia University. Editorial Prentice Hall. 1997
- 9.- HEESE, GERHARD. La estimulación temprana en el niño discapacitado. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 1986.
- 10.- GAUNA, GUSTAVO. Entre los sonidos y el silencio. Musicoterapia en la infancia: clínica y teoría. Editorial Atemisa. Rosario. Argentina. 1996.
- 11.- LACARCEL MORENO, JOSEFA. Musicoterapia en Educación Especial. Servicio de Publicaciones Universidad de Murcia. España. 1995.
- 12.- POCH BLASCO, SERAFINA. Compendio de Musicoterapia. Volumen I. Editorial Herder S.A. Barcelona. España. 1999.
- 13.- RUESCH, JURGEN. Comunicación Terapéutica. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. 1964.
- 14.- SCHAPIRA, DIEGO. Musicoterapia. Facetas de lo Inefable. Editorial Enelivros. Río de Janeiro. Brasil. 2002
- 15.- WINNICOTT. D.W. Realidad y Juego. Editorial Gedisa. Barcelona. España. 1979
- 16.- www.db.doyma.es/cgi-bin/paralisis
- 17.- www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/paraliscerebral.htm

2. ¿Recuerdan ustedes cuáles pudieron haber sido los primeros sonidos, voces o canciones que su hijo percibió en los primeros días de su vida?
3. ¿Qué canciones de cuna le cantaban?, ¿Cómo lo dormían?
¿Y el papá?
4. ¿Recuerdan algunas características particulares de los primeros años de vida?
5. ¿Pueden describir qué tipos de sonidos emitía su hijo parecidos a qué?
6. ¿Existió alguna persona en especial (niñera, familiar)?
7. ¿Recuerdan sonidos que rechazaba o por el contrario disfrutaba?

B.- Historia Referente a Ustedes.

a. Pasado

1. ¿De que país o zona de origen son?
2. ¿Tienen alguna afinidad folklórica respecto a ese origen?, ¿Cuál?
3. ¿Qué preferencias musicales e instrumentales tuvieron?
4. ¿Aprendieron música?, ¿Cómo fue?

b. Momento Actual

1. ¿Hubo modificaciones de sus preferencias musicales e instrumentales?, ¿Cuáles son?, ¿Porqué?
2. ¿Tienen algún deseo particular con respecto de esa música?
3. ¿Qué ruidos o sonido rechazan y cuáles no?
4. ¿Tienen alguna sugerencia o solicitud, que piensan puede ser de utilidad?

ANEXO N° 2

SESIÓN: N° 1 **ETAPA DIAGNÓSTICA**

Lunes 1 de septiembre de 2003.

Actividad Realizada: **Contacto sonoro a partir de la expresión corporal y sonora del joven.**

Objetivo: "Realizar el primer encuentro sonoro musical entre el joven y la musicoterapeuta."

Setting: Sala de descanso del nivel.
Se trabaja con Esteban en colchoneta.
Instrumentos utilizados: guitarra, bombo, palo de agua.

Descripción de la sesión: Esteban desde el comienzo se muestra tenso, hace fuertes sonidos, su cuerpo está totalmente espástico, manifiesta dolor, transpira y evita el contacto visual conmigo.

Me ubico entre sus piernas, para evitar que las junte (cuando esto ocurre, él se contractura, ocasionándole mucho dolor)

En ese momento mi intención es tranquilizarlo, tomo un palo de agua, lo hago sonar suavemente. El joven transpira, hace sonidos con su boca, la abre, evita contactarme visualmente.

Después de un tiempo, pienso usar el bombo, con la idea de estabilizarlo con un pulso determinado. Asocio este instrumento al útero, pienso en la vida intrauterina, en la estabilidad, calma y bienestar de este sitio. Es esto lo que necesitaba Esteban. Me fijo además en la piel del bombo, en su suave textura. De este modo comencé a tocar dos corcheas y cuatro tiempos en silencio en el bombo. Después de un momento realizo una variación. Cuando el bombo está frente a mí, toco las corcheas, y en el silencio lo hago rodar hasta que el instrumento se contacta con la mano, para devolverse al punto inicial. Este ejercicio se repite varias veces, se producía "cómo si fuese casual". Esteban después de un momento comenzó a relajarse, dejó de transpirar y de gritar. Seguía con la mirada el instrumento y parecía esperar el sonido.

Musicoterapeuta: Yo estaba muy tensa, sentí miedo, ante sus gritos, su sudor, su cuerpo contracturado. Mis pensamientos eran: "¿Qué hago aquí?". También le decía a Esteban en voz baja: "Déjame ayudarte, no te tenses".

