



**Facultad de Artes
Escuela de Post Grado**

Musicoterapia en Parálisis Cerebral

Monografía para optar al Postítulo de Especialización en Terapias de Arte,

Mención Musicoterapia

Autor: MARCELA PAZ MALDONADO

Profesora guía: SILVIA ANDREU

Título Previo: Profesora de Artes Musicales.
U. de Los Lagos 2010

Santiago, Chile 2013

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. MARCO INSTITUCIONAL	
1.1. Fundación COANIL.....	4
1.2. Residencia loa Jazmines.....	5
1.2.1. Infraestructura	5
1.2.2. Recursos Humanos.....	6
1.2.3. Apoyo externo.....	6
1.2.4. Conclusiones Marco Institucional.....	7
2. MARCO CONCEPTUAL DE LA PARÁLISIS CEREBRAL	
2.1. Parálisis Cerebral.....	8
2.2. Tipos de Parálisis Cerebral.....	9
2.3. Tratamiento	10
2.4. Aspecto emocional de la parálisis cerebral.....	11
3. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPEUTICO	
3.1. Modelo teórico Gustavo Gauna.....	12
3.2. Musicoterapia aplicada en parálisis cerebral.....	14
3.2.1. Movimiento con música.....	14
3.2.2. Movimiento a través de la música.....	16
3.2.3. Expresión vocal o canto	16
3.2.4. Habilidades sensoriales o audición	17
4. SÍNTESIS	18
5. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO	19
5.1. Antecedentes del Paciente.....	19
5.1.1. Antecedentes Médicos.....	19

5.1.2. Motivo de derivación	19
5.2. Encuadre Musicoterapeutico.....	20
5.3. Setting Instrumental.....	21
5.4. I Etapa de tratamiento: Diagnóstico Musicoterapéutico	22
5.4.1. Técnicas utilizadas	22
5.4.2. Descripción etapa Diagnóstica.....	23
5.4.3. Observaciones canción del saludo.....	24
5.4.4. Observaciones exploraciones sonoras asistidas	25
5.4.5. Observaciones movimiento con música.....	28
5.4.6. Observaciones canción de despedida	29
5.4.7. Conclusiones etapa diagnóstica.....	30
5.4.7.1. Problemáticas observadas	30
5.4.7.2. Forma de comunicación.....	30
5.5. Objetivos	
5.5.1. Objetivo General	32
5.5.2. Objetivos Específicos	32
5.6. II Etapa de tratamiento: Desarrollo del proceso Musicoterapéutico	32
5.7. III Etapa de tratamiento: Cierre del proceso Musicoterapéutico.....	36
6. ANALISIS DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....	37
6.1. Análisis de fortalezas y debilidades del proceso.....	41
7. CONCLUSIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	44

INTRODUCCIÓN

Acercarse al niño a través de lo sonoro-corporal, es acogerlo cuando las barreras del lenguaje verbal no lo permiten. En muchos casos la parálisis cerebral limita a algunos movimientos, gestos y balbuceos la expresividad del sujeto, afectándolo física, emocional y socialmente.

La presente monografía da cuenta del proceso musicoterapéutico realizado con un niño que presenta parálisis cerebral como diagnóstico médico y que habita en un hogar de menores perteneciente a la FUNDACIÓN PARA EL NIÑO LIMITADO, COANIL.

El objetivo principal de este trabajo es exponer de forma clara y organizada la experiencia vivida a lo largo de todo el proceso terapéutico y que a través del análisis de los resultados obtenidos, fundamentado en los planteamientos teóricos de Gustavo Gauna y Patricia Sabbatella permitan fortalecer las razones por la cual debe la musicoterapia considerarse dentro de equipos multidisciplinares como un co-ayudante en la habilitación de niños que presentan parálisis cerebral.

1. MARCO INSTITUCIONAL

1.1. Fundación Coanil ¹

“La Fundación Coanil es en la actualidad la institución más importante al servicio de personas con discapacidad intelectual en Chile. Desde el año 1974, comienza a crear residencias y escuelas a lo largo de todo el país, con el objetivo de mejorar la situación social y económica en que se encontraban las personas con discapacidad intelectual, especialmente en los sectores de extrema pobreza”.

Su gestión se basa en la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad brindándoles atención especializada en todas las etapas de su ciclo de vida, existiendo en la actualidad programas para niños, jóvenes y adultos abordando las áreas de **Protección, Educación y capacitación**. Los modelos de atención que se ejecutan en la actualidad en la fundación COANIL son:

1ra Etapa EDAD TEMPRANA	2da Etapa NIÑOS Y JÓVENES	3ra Etapa ADULTOS
CIE Centro de intervención educativa	EDUCACIÓN 1er ciclo pre-básico 2do ciclo Básico 3er ciclo Laboral	EMPRESA PROTEGIDA
CET Centro de estimulación Temprana	- Aula Hospitalaria - CIE - Centro diagnóstico - Proyecto de integración - Capacitación	
	PROTECCIÓN Y FAMILIA Residencias de larga estadía FAE: Familia de acogida especializada PAD: Programa ambulatorio en discapacidad	
	SALUD	

¹ <http://www.coanil.cl/>

1.2. Residencia los Jazmines

La Residencia Los Jazmines fue construida por la Municipalidad de La Reina en el año 1983 y entregada a la Fundación Coanil con el objetivo de ser centro residencial mixto, para personas con discapacidad intelectual severa y profunda sin deambulaci3n y es subvencionada por el Servicio nacional de Menores (SENAME) recibiendo a ni1os con medidas de protecci3n de todo el pa3s.

Uno de los objetivos fundamentales de la instituci3n es lograr que la estad3a de los ni1os sea transitoria, por lo que existe una dupla psicosocial compuesta por asistente social y psic3logo, quienes buscan a la familia y realizan un trabajo con ella. A3n as3 a lo largo de los a1os de funcionamiento del centro, existen casos aislados de egreso debido a la pobreza y disfuncionalidad que presentan las familias de los menores, eso sumado a las necesidades especiales de cada uno de ellos, por ello la mayor3a de los egresos es por fallecimiento.

1.2.1. Infraestructura

Las dependencias de la residencia los Jazmines se dividen b3sicamente en 4 amplios pabellones donde pasan la mayor3a del tiempo, equipados con camillas, ba1os amplios por pabell3n. La distribuci3n es la siguiente:

Pabell3n A	Mujeres j3venes y adultas
Pabell3n B	Hombres j3venes y adultos
Pabell3n C	J3venes con menor movilidad, que tienen mayor dificultad de conexi3n con el medio, y patolog3as respiratorias cr3nicas asociadas.
Pabell3n D	Ni1os y ni1as hasta los 15 a1os de edad
UCI (Permanente)	Casos con problemas respiratorios. Capacidad m3x. 7 personas.

A parte de estos pabellones, en las dependencias encontramos un gimnasio equipado con los implementos b3sicos para realizar terapia Kinesiol3gica y Terapia Ocupacional, un comedor peque1o que se utiliza para realizar diversas actividades

cuando es necesario a su lado se ubica la cocina y un patio interno, junto a ello encontramos las oficinas de administración.

1.2.2. Recursos humanos

La institución cuenta con un equipo de personas que trabajan por turnos día y noche atendiendo las necesidades diarias de cada niño, joven y adulto. Este equipo está compuesto por dos Jefas de turnos las que poseen capacitación en el cuidado de niños con necesidades especiales y cuatro cuidadoras por pabellón, que atienden entre 6 a 7 personas por turno. Además existe un equipo multidisciplinario compuesto por los siguientes profesionales de la salud:

- Kinesiólogo (motora - respiratoria)
- Terapeuta ocupacional
- Nutricionista
- Enfermera (1) encargada de trato directo
- Asistente social
- Psicólogo (social – manejo conductual)

1.2.3. Apoyo Externo

Cabe mencionar que existen instituciones externas que colaboran y apoyan la misión de Coanil, entre ellas encontramos las siguientes:

- Municipalidad
- SENADIS (ayudas técnicas a mayores de edad)
- SENAME (subvención)
- Teletón (sillas de ruedas y ayudas técnicas a menores de edad)
- Hospital Luis Calvo Mackenna (Salud)
- Hospital salvador (Salud)
- Escuela especial de coanil (educación y apoyo multidisciplinario)
- Escuela especial externa para niños con menor grado de discapacidad
- Universidades (prácticas profesionales)