En general el volumen de mi voz era muy bajo, tuve que trabajar mucho tiempo entre sus piernas. Me sentí absolutamente rechazada, percibí que Esteban no quería estar conmigo.

Al final de la sesión me sentía muy mal, muy triste, sin claridad de nada. A pesar que había logrado estabilizar al joven con el sonido, terminé con una sensación de profunda angustia y soledad.

Tuve ganas de salir arrancando. ..

Al concluir la sesión no podía visualizar la contratransferencia, pero después de analizar lo que me había ocurrido, creo que asumí el rol de madre. Lo asocio desde la idea de ser útero, de contener, de propiciar un espacio seguro, de hablarle con un tono bajo, tratando a lo mejor de no pasarlo a llevar, de pedir disculpas. Probablemente, el sentimiento de culpa con el que cargan muchas veces las madres con hijos enfermos.

Resultados: Esteban logra relajarse, salir de su estado de espasticidad y contractura a partir del contacto sonoro y corporal con el instrumento.

Ideas para la próxima sesión: Utilizar el bombo, como instrumento contenedor y estabilizador. Ser más cuidadosa en el contacto corporal con Esteban. Averiguar acerca de las contracturas y cómo estabilizarlo ante una de ellas.

SESIÓN: N°12
ETAPA TERAPÉUTICA

Lunes 3 de noviembre.

Actividad Realizada: Trabajo de relajación y respiración.

Tocar Instrumentos musicales: piano, parches, bombo.

Objetivo: “Iniciar contacto sonoro musical con piano”.

Setting: Sala de descanso del nivel.

Se trabaja con Esteban acostado en su colchoneta.

Instrumentos musicales utilizados: panderetas y piano teclado (el que se ubica en el suelo en posición paralela al cuerpo de Esteban).

Filmadora.

Descripción de la Sesión: Cuando comenzamos la sesión le digo a Esteban que respiraremos, para relajar el cuerpo. En ese momento tiene su brazo en paralelo a su cuerpo y su mano, debajo de su pierna. Él tiene la mirada fija en el piano. De pronto saca la mano de debajo de su pierna y la coloca con unos movimientos (espásticos de manos y piernas flectadas) sobre el piano haciéndolo sonar. Toca el teclado con dos dedos (la mano está empuñada y dos de sus dedos permanecen estirados y rígidos como tijeras). Mientras realiza esta acción, el joven mira el teclado con atención, realiza sonidos con su boca, mueve las piernas.

Trato de imitar los sonidos que él hace mientras toca. Después de un momento su mano pierde tensión quedando recostada sobre el piano. Comenzamos a respirar, trato de mover su mano para que vuelva a estar en condiciones de realizar contacto con el instrumento, pero se tensa mano y la lleva al piano, realizando nuevos sonidos. Pasado un momento, improviso una música muy suave ondulante, al mismo tiempo muevo su mano izquierda. Esteban permanece atento, no deja de mirar su mano y el piano. Todo el tiempo que dura la improvisación el joven tiene su mano en el teclado, después de bastante tiempo logra realizar algunos sonidos, yo le respondo y toco cerca de su mano, esta acción lo estimula, mueve sus piernas y levanta su mano derecha. Le tomo desde su codo, ayudándole hacer sonidos con el piano, luego le suelto la mano y él realiza sonidos desde los registros graves a los agudos, para luego dejar caer la mano sobre las teclas. Después de este gran esfuerzo, Esteban se sonríe, me parece que está sorprendido de lo que ha realizado.

Durante el tiempo que tocamos, Esteban y yo permanecemos en una gran conexión, él quedó muy contento, tuvimos que terminar de tocar porque sólo disponíamos de ese tiempo con el piano, luego sería ocupado por otro grupo, de otro modo podríamos haber continuado tocando.

En la segunda parte de esta sesión, la idea era establecer contacto con los parches y el bombo, pero ahora; y al igual que la vez anterior, sería con los pies. La diferencia estuvo en que se buscó también el contacto táctil, por lo que se trabajó con los pies descubiertos. Comenzamos el contacto sonoro con el pie izquierdo, Esteban mostraba aceptación al sentir la textura del parche y del bombo en la planta de su pie, además este contacto se acompañaba de movimientos amplios en donde se movió todo el segmento. Luego seguimos con la pierna derecha (que estaba más contraída) para terminar moviendo ambas piernas.

Al finalizar la sesión se verbaliza todo lo ocurrido, dando mucho énfasis a los logros de Esteban, a todo lo que participó, a su voluntad, y el buen momento que vivimos.