1.2.4 Conclusiones marco institucional

La residencia los Jazmines alberga a una población de 115 niños, jóvenes y adultos con discapacidad intelectual severa y profunda sin de ambulación que provienen de todo el país. El equipo encargado de atender las necesidades de cada uno de ellos es muy reducido y cada cuidadora tiene a cargo 6 a 7 personas por turno siendo este un trabajo bastante arduo debido a que el total de la población debe ser asistido de forma permanente. Desde aquí nace una de las principales problemáticas que se ha podido observar, la que guarda relación con la pérdida del contacto con el entorno de la mayoría de los casos a intervenir, si bien en cuanto a la alimentación, higiene, medicamentos (cuidados básicos), se considera que se encuentran bastante resueltos, el tiempo que pasa la mayoría de la población en sus sillas de ruedas o acostados en las camillas, fuera del contacto con los demás por sus condiciones de discapacidad, provoca su aislamiento, sobretodo de los casos que por su edad ya no asisten a la escuela. Así mismo el equipo multidisciplinario compuesto por profesionales de la salud, (kinesiólogo, Terapeuta ocupacional, psicólogo) no dan abasto para toda la población, siendo de gran ayuda las practicas que en estas áreas realizan diversas universidades, es posible observar un gran número de estudiantes que colaboran con la institución, aún así un gran número de personas sobre todo los mayores carecen de terapia y estimulación de forma permanente, afectando la vinculación con todo lo que lo rodea.

Otra de las problemáticas percibida es la inestabilidad emocional que presentan los casos a intervenir en el proceso de práctica. Es importante tener presente que toda la población de la residencia Los Jazmines ha sido vulnerada en sus derechos por lo que las familias, en muchos de los casos, no visita y por ende no se hace responsable de ellos. No es posible ahondar en la temática social debido a que los archivos entregados por el SENAME son de carácter privado por lo que no tenemos acceso a ellos.

2. MARCO CONCEPTUAL DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

2.1. Parálisis Cerebral

“La parálisis cerebral es un trastorno permanente, no progresivo y es la causa más frecuente de discapacidad física en la infancia. Describe un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño. Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento” (García, 1999).

Las lesiones cerebrales de la PC ocurren desde el período fetal hasta la edad de 5 años, estas lesiones pueden ser muy variadas provocando principalmente:

- Trastornos del tono motor: exageración de los reflejos (PC. Espástica), o disminución del tono motor (PC hipotónica). Con predominio de incoordinación de los movimientos intencionales (PC atáxica) de los involuntarios (PC discinética) y formas mixtas con varias características de las formas anteriores.
- Alteraciones sensoriales auditivas o visuales, de mayor o menor gravedad.
- Trastorno del lenguaje y de la comunicación cultural, por lesión de estructuras cerebrales o de tono muscular de los órganos expresivos.
- Manifestaciones epilépticas, consecuentes a la lesión neurológica.
- Retraso intelectual, derivado de la afectación neurológica central, o de un grave trastorno del desarrollo condicionado por las limitaciones perceptivas.
- De estos posibles síntomas se derivan, a su vez, alteraciones o retrasos importantes en la adquisición de patrones conductuales para la autonomía personal: marcha, control de esfínteres, deglución, masticación, entre otras.

Cabe señalar que el grado de afectación es muy diverso, no existen dos personas con parálisis cerebral con las mismas características o el mismo diagnóstico y va desde una lesión cerebral mínima hasta una grave e invalidante tetraparesia² a la que se asocian trastornos epilépticos, retraso mental severo y la consiguiente falta de autonomía y expresión.

2.2. Tipos de PC

Existen distintos tipos de parálisis cerebral, según topografía corporal se clasifican en:

- **Cuadriplejía:** Existe compromiso de la totalidad del cuerpo siendo su parte superior la más afectada produciendo un deficiente control de la cabeza y una descoordinación ocular. Los niños que presentan este tipo de PC habitualmente presentan dificultades para su alimentación y articulación de la palabra.
- **Diplejía:** Al igual que la cuadriplejía presenta compromiso de la totalidad del cuerpo, pero es la parte inferior la más afectada, así el control de la cabeza, los brazos y las manos están poco afectadas y la palabra hablada puede ser normal.
- **Hemiplejía:** Presenta compromiso de brazo y pierna del mismo lado del cuerpo derecho o izquierdo.
- **Triplejía:** Una de las extremidades brazo o pierna, se encuentra menos afectado que los 3 restantes.
- **Monoplejía:** Existe compromiso de sólo una extremidad

Otra clasificación es la que describe el tipo de trastorno del movimiento involucrado, así como también el lugar de la lesión cerebral.

² Tetraparesia: ausencia parcial de movimiento voluntario de los miembros superiores e inferiores, descrito generalmente como debilidad del músculo. <http://es.wikipedia.org/wiki/paresia>

- **Parálisis Cerebral espástica**

La lesión localizada en el haz piramidal es llamada PC Espástica y provoca rigidez de movimientos, incapacidad para relajar los músculos debido a la lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores, es la más común alcanzando alrededor de un 75 % de las personas que padecen esta patología.

- **Parálisis cerebral atetoide**

Puede afectar los movimientos del cuerpo entero, incorporando lentos movimientos incontrolados y bajo tono muscular causando dificultades para sentarse de forma derecha y caminar. La lesión se localiza en el haz extrapiramidal y en los ganglios basales. Un 40% de los casos suele ir acompañada de disminución auditiva.

- **Parálisis cerebral atáxica**

Presenta un tono postural y muscular disminuido lo que implica dificultad para medir distancia, fuerza y dirección de los movimientos, es así que su desplazamiento es lento y torpe presentando alteraciones en la coordinación y en el equilibrio. La lesión se localiza en el cerebelo.

- **Parálisis cerebral Mixta**

Esta corresponde a la combinación de las anteriores, presentando diversas características de cada una de las nombradas anteriormente.

2.3. Tratamiento

La Parálisis cerebral no tiene cura conocida; la intervención médica aparece como una ayuda para habilitar y mejorar la calidad de vida del paciente, destinada a su desarrollo personal. Las personas que presentan PC pueden necesitar distintos tipos de terapia durando este tratamiento toda su vida. Dentro de las intervenciones más frecuentes se encuentran (Santucci de Mina, 2010, p.22):

- Terapia física

- Terapia ocupacional
- Musicoterapia
- Tratamiento del habla y el lenguaje (fonoaudiología)
- Apoyo psicológico.
- Adaptación del currículo para el aprendizaje escolar.

Este equipo interdisciplinario utiliza todos los recursos necesarios para que el niño con parálisis cerebral desarrolle todas sus potencialidades físicas, mentales, emocionales y sociales.

2.4. Aspecto emocional de la parálisis cerebral

El niño con parálisis cerebral por lo general manifiesta inestabilidad emocional, con sentimientos intensos y cambiantes, a veces difíciles de controlar. De igual forma presenta sentimientos de frustración, depresión, rechazo a cooperar y aislamiento. Si bien esto se le atribuye al daño neurológico que presentan, también está determinado por factores ambientales, angustia, la gran dependencia a la que están sometidos, entre otras. (García, 1999, p.29).

3. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPEUTICO

3.1. Modelo teórico Gustavo Gauna

Como marco teórico se utilizarán algunos conceptos que Gustavo Gauna expone en su libro “Entre los sonidos y el silencio” (Gauna, 1996), los que han servido como orientación teórica en la intervención realizada.

El autor propone un modelo en el que lo primordial es conocer humanamente al paciente, enfatizando en el uso de la intuición como una capacidad profesional en el quehacer musicoterapéutico y fundamentando su teoría en lo propio del mundo sonoro-corporal.

Se adhiere al enfoque que determina la música como lenguaje universal y que sus características sumado a la confianza del musicoterapeuta en el proceso expresivo, marcan una particularidad en el abordaje musicoterapéutico.

Como primera instancia el paciente establece un ritual, en cuanto a materiales, sonidos, espacios y cuerpo en la sesión donde sus aspectos expresivos van estableciéndose como constantes, estructurándose en rituales que enriquecidos por nuevas variables permiten la transformación del paciente.

Es por ello que el desarrollo expresivo es primordial en todo proceso musicoterapéutico, debido a que es estructurante en sí mismo, posee la capacidad de organizar procesos y modificar instancias muy profundas de la personalidad humana. Para que esto ocurra es fundamental que el musicoterapeuta tenga “plasticidad en su actitud personal” para interpretar el material-mensaje del paciente que Gauna lo explica como “Material” referido a contenidos psíquicos y “mensaje” acciones que el musicoterapeuta asume dentro de la dinámica terapéutica. En esta interpretación se debe considerar el material como significante, las asociaciones de este material como significado y el desarrollo temporal en la entrega de este material que depende de la

estrategia del musicoterapeuta. Cabe destacar que todo material entregado por el paciente es fundamental como guía de la cura

La salud está determinada en gran medida por el entorno sociocultural en el cual está inmerso el individuo estableciendo los patrones de lo sano y de lo enfermo, así el individuo va estructurándose a través de las respuestas que obtiene de su entorno, en el contacto directo con los demás, pero aquellos que sufren alguna patología física y/o mental muchas veces no tienen la suerte de ser completamente aceptados por su entorno y van quedando rezagados en algún rincón de la sociedad. Esto Gauna lo sintetiza en un concepto “Ausencia de fe en los núcleos de salud”; se cortan las líneas que aun son eficaces para la intercomunicación de este individuo con su grupo llegando al aislamiento y la enajenación en un sentido estricto: el paciente comienza siendo ajeno a sí mismo por ausencia del componente complementario de lo humano a otro humano

Cuando se habla de patología por lo general se piensa en la discapacidad que ella conlleva enfocándose así en núcleos enfermos que van paulatinamente debilitando el desarrollo de la personalidad expresiva. Gauna determina que para que se genere un correcto proceso musicoterapéutico es necesario cambiar esta mirada, e invita a descubrir los “Núcleos de salud” del paciente, entendiendo el concepto como aquella capacidad de otorgar un sentido a lo propio, que en musicoterapia se constituye a partir del vínculo estético y activo entre paciente y musicoterapeuta, que a través de la acción expresiva se quiebra la inmovilidad que produce la enfermedad o falta de salud, conduciéndolo a un estado armónico y de movilidad. Por ello es determinante la actitud de profunda confianza que el musicoterapeuta debe tener en los núcleos de salud del paciente logrando así que él mismo desarrolle esta confianza.

Otro de los conceptos que es pertinente exponer en este marco teórico es el concepto de “personalidad expresiva” que el autor define como aquella característica particular, personal, definida, que cada sujeto posee y utiliza conscientemente o inconscientemente, como modelo de expresión y de comunicación, siendo esta expresión una representación de la emoción (mundo interno) del paciente, y se origina en las

primeras reacciones que este establece con los objetos y de acuerdo a sus efectos (gratificaciones / frustraciones) constituyen su modelo relacional.

Además el autor manifiesta que es fundamental que el musicoterapeuta conozca el modelo de personalidad expresiva del paciente ya que este le entrega la información necesaria que permitirá definir el quehacer musicoterapéutico a lo largo de todo el proceso.

3.2. Musicoterapia aplicada en Parálisis Cerebral

Se considera pertinente incorporar dentro de este marco teórico un apartado que expone Patricia Sabbatella en un libro de ponencias del programa de Formación para mediadores en musicoterapia y discapacidad (Sabbatella, 2002), en el que manifiesta los beneficios que posee la música y algunas pautas de intervención musicoterapéutica con pacientes que presentan parálisis cerebral.

Sabbatella en este apartado reúne las técnicas más utilizadas en intervenciones musicoterapéuticas con pacientes con parálisis cerebral, las que se detallan a continuación.

3.2.1 Movimiento con música

Son diversas las técnicas las que utilizan movimiento con música y estas se fundamentan en los efectos neurofisiológicos que genera la música y la sincronización musical-movimiento que se produce en las respuestas motoras asociadas a la estimulación musical.

Al proporcionar un estímulo continuo y ordenado (pulsación) se ayuda al movimiento automático y se desarrolla el mecanismo de anticipación del movimiento que facilita y mejora el control muscular.

Los resultados pueden ser temporales o permanecer en el tiempo con entrenamiento, e incluyen entre sus experiencias musicales terapéuticas:

- **Movimiento libre y dirigido con música**

Este tipo de ejercicios permiten la adecuación del movimiento a la música para luego, ajustar el movimiento rítmicamente. Despiertan sensaciones internas del cuerpo y la percepción de los estímulos externos a través de los sentidos, de igual forma favorece la toma de conciencia del esquema corporal y sus posibilidades expresivas además de fortalecer la relación con el espacio y tiempo.

- **Estimulación rítmica de patrones motores y sincronización auditivo-motriz**

Este tipo de experiencias utilizan el elemento rítmico de la música y sus componentes básicos, pulso y acento, para mejorar el control del movimiento a corto y largo plazo, principalmente, en los miembros superiores e inferiores, además de la motricidad general.

“Para que exista sincronización ritmo-movimiento debe funcionar en el individuo un sistema de anticipación que haga posible prever el movimiento en el que el sonido va a producirse. La utilización de patrones rítmicos repetitivos estimula las neuronas motoras y activa los patrones musculares en una estructura temporal, predecible que crea un efecto fisiológico de sincronización auditivo-motriz” (Sabbatella, 2001. p98)

- **Percusión corporal**

Las experiencias que incorporan la percusión corporal producen una fuerte sensación táctil, la cual desde las manos, los músculos o los pies estimula la percepción interior del ritmo desencadenando reacciones sensoriales y motrices que facilitan su memorización.

Además permite resolver problemas de rigidez y trabajar sobre el tono muscular, contribuyendo a afirmar el conocimiento del esquema corporal.

3.2.2. Movimiento a través de la música

Estas experiencias se basan en el supuesto de que el sonido es un estímulo facilitador del movimiento físico y hacen referencia principalmente, a la ejecución instrumental para realizar funciones físicas, movimientos de dedos, manos, brazos, hombros, piernas y músculos motores orales, ayudando a mejorar la movilidad y amplitud de los movimientos, lo cual favorece; la coordinación oculo-manual, de brazos y manos , mejora la extensión del movimiento del codo, hombro o muñeca además aumenta la fuerza muscular permitiendo liberar progresivamente la tensión y la ansiedad que genera la limitación física y de movimiento.

De igual forma la ejecución musical permite la estimulación afectiva-motivacional ya que el realizar este tipo de actividades proporciona una experiencia placentera a la mayoría de los pacientes que disfrutan tocando instrumentos sobre todo si estos están adaptados a sus necesidades, estimulando la participación y la autoestima.

3.2.3. Expresión vocal o canto

Se enfocan tanto en la estimulación del potencial expresivo-emocional de la voz en el canto como en el desarrollo del lenguaje. En el proceso de comunicación verbal, la voz es el vehículo de integración de la expresión comunicativa convirtiéndose en una herramienta de integración social. “todas las madres cantan a sus hijos y la canción deja de ser una estructura musical para convertirse en una estructura contextualizada en el marco de una relación afectiva. La música provoca una conducta orientada por lo afectivo y la melodía se relaciona con la vida emocional de sujeto”. (Sabbatella, 2001. p100.)

El trabajar la expresión vocal a partir del canto del propio nombre no sólo implica introducir el lenguaje asociado al ritmo corporal y al movimiento, lo que se convierte en un punto de partida idóneo para el desarrollo del sentido rítmico y del ritmo del lenguaje, sino que permite el refuerzo de la identidad del sujeto.

Metodológicamente el trabajo con la expresión vocal pasa por tres niveles expresivos (Sabbatella, 2001, p101):

- **Primer nivel**

Nivel de expresión sonora corporal, consiste en la exploración de las posibilidades sonoras de la cavidad bucal y las diferentes posibilidades expresivas de la voz (susurros, murmullos, gritos gemidos, entre otras) y la expresión de estados emocionales (sorpresa, miedo pena, entre otros)

- **Segundo nivel**

Nivel de expresión pre-musical. Consiste en incluir las sonoridades y timbres descubiertos en el primer nivel, en una actividad musical simple a través de ostinatos y ritmos corporales-vocales. Se pueden incluir sílabas, onomatopeyas y palabras con un orden rítmico mediante una secuencia progresiva utilizando el balbuceo musical con la finalidad de liberar la expresión vocal e incentivar la producción lingüística

- **Tercer nivel**

Nivel de expresión musical en el que se incluyen experiencias musicales más elaboradas.

3.2.4. Habilidades sensoriales o audición

Para trabajar la audición y el desarrollo de la capacidad de escuchar es necesario desarrollar la capacidad de atención al sonido, de discriminación y reconocimiento de

diferentes estímulos sonoros y la apreciación del silencio. Dentro de las experiencias auditivas destacan las siguientes:

- Educación sensorial auditiva mediante material sonoro variado: instrumentos musicales de diversos timbres y alturas de sonido. Realización de ejercicios de escuchar-reconocer y reproducir sonidos.
- Desarrollo de la inteligencia auditiva y la memoria: a través de ejercicios de escuchar, reconocer y reproducir las variaciones de altura del sonido, intervalos y escalas.
- Canciones: son el medio más difundido para formar el oído.
- Audición de obras musicales: deben tener objetivos claros y no deben ser durar más de 3 a 4 minutos para que no recaiga el tiempo de atención. Se utilizan para inducir estados de relajación, inventar historias, acompañarla utilizando diversos instrumentos de percusión o percusión corporal, realizar dibujos inspirados en la música.

4. SÍNTESIS

El estudio de la Parálisis Cerebral, permite conocer las características socialmente determinadas y reconocidas del paciente, las que son una base desde dónde comenzará a proyectarse la intervención musicoterapéutica, sin embargo es fundamental destacar el planteamiento que expresa que todos los casos que presentan parálisis cerebral son particulares y únicos, por lo que no basta sólo comprender la patología que presenta el paciente, mirada avalada por Gustavo Gauna quien manifiesta que es fundamental en musicoterapia comprender al sujeto humanamente, lo que implica dejar de lado ciertos prejuicios sobre las limitaciones y discapacidades dando paso al descubrimiento de aquellos núcleos de salud que permitirán, a través de técnicas musicoterapéuticas, fortalecer la personalidad expresiva del paciente.

5. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

5.1. Antecedentes del Paciente

J es un niño de 10 años de edad. Dentro de su ficha clínica se menciona que desde el 1er mes de vida sufre de maltrato infantil severo llegando a su hospitalización, debido a ello ingresa a Coanil a la edad de 3 años bajo protección judicial del Servicio Nacional de Menores (Sename), por motivos de seguridad no es posible tener acceso a los antecedentes familiares, pero dentro de su ficha médica se especifica que no recibe visitas desde su ingreso en el año 2005. No posee lenguaje verbal, reacciona agitadamente a los ruidos de alta intensidad.

5.1.1. Antecedentes médicos

J presenta Parálisis Cerebral tipo tetraparesia espástica con elementos extrapiramidales, microcefalia, epilepsia multifocal. Deficiencia neurosensorial y retraso mental severo con alteración profunda de la comunicación, relación y conducta. Tuvo un traumatismo encéfalo craneano posnatal (T.E.C).

En su examen de ingreso se menciona que J. conecta parcialmente con el medio, logrando seguir órdenes básicas, asistiendo desde ese momento a la Teletón. En estos registros se expresa que desde el 2007 comienza a presentar problemas conductuales de autoagresión, manteniéndose en el 2009 cuando comienza a asistir diariamente a la escuela especial de la institución.

En la actualidad J. continúa con su conducta de autoagresión (mordida de manos), una inestabilidad emocional profunda con crisis de llanto constante y con un aumento de la desconexión con el entorno. Permanece en silla de ruedas con el torso sujeto con un corsé terapéutico y férulas de inmovilización de brazos.

5.1.2. Motivo de Derivación

La terapeuta ocupacional menciona que J. presenta inestabilidad emocional llorando demasiado y sin razón aparente, cree que la musicoterapia podría ayudar a relajarlo.

5.2. Encuadre Musicoterapéutico

El proceso musicoterapéutico se llevó a cabo en 17 sesiones comprendidas entre Agosto y Diciembre del 2012 divididas en 3 etapas: diagnóstico 4 sesiones, desarrollo 11 sesiones y cierre 2 sesiones, las que se realizaron todos los días martes entre las 9:00 y las 11:00 hrs. Considerando un tiempo estimado de 30 a 45 min. por sesión.

La residencia los Jazmines puso a disposición, para realización de las sesiones musicoterapéuticas, un comedor ubicado entre el hall y la cocina de la institución expuesto a ruido permanente y por órdenes superiores, por temas de seguridad, el proceso debió realizarse con la puerta abierta, lo que aumenta aún más el nivel de ruido.

Debido a las condiciones inhóspitas que presenta este espacio, se tomó la decisión de ambientarlo con música suave (tema estable que sonaba a la espera del paciente y paraba al comenzar la canción del saludo) esto sirvió como anticipación, permitiendo que el paciente relacione auditivamente este espacio con la experiencia Mt³. El lugar se encuentra equipado con mesas, sillas, televisor y equipo de audio, tiene una ventana que no da luminosidad suficiente por lo que se usó luz artificial.

Este lugar fue cambiado en la sesión n°10 debido a que el comedor sería ocupado en ese horario, por lo que la intervención continuó desarrollándose en una oficina mucho más iluminada, la puerta tenía vidrio por lo que era posible cerrarla lo que disminuía el nivel de ruido externo, pero a medida que avanzaba el proceso esta sala comenzó a llenarse de diversos implementos (tarros de pintura, mesas, sillas, lienzos, entre otros), la música de anticipación se mantuvo lo que permitió la continuidad del proceso, sin tener mayor conflicto por este cambio de lugar.

En la sesión n° 16 nuevamente hubo cambio de lugar debido a que la oficina estaba en reparaciones. Esta vez el lugar es fuera del hogar, en una sala de la escuela

³ Mt.: abreviación que se utilizará para referirse a “musicoterapéutico (a)”.

especial que se encuentra dentro del mismo recinto dónde los niños van periódicamente a clases. Es una sala iluminada de color blanco con variados estímulos visuales y particularmente el día de cambio estuvo expuesta a mucho movimiento y ruido constante.

5.3. Setting Instrumental

Como Setting musicoterapéutico se utilizaron desde instrumentos percusión de fácil manipulación, hasta objetos sonoros elaborados por la terapeuta como botellas y globos con semillas de colores, estos fueron ubicados a un costado del paciente donde los pueda observar sin problema.

- Guitarra
- Metalófono
- Kalimba
- Chequeré
- Toc-toc
- Maracas
- Chas - chas
- Equipo de audio
- Diversos sonajeros
- Equipo de audio

5.4. Etapa de Tratamiento: Diagnóstico Musicoterapéutico

Esta etapa, que se llevó a cabo entre la sesión n°1 y la n°4, consistió en conocer, comprender e identificar, a través de la observación constante, las necesidades terapéuticas de J que permitieron determinar y conducir el tratamiento posterior. De igual forma en esta etapa fue fundamental proponer y adaptar el encuadre musicoterapéutico a sus características particulares, así como también establecer los primeros acercamientos para el desarrollo del vínculo terapeuta-paciente.

5.4.1. Técnicas utilizadas en la Etapa Diagnóstica

Exploración sonora asistida⁴

Acercar a J. a los instrumentos del setting musicoterapéutico, debido a que J. lleva 2 coderas que cubren por completo sus brazos no puede levantarlos o dirigirlos con facilidad, por ello la terapeuta debe mostrárselos y acercárselos a su cuerpo para que pueda tener contacto directo con ellos.

De igual forma con esta técnica se busca conocer el tipo de respuesta que J tiene ante los objetos sonoros.

Movimiento con música

Una de las características de J es que establece poco contacto con el entorno, cosas y personas, al sincronizar musicalmente con el movimiento espontáneo de J se busca establecer puntos de encuentro con él en el espacio terapéutico.

Expresión Vocal o Canto

⁴ Exploración Sonora Asistida: término utilizado para referirse a la forma de exploración que consiste en ayudar al paciente, debido a sus limitaciones, acercándole diversos instrumentos para que los pueda observar y manipular.

Consistió en acompañar vocalmente improvisaciones con algunos instrumentos tomando balbuceos del paciente para marcar presencia frente a su percepción.

5.4.2. Descripción etapa diagnóstica

Para el desarrollo de esta etapa se consideró pertinente que cada sesión tuviera una rutina semiestructurada que consistió en:

- **Inicio:** Para dar inicio cada sesión se realizó una actividad fija que corresponde a la “Canción de saludo” donde primero se canta del nombre de J permitiendo identificarse y luego se canta el nombre del musicoterapeuta que permite reconocerlo en el espacio para lograr establecer un vínculo.
- **Desarrollo:** consistió en actividades variables, diversas técnicas musicoterapéuticas planificadas en relación a los objetivos de la sesión e improvisadas según las necesidades y a los emergentes del paciente. Cabe señalar que el desarrollo de la sesión tuvo una forma muy flexible por parte de la musicoterapeuta en el manejo de la improvisación cuando la situación así lo ameritó.
- **Cierre:** cada sesión se finalizó con una canción de despedida, que incorpora el nombre del paciente.

Debido a que J no posee lenguaje verbal, fue necesario observar minuciosamente las respuestas corporales, gestuales y vocales que tuvo frente a las técnicas utilizadas en cada sesión a lo largo de la etapa diagnóstica.

Para comprender la experiencia vivida se presenta a continuación un análisis detallado de las observaciones realizadas durante esta etapa, dónde la intuición y

empatía marcó el quehacer musicoterapéutico logrando establecer los objetivos y tipo de tratamiento que se llevó a cabo posteriormente.

5.4.3. Observaciones canción del saludo

1RA SESIÓN	2DA SESIÓN	3RA SESIÓN	4TA SESIÓN
Llega con semblante tranquilo, no establece contacto ocular con terapeuta. Al escuchar el sonido de la guitarra su atención se centra en ella fijando su mirada por el tiempo que dura la canción. Balanceándose de un lado a otro ocasionalmente.	J esta semana llega un poco alterado como si hubiese llorado. No establece contacto ocular con facilidad, se mantiene con la mirada perdida en la sala y esto no cambia al nombrarlo. Percibe la luz roja intermitente de la cámara y queda muy pendiente de ella, la mira permanentemente. (durante toda la sesión)	Llega tranquilo. Sigue con la mirada mis movimientos. Al escuchar el sonido de la guitarra mueve su cabeza (<i>el sonido no le es indiferente</i>). Luego comienza a balancearse horizontalmente, mueve sus manos, sonríe y hace sonidos vocales, pero la mirada la mantiene perdida en el espacio. Al terminar la música se detiene el balanceo.	Llega un poco soñoliento. Con la canción de saludo J mira ocasionalmente a la terapeuta y se mueve principalmente de forma vertical, a diferencia de la sesión anterior sus movimientos son más rígidos. (Sus manos las mantiene en todo momento unidas y sus brazos pegados a su cuerpo)

Las respuestas de J en la canción del saludo están determinadas por la actitud con la que llega a la sesión, si su aspecto al llegar es un poco soñoliento o desagradado sus respuestas corporales por lo general son tensas, su mirada se pierde en el espacio y sus gestos demuestran desagrado. Al contrario si llega con un semblante sereno, J flexibiliza su movimiento corporal incorporando en ocasiones brazos y piernas, su balanceo es

mayormente horizontal, su rostro expresa alegría y emite algunos sonidos vocales como mamamama y aaah.

Si bien en los primeros encuentros el contacto visual de J con la terapeuta sólo es ocasional, es posible observar que disfruta del sonido de la guitarra y la voz, realizando gestos de agrado, balanceándose constantemente y emitiendo sonidos vocales.

5.4.4. Observaciones Exploraciones Sonoras Asistidas

La experiencia principal de esta etapa fue el favorecer un acercamiento de J hacia los instrumentos musicales a través de exploraciones sonoras asistidas y de esta forma establecer gustos y preferencias. En el siguiente cuadro se presentarán las observaciones de los instrumentos del setting con los que J estableció mayor contacto en cada sesión a lo largo de la etapa diagnóstica.

Kalimba	
1ra sesión	Sonríe al escuchar el sonido de la Kalimba, al ver esta reacción de agrado incorporo la voz (espejando el sonido de la kalimba) provocando el primer contacto visual. Manifiesta interés por el instrumento intentando alcanzarlo por lo que se lo acerco a sus manos, la vibración provoca un balanceo corporal.
2da sesión	A diferencia de la semana pasada la kalimba no fue uno de los instrumentos que permitió conectar a J, si bien le prestó atención, no fue prolongada, sólo por un corto tiempo. (esta sesión tuvo un elemento distractor, la cámara filmadora, que tiene un punto rojo intermitente lo que atraía mucho su atención)
3ra sesión	Al escuchar su sonido sonríe y comienza a emitir sonidos vocales y balancearse con mucho énfasis. Al observar esto acompaño con la voz improvisando algunas melodías, él continúa emitiendo sonidos con su balanceo característico. Comienzo a marcar con acentos el pulso de su

	<p>balanceo, continuamos por unos instantes hasta que se detiene.</p> <p>Levanta su brazo queriendo alcanzarla estableciendo contacto visual por mayor tiempo pero no puede tocarla debido a que las placas son algo duras, pero se la toco en sus manos ya que tiene una vibración, J después de todo el movimiento que realiza queda muy quieto sólo sintiéndola y observándola.</p>
4ta sesión	Tras un momento de llanto, escucha el sonido y se calma, trata de alcanzarla colocando su mano sobre ella sintiendo la vibración, comienza a balancearse por un periodo corto de tiempo. (Luego lleva su atención al equipo de audio que permanece tocando una canción de fondo)
Sonajeros	
1ra sesión	No llaman demasiado su atención, ocasionalmente mira el sonajero, pero no manifestaba intención de querer tomarlos.
2da sesión	Sigue con la mirada desde dónde proviene el sonido, luego se movió de lado a lado, el sonajero imitó su movimiento y esto le produjo risa espontanea y siguió moviéndose por un momento más, levantó sus manos para alcanzarlo, lo toma y mueve unos segundos luego se le cae.
3ra sesión	Se repite la dinámica de sesión anterior. Sigue visualmente el instrumento, luego comienza a balancearse de un lado a otro siguiendo el pulso que marca el sonajero levantando su mano para tomarlo, lo asisto para que lo pueda mover con más facilidad, J comienza a emitir sonidos vocales y balancearse de un lado a otro.
4ta sesión	Esta sesión se mantiene cabizbajo, no sigue el instrumento con la mirada. Lo toma pero no manifiesta intención de levantarlo ni moverlo, luego lo suelta.
Maraca	
1ra sesión	No llaman demasiado su atención, lo observa ocasionalmente, pero no manifestaba intención de querer tomarlos.

2da sesión	Levanta su mano para alcanzarla, la toma con fuerza y la mueve de forma horizontal hasta que le cae al suelo, se la muestro nuevamente pero no la quiso volver a tomar
3ra sesión	Se balancea de un lado a otro observándola (emite sonidos vocales). Levanta su brazo para alcanzarla. En algunos momentos sonríe.
4ta sesión	La sigue con la mirada, luego levanta su brazo para tomarla (lo asisto para realizar movimientos). Lo dejo sólo y se le cae.
Chas – Chas	
1ra sesión	No llaman demasiado su atención, lo observa ocasionalmente, pero no manifestaba intención de querer tomarlos
3ra sesión	Lo sigue con la mirada. Lo toma por la parte de las semillas y lo manipula con sus dedos por un momento. Luego comienza a balancearse de forma vertical y luego horizontalmente por más tiempo de lo acostumbrado.
4ta sesión	Levanta sus manos para tomarlo, lo observa y mueve lentamente.
Pandero	
2da sesión	Comenzó a mover sus dedos sobre la membrana provocando sonido con sus uñas realizándolo en reiteradas ocasiones, en ese momento tomé la guitarra para acompañar suavemente el sonido que estaba produciendo y él deja de hacerlo.
3ra sesión	Al igual que la semana anterior comienza a acercar su mano sobre la membrana del pandero y mueve sus dedos emitiendo sonido y balanceándose por un momento.
4ta sesión	Pone ambas manos sobre la membrana y sonríe al sentir el sonido que emite la terapeuta en el pandero, luego se asiste para que lo golpee, él sonríe y se mueve con junto a su sonido.

Al comienzo (1ra y 2da sesión) se observa a J más distante con los instrumentos, manifestando poco interés por manipularlos, sin embargo se mantuvo receptivo a ellos moviendo su cuerpo espontáneamente como respuesta al estímulo sonoro otorgado por la terapeuta.

El instrumento preferido desde el comienzo de la etapa fue la Kalimba que receptivamente se observa una mayor conexión y respuestas corporales gestuales y vocales, llegando incluso en la 4ta sesión a producirle calma luego de un momento de mayor tensión. De igual forma, al incorporar la voz imitando la melodía emitida por la kalimba, J establece el primer encuentro con la mirada de la terapeuta.

En la 3ra y 4ta sesión es posible observar un aumento en el interés de J por los instrumentos sonajeros, maracas, chas chas y pandero estableciendo mayor seguimiento visual y dispuesto a querer manipularlos. Este aumento de interés también hace recordar el motivo de derivación, el llanto repentino sin razón aparente, observando algunos episodios de frustración de J cuando al tomar los instrumentos se le soltaban de sus manos y caían al suelo, su corporalidad cambiaba volviéndose más rígida y su gestualidad con rasgos de tristeza y emitiendo sonidos previos al llanto. Esto hace reflexionar sobre los núcleos de salud para el fortalecimiento de la personalidad expresiva del paciente, observándose en J una capacidad saludable en su intención de alcanzar y manipular objetos sonoros, pero que debido a las férulas que lleva en sus brazos se ve inmovilizada.

5.4.5. Observaciones Movimiento con Música

Otra de las actividades realizadas fue movimiento con música, principalmente con improvisaciones en vivo de la musicoterapeuta

1ra sesión	Tomo la guitarra y comienzo a hacer algunos acordes I – IV – V en tonalidad mayor allegretto tempo de 2/4, lo que lo llena de alegría provocando un balanceo espontáneo moviéndose de un lado hacia el otro
-------------------	---

	y realizando un balbuceos “mamamama”. Comienzo a seguir el pulso de este balanceo y estuvimos en sincronía por un momento corto.
2da Sesión	Se realiza actividad de movimiento con música, J disfruta de esto moviéndose efusivamente emitiendo sonidos vocales.
3ra sesión	(I-V en DoM 4/4 allegretto) Improviso una melodía J comienza a balancearse y emitir sonidos vocales. Luego me detengo él continua balbuceando (como si estuviera cantando). Me mira sonriendo en reiteradas ocasiones. Realizo un silencio el vuelve a la quietud, luego comienza a moverse nuevamente y yo lo acompaño con la guitarra el comienza a balbucear nuevamente balanceándose.(dinámica que se repite lo que le produce risas)
4ta sesión	(I-V en DoM 4/4 allegretto) Se repite la dinámica de la semana anterior pero esta vez incentivando musicalmente el movimiento (esta semana llegó más cabizbajo) al escuchar la música su cuerpo que estaba desvinculado comienza a incorporarse a la actividad balanceándose con mucho énfasis su cuerpo, sus piernas en un momento comenzaron a golpear la mesa que se encontraba cerca, marcando por unos segundo el pulso.

Es posible identificar que la música estimula el contacto con su entorno a través de su respuesta corporal balanceándose con énfasis, emitiendo espontáneamente sonidos vocales que le producen alegría. De esta forma se ha logrado sincronizar con él (durante periodos cortos) en el espacio terapéutico.

5.4.6. Observaciones canción de despedida

En la siguiente tabla se exponen las observaciones realizadas de las respuestas de J en la canción de saludo durante la etapa diagnóstica.

1RA SESIÓN:	2DA SESIÓN	3RA SESIÓN	4TA SESIÓN
Al cantar la canción de despedida, J manifiesta mucha alegría, sonríe y se balancea.	Luego y tomando esta energía se canta la canción de despedida, J mantiene esta actitud participativa	Mantiene un actitud involucrada, realiza sonidos vocales (mamama, aaaah) balanceándose de un lado a otro. Establece contacto visual	Realiza sonidos vocales (aaahh), se balancea con mucho énfasis, moviendo brazos y piernas.

J por lo general mantiene un semblante tranquilo en la canción de despedida, lo que está determinado por el desarrollo de la sesión que permite llegar al momento de cierre con una actitud alegre y participativa.

5.4.7. Conclusiones etapa diagnóstica

5.4.7.1. Problemáticas observadas

Durante la etapa diagnóstica fue posible observar que las principales problemáticas de J son;

- Desconexión con el entorno que genera poca o nula relación con personas y objetos.
- Inestabilidad emocional.

5.4.7.2. Forma de comunicación

En esta etapa fue fundamental comprender las respuestas expresivas que J presenta ante todo lo que lo rodea, a través de las técnicas musicoterapéuticas fue posible establecer una primera instancia de encuentro, descubriendo que su forma de

comunicarse es a través del cuerpo, gestos y balbuceos. Hasta el momento es posible determinar que su respuesta corporal es un balanceo constante que expresa:

- **Agrado:** movimiento amplio generalmente llegando a movimientos horizontales que involucran toda su corporalidad sobretodo la parte superior.
- **Desagrado:** movimiento tenso vertical. Manos juntas.
- Su respuesta vocal no es constante pero por lo observado hasta la fecha se podría decir entender como:
 - **Agrado:** sonidos agudos y balbuceos como “mamamama” y “ahahaha”
 - **Desagrado:** sonidos graves y llanto.
- Respuesta gestual:
 - **Agrado:** sonrisa expresiva, establece contacto visual
 - **Desagrado:** cabizbajo, mirada perdida, seriedad.

A través del análisis de la experiencia vivida con J en las cuatro sesiones de etapa diagnóstica es posible comprender lo siguiente:

- Existe atención e interés por los instrumentos del setting musicoterapéutico (kalimba, pandero, chas-chas, sonajero, maraca).
- Si bien J no establece contacto visual permanente es posible determinar que conecta con su entorno auditivamente ya que reconoce la ausencia y presencia del sonido, lo que se observa en su movimiento con música y quietud durante silencios.
- Dependiendo del estado de ánimo con que llega J a la sesión son sus respuestas al estímulo musical, el que va variando a lo largo de la sesión.

5.5. Objetivos

5.5.1. Objetivo General

Enriquecer la personalidad expresiva de J de forma progresiva en un espacio de contención y seguridad, que le permita comunicar libremente su afectividad.

Favorecer una afectividad más estable que le permita relacionarse mejor con el entorno.

5.5.2. Objetivos específicos

- Establecer un encuadre semi-estructurado que brinde confianza y seguridad.
- Generar una atmosfera de trabajo cálida y contenedora que permita establecer vínculo terapéutico
- Favorecer el contacto visual hacia las fuentes sonoras, que permita conectarlo con su entorno.
- Estimular la exploración de diversos objetos sonoros, permitiendo el libre contacto con los instrumentos musicales

5.6. II Etapa de tratamiento: Desarrollo del proceso musicoterapéutico

El desarrollo del proceso musicoterapéutico se llevó a cabo entre la sesión n°5 y la n°11 y consistió en facilitar el logro de los objetivos propuestos al finalizar la etapa de diagnóstico. El transcurso de las primeras cuatro sesiones instaló la rutina semi-estructurada de sesión que se mantuvo a lo largo de la etapa de desarrollo, favoreciendo la continuidad del proceso. En las siguientes líneas se pondrá en evidencia los momentos más significativos observados en el desarrollo del proceso musicoterapéutico, que van dando forma y atisbos de evolución a la personalidad expresiva de J.

Una de las decisiones más importantes y significativa fue comenzar en la sesión n°5 a trabajar sin la codera del brazo izquierdo ⁵de J. La sesión empieza como de costumbre con la canción de bienvenida, luego la terapeuta toca kalimba, J reconoce el sonido sonriendo a los pocos segundos de oírla; el musicoterapeuta introduce el pandero y al tocar el instrumento, J muestra interés de alcanzarlo con un movimiento de su brazo que había estado durante el transcurso de la sesión al costado de su cuerpo, posteriormente acerca su mano al instrumento y comienza a mover sus dedos sobre su membrana (como fue observado en el diagnóstico), luego deposita su palma sobre el pandero mientras el terapeuta lo percute, al ver que J muestra intención de tocar el pandero, la terapeuta decide sacar la codera de su brazo para otorgarle mayor libertad. Si bien se aprecia algo de rigidez en su movimiento del brazo de J, él comienza a golpear el pandero con la palma de su mano con la fuerza del antebrazo, explorando una nueva forma de producción sonora; J continúa percutiendo hasta que el terapeuta interviene tocando la guitarra generando en un momento un pequeño silencio el cual provocó que J deje de tocar el pandero. Se observa que establece contacto visual permanente con el instrumento mientras lo manipula.

En la sesión n°6 el terapeuta decide quitar las coderas de ambos brazos a J con la intención de comenzar la canción del saludo sin ellas, considerando las advertencias de los otros profesionales que lo atienden de sus conductas de autoagresión. Esta decisión se basa en la observación de sesiones anteriores dónde no se presenta esta conducta. Luego del saludo inicial el paciente muestra que por comportamiento arraigado genera sonidos con el pandero y algunos sonajeros sin mover significativamente los brazos que mantiene junto a su cuerpo tal cual como si tuviese las coderas puestas. No se observan conductas de autoagresión.

Lo significativo de esta sesión fue que J al tener ambos brazos libres logró sostener los instrumentos y sobre todo los sonajeros por mayor tiempo; cuando se le

⁵ La elección del brazo izquierdo es debido a que en el diagnóstico se observa mayor movilidad.

presenta el pandero J lo sostiene con ambas manos, y por mayor tiempo de lo observado en sesiones anteriores, la terapeuta acompaña con la voz y con una maraca, J comienza a golpear con sus dedos por un momento pero se detiene sin volver a continuar.

En la sesión n°8 se aprecia mucha alegría en J al quitar las coderas de ambos brazos favoreciendo el contacto visual directo con la terapeuta. En esta ocasión se le van presentado los instrumentos uno por uno, J manifiesta su intención de manipulación acercando sus manos hacia el instrumento, levanta y mueve sus brazos en reiteradas ocasiones, cuando se establece un juego con chas-chas J rosa las manos de la terapeuta y las mantiene ahí por un momento, luego continúa el juego. Es posible observar que desde esta sesión en adelante J establece mayor contacto visual y corporal con la terapeuta. En el cierre de la sesión, al empezar a poner las coderas J manifiesta mucho rechazo colocando su cuerpo muy rígido, la terapeuta, acariciándolo, le explica que la próxima semana se las volverá a sacar para jugar, comienza a cantar y J cede su brazo con tristeza.

En la sesión n°10 se efectuó el cambio de sala, sin embargo no se observa evidencia de que pueda haber afectado a J, al contrario se mostró mucho más despierto que en otras ocasiones y animado desde el comienzo demostrando su alegría al quitar sus coderas. Una de las particularidades de este nuevo lugar es la luminosidad. La actividad que se realizó en esta oportunidad fue de musicoterapia y corporalidad. Con globos se masajeó y percutió, al ritmo de música editada el cuerpo de J sobre todo sus brazos que están expuestos a las férulas de inmovilización, es posible apreciar menos rigidez en sus movimientos. En el transcurso de la actividad, luego del masaje con globos, la terapeuta comienza a entrechocar los globos frente a J, el que por primera vez entrechoca sus manos por un momento, luego sonrío. La sesión continúa en una dinámica de juego con los globos, en un momento la terapeuta pone los globos bajo los brazos de J, para despegarlos de su tronco, continúa la sesión y luego los quita, J

mantiene sus brazos separados de su cuerpo, su postura es distinta, se observan atisbos de mayor amplitud.

Debido al logro observado con la utilización de los globos en la sesión n°11 se repite la metodología, observándose esta semana un elemento más en la expresividad de J. Luego del masaje y juego con globos acompañado de música editada, la terapeuta entona la melodía principal escuchada recientemente, en ese momento J hace uso de su voz acompañando entonación de la terapeuta, existiendo mucho contacto visual.

Luego junto a un pandero J acompaña el canto de la terapeuta, parando el sonido cuando la terapeuta hace un silencio y volviendo a comenzar cuando la música continúa.

En la sesión n°13 se observa una situación muy importante en el transcurso de la terapia. En medio de la sala hay una mesa que al no poder ser sacada, la terapeuta decide integrarla en terapia colocando los instrumentos sobre ella. Al acercarse a J a la mesa, él estira su brazo por voluntad propia y toca el pandero que se encuentra más cerca, la mesa al estar coja, se mueve y eso provoca los sonidos de los instrumentos que están sobre ella, J repite en reiteradas ocasiones el movimiento. Al observar esto la terapeuta, decide darle más espacio, mostrarle los instrumentos que tiene frente a él y ubicarse en otro lugar para que sienta mayor libertad, J sonríe cuando ella le habla desde el otro lado de la mesa. Se aprecia una expansión de sus movimientos voluntarios dirigidos a un objeto particular saliendo del perímetro acostumbrado u observado a lo largo del proceso.

Situación similar se observa en la sesión n°14 cuando al momento de ponerle las coderas, J se puso muy triste sin parar de tocar el pandero, pese a que por rutina él comprende que es momento de terminar. Expresa rechazo absoluto por el uso de las coderas colocando su cuerpo y brazos muy rígidos.

5.7. III Etapa de tratamiento: Cierre del proceso musicoterapéutico

Esta etapa, se llevó a cabo entre la sesión n°16 y la n°17 comenzando a preparar a J desde la sesión n° 15 y consistió en cerrar el proceso musicoterapéutico de forma significativa y concluyente para J.

Si bien en primera instancia se determinó que el proceso duraría 16 sesiones, en la sesión n°15 se tomó la decisión de otorgar más tiempo al cierre debido a que la reacción de J al contarle que la próxima semana el proceso terminaría fue de mucha tristeza, provocando un llanto inmediato, llevando sus manos a su boca para morderlas, lo que no había sido observado en toda la sesión.

En la sesión n°16 hubo cambio en el encuadre, debido a una situación institucional desde esta semana se trasladó la terapia a una escuela ubicada fuera del hogar pero dentro del recinto, pese a ello J no parece afectarle, sus respuestas son similares a las de sesiones anteriores incluso mucho más animado, se observan mas periodos de interacción con la terapeuta al crear música en conjunto, la terapeuta en esta sesión ya puede sostener por mayor tiempo la guitarra sin tener que asistir a J. Se observa mayor autonomía y alegría en la manipulación de los instrumentos. Sin embargo en la última sesión llega cabizbajo, soñoliento y poco animado. La actividad de cierre consistió en observar un video de las actividades que más disfrutó J que le permita identificarse para luego repetirlas. Fue posible observar que en las primeras actividades observadas se prestaba atención a las imágenes vagamente, siendo los sonidos los que más llaman su atención, sonriendo al escucharse balbucear. A pesar de ello J a los 20 minutos de comenzada la sesión se queda dormido profundamente, la terapeuta intenta por diversos medios despertarlo sin tener buenos resultados.

Como cierre del proceso se elaboraron sonajeros que van añadidos a través de velcro en sus coderas, los cuales previamente se diseñaron para que en el momento de ponerlas en sus brazos y al terminar el proceso musicoterapéutico ellas sean distintas y

pueda llevar estos sonidos en su diario vivir. Lamentablemente debido a que J no despertó, no fue posible observar su reacción, sólo esperar que aun las conserve.

6. ANALISIS DEL PROCESO MUSICOTERAPEUTICO

Para el análisis de los datos recopilados se elaboró una pauta que fue utilizada durante la etapa de desarrollo que permitió evaluar de una forma clara y ordenada los datos para establecer los resultados de la intervención musicoterapéutica. En ella se contrastan las técnicas aplicadas con las respuestas corporales, vocales y gestuales de J a lo largo del proceso.

PAUTA DE ANÁLISIS

Paciente: J
 Musicoterapeuta: Marcela Maldonado

MUSICAL	RESPUESTA EXPRESIVA		
	Gestual	Corporal	Vocal
Música Envasada			
Música tocada por el terapeuta			
Canto del terapeuta			
Manipulación de Instrumentos			

MUSICAL	RESPUESTA AFECTIVA		
	Vínculo (interacción)	Estado de ánimo	Comunicación
Música Envasada			
Música tocada por el terapeuta			
Canto del terapeuta			
Manipulación de Instrumentos			

A continuación se dará a conocer los resultados más relevantes del proceso musicoterapéutico realizado en un niño con parálisis cerebral perteneciente al hogar los Jazmines de la fundación COANIL.

Entendiendo la personalidad expresiva como aquella característica personal, que cada sujeto posee y utiliza conscientemente o inconscientemente como modelo de expresión y de comunicación que representa la emoción del paciente (Gauna, 1996), se vuelve fundamental recordar las características de la forma expresiva de J, obtenida en la etapa de diagnóstico:

	AGRADO	DESAGRADO
Corporal	Movimiento amplio generalmente llegando a movimientos horizontales que involucran toda su corporalidad sobretodo la parte superior	Movimiento tenso vertical. Manos juntas.
Vocal	Sonidos agudos y balbuceos como “mamamama” y “ahahaha”	Sonidos graves y llanto.
Gestual	Sonrisa expresiva, establece contacto visual	Cabizbajo, mirada perdida, seriedad.

Teniendo la claridad de la forma que J comunica sus emociones y deseos se establece el encuentro en el espacio terapéutico para lograr el enriquecimiento de su personalidad expresiva, la que se origina en las primeras reacciones que establece el paciente con los objetos y de acuerdo a sus efectos constituyen su modelo relacional (Gauna, 1996).

Al tener coderas de forma permanente la relación con los instrumentos musicales y objetos sonoros es distante y limitada, por lo que debe ser asistido de forma permanente. Su primer acercamiento es receptivo “*Sonríe al escuchar el sonido de la Kalimba*”, “*Al escuchar el sonido de la guitarra su atención se centra en ella*”.

Al comenzar a tener intención de manipular los instrumentos dispuestos en el setting empieza la travesía de movilizar a J de un estado receptivo a un estado activo en la música.

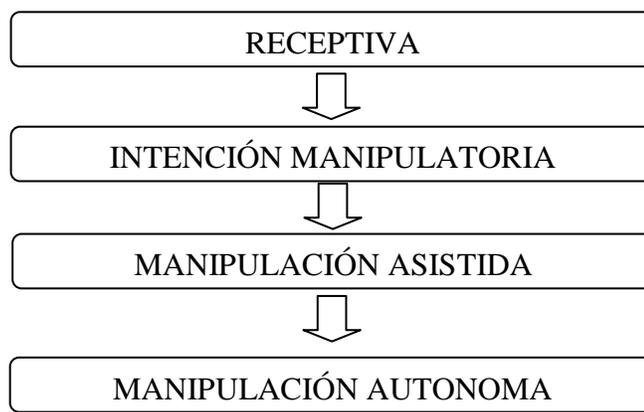
“Levanta su brazo queriendo alcanzarla pero no puede tocarla debido a que las placas son duras, terapeuta toca para que sienta su vibración, J después de todo el movimiento que realiza queda muy quieto sólo sintiéndola y observándola”, “levantó sus manos para alcanzar el sonajero, lo toma y mueve unos segundos luego se le cae”

Al quitar las coderas esta intención de manipular los instrumentos aumentó de forma paulatina en primera instancia aún asistido por el terapeuta para luego llegar a una mayor autonomía.

“Con un pandero J acompaña el canto de la terapeuta, parando el sonido cuando la terapeuta hace un silencio y volviendo a comenzar cuando la música continúa”

“Al acercarse a J a la mesa, él estira su brazo por voluntad propia y toca el pandero”

Podemos ver entonces su evolución en la relación con los instrumentos musicales y objetos sonoros de la siguiente forma:



En lo corporal J manifiesta claramente una evolución con respecto a su fase inicial, donde lo observamos en su silla de ruedas con los brazos extendidos frente o al

costado de su troco con movilidad reducida a un balanceo horizontal y vertical que de acuerdo a su intensidad provocaba repercusiones en piernas y brazos.

Al sacar las coderas y comenzar a utilizar la técnica de musicoterapia corporal ⁶ se evidenció mayor amplitud en sus movimientos, brazos flectados, despegados del tronco, movimientos más controlados y dirigidos hacia el estímulo sonoro, sus manos buscan ser útiles, ya no son dirigidas a su boca para auto agredirse. Su cuerpo se observa ensanchado con mayor presencia en el espacio terapéutico.

Teniendo en consideración las palabras de Gauna “Cuando el terapeuta ofrece todo su cuerpo sonoro, un vínculo particular sustenta la relación terapéutica y ofrece el espacio para que los objetos internos del paciente encuentren la posibilidad de expresión con la convicción de que su expresión va a ser recibida y/o compartida por el musicoterapeuta” (Gauna, 1996), cabe señalar que para producir el enriquecimiento de la personalidad expresiva de J fue fundamental el vínculo terapeuta-paciente. Este se fue fortaleciendo desde el momento en que se produce el primer contacto visual al escuchar el canto de la terapeuta, seguido de la comprensión de su expresividad incorporada como forma de comunicación y fortalecida por el intercambio de risas y juegos.

El sacar sus coderas para la experiencia musicoterapéutica se traduce en la confianza depositada en él, diciéndole de manera sutil aquí eres libre y yo estoy contigo. Un momento clave que permite retratar lo mencionado es cuando hacemos música juntos⁷, *“J acompaña el canto de la terapeuta, parando el sonido cuando la terapeuta hace un silencio y volviendo a comenzar cuando la música continúa”* y cuando *“al contarle que la próxima semana el proceso terminaría fue de mucha tristeza, provocando un llanto inmediato”*⁸

⁶ Sesión n°10

⁷ Sesión n°11

⁸ Sesión n°15

6.1. Análisis de fortalezas y debilidades en el proceso

Dentro de las fortalezas observadas en el proceso de práctica, puedo mencionar que se asumió de forma responsable el desafío que implica un proceso terapéutico tomando las medidas necesarias para una correcta implementación de la intervención musicoterapéutica, dentro de una institución reconocida y valorada por el aporte que realiza con niños y jóvenes con estas características, a través de la comunicación constante con equipo multidisciplinario y la posterior entrega de resultados de forma expositiva y escrita.

De igual forma se informó oportunamente las situaciones conflictivas que se fueron presentando en las reuniones de supervisión encontrando las soluciones favorables para cada caso, revisando de manera sistematizada cada sesión, permitiendo la organización personal en el quehacer terapéutico.

Como musicoterapeuta en la intervención realizada pude observar un fortalecimiento de la empatía y afectividad con el paciente, requiriendo alta capacidad de adaptación a las necesidades particulares del paciente en momentos inesperados, logrando flexibilizar planificaciones realizadas con anterioridad.

Haciendo mención a las debilidades en el proceso de práctica se observó que en primera instancia la ansiedad de la terapeuta limitó un mayor despliegue del paciente, otorgándole demasiados estímulos, sin observar aquellas respuestas que se estaban generando. Para la superación de esta debilidad, la revisión posterior de los videos de sesión fue fundamental.

Otra de las debilidades del proceso fue la carencia teórica de la terapeuta en el transcurso de la terapia, revisando de forma dispersa artículos y textos cuando el momento lo ameritaba, sin un planteamiento concreto, sin embargo posteriormente se encausó hacia los fundamentos expuestos anteriormente.

7. CONCLUSIONES

Cuando se presenta un caso como este paciente, con parálisis cerebral, sin lenguaje y con limitaciones físicas profundas se vuelve fundamental encontrar al niño que allí habita, acercarse de forma no invasiva para otorgarle un espacio de libertad absoluta donde encuentre un espacio de seguridad que le permita darse a conocer por encima de una historia carente de afecto y limitaciones expresivas. Este es J, un niño que sonríe cuando está alegre y llora cuando está triste, que canta, que se mueve, que en definitiva se expresa a través de sus aspectos sanos.

El aprendizaje obtenido a través de las problemáticas presentadas durante todo el proceso, fue determinante para exigirme una actitud más flexible frente a J. que permita interpretar el material mensaje que este entregaba, de esta forma fue posible establecer el vínculo terapéutico que se fortaleció sesión a sesión.

Dentro de las técnicas más exitosas menciono el uso del canto, de instrumentos musicales, así como la sincronización del movimiento con música, estas permitieron coincidir con J. en este espacio terapéutico semi-estructurado, donde su expresividad encontraba una salida en cada experiencia gratificante.

J y yo encontramos un lenguaje no verbal en la etapa de diagnóstico lleno de movimientos, gestos y balbuceos que se fueron incorporando sesión tras sesión como eje principal, otorgándole de esta forma un espacio de confianza que permitió el enriquecimiento de su personalidad expresiva y de esta forma vivenciar el paso de la inmovilidad a la movilidad expresiva. La musicoterapia le otorgó a J la posibilidad de relacionarse de forma autónoma con los instrumentos musicales desconocidos para él, encontrando en ellos una vía favorecedora de nuevas experiencias sonoro –corporales.

Considero que la experiencia vivida junto a J, ha sido un gran desafío y que fortalece aún más mi vocación como musicoterapeuta.

Termino este proceso con la sensación de haber logrado los objetivos propuestos y más allá de ello, con la convicción de que la musicoterapia es una contribución beneficiosa en los equipos multidisciplinares que intervienen en parálisis cerebral.

BIBLIOGRAFÍA

BOBATH, K. 1982 Base neofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral. 2ª ed. Buenos Aires. Editorial medica Panamericana. 133p

GAUNA, G. 1996. Entre los sonidos y el silencio. Musicoterapia en la infancia: clínica y teoría. Argentina. Editorial. Artemisa.158p

GARCIA, A. 1999. Niños y niñas con parálisis cerebral: descripción, acción educativa e inserción social. Madrid. Editorial Narcea. 168p

SABBATELLA, P. 2003. Musicoterapia aplicada: Metodología y Evaluación en Parálisis Cerebral. En: Libro de ponencias. Musicoterapia 2002, Programa para Mediadores en Musicoterapia y Discapacidad. Madrid. Edición Confederación Aspace. pp. 77-111

SANTUCCI DE MINA. M. 