Musicoterapeuta: Esta sesión ha sido muy significativa, quedé verdaderamente sorprendida con el contacto alcanzado entre Esteban y el piano. Él mostró mucha motivación, esfuerzo, concentración. Sentí que disfrutó de sus capacidades, que se sorprendió con lo ocurrido con el piano, quedó muy contento al igual que yo. Percibo que el camino de la música estimula a Ignacio a sacar lo mejor de sí, a sentirse capaz de hacer sonar un instrumento, a controlar su tonicidad para alcanzar un fin. Percibo también la polaridad del dolor y el placer, ya que para poder tocar él requiere cierta tensión, que hace que todo su cuerpo se ponga más rígido, pero esta rigidez no es contractura, y luego del esfuerzo, del trabajo nace de su cara una “sonrisa”. Durante esta sesión el

contacto de Esteban era un todo, él miraba, él tocaba, él se movía, él sonaba. Mi rol era de puente, de estimulación, de refuerzo, de compañía.

Resultados: Estableció muy buen contacto con los instrumentos.

Control de la tonicidad.

La voluntad y el trabajo demostrado.

La alegría de descubrirse.

Ideas Próxima Sesión: Continuar con el trabajo realizado hoy, incluyendo la grabación y audición de la producción sonora.

SESIÓN: N° 22 ETAPA CIERRE

Jueves 22 de diciembre

Actividad Realizada: Escuchar vocalizaciones y producciones sonoras de Esteban con el piano.

Escuchar trozos de músicas significativas en el proceso (Ameliè, Turka, Violoncello).

Realizar trabajo con piano.

Objetivo: “Concluir el trabajo terapéutico desarrollado con Esteban destacando los logros alcanzado por el joven”.

Setting: Sala de descanso del nivel.

Se trabaja con Esteban acostado en su colchoneta

Instrumentos musicales utilizados: metalófono, uñas, maracas, triángulo, parches, pandero, tambor, palo de agua, guitarra, piano teclado (el que se ubica en el suelo en posición paralela al cuerpo de Ignacio)

Descripción de la Sesión: Se comienza diciendo que ésta sería la última sesión, por lo que abría que aprovechar hasta el último momento. Iniciamos haciendo un recorrido verbal de lo que habíamos trabajado, empezamos este viaje escuchando las primeras vocalizaciones realizadas por Esteban, para seguir con el soplido y la respiración. Ubico al joven en línea media y respiramos moviendo diferentes partes del cuerpo. Luego escuchamos música Turka y verbalicé las dos ocasiones en la que trabajamos con esta música destacando el grado de movimiento que había alcanzado con esta música.

Seguimos este viaje con la estación instrumentos, cuya máxima expresión se reflejó en el trabajo realizado con el piano. Escuchamos algunos de los trabajos que Esteban hizo en el piano.

Luego mostré cada uno de los instrumentos utilizados en las diferentes sesiones, los hice sonar en diferentes partes de su cuerpo. Comenté acerca del hermoso regalo que había sido para mí trabajar con él, en especial por todas las cosas que habíamos aprendido juntos. Agradecí, toda su confianza, la disposición para participar en cada una de las sesiones. Y finalizamos este momento tan significativo con una improvisación conjunta en piano.

Musicoterapeuta: Creo que este fue un momento difícil en el proceso, se sabía que este período tenía un tiempo determinado, pero en el ámbito afectivo el vínculo paciente – terapeuta que habíamos creado y todos los logros que conseguimos hacían difícil la despedida. Tenía la sensación de que Esteban era una tierra fértil para la musicoterapia, y que con un trabajo constante se podrían conseguir muchas cosas con él. Por otra parte también me quedé con la sensación de que logramos sacar el máximo provecho a nuestro tiempo juntos, y que la experiencia con la música, los instrumentos y conmigo podría haber entregado muchas vivencias nuevas. Construimos un canal de comunicación, con gestos, sonidos movimientos, tantas cosas que parecían imposibles con Esteban. Espero que nuestro encuentro (cuando digo nuestro incluyo la música, los instrumentos el espacio) haya sido significativo para él.

Resultados: Su expresión no fue la misma de siempre, no sé si estaba triste, por nuestra despedida, pero estuvo menos atento que otras veces.

Siempre manifiesta alegría cuando se escucha así mismo.

Con ciertas músicas reaccionó así como acordándose de lo que habíamos hecho, lo noto en su sonrisa inmediata, en la mirada en el intento de moverse.

ANEXO N° 3

ALGUNAS IMÁGENES DE LA EXPERIENCIA TERAPÉUTICA



“Sintiéndome - Sintiéndonos”



“Ahora tocamos juntos el piano”
Nos relacionamos con los instrumentos.



Disfruto de mi Cuerpo
"Me siento seguro contigo"



"Un regalo de despedida: Recorriendo nuestros mejores momentos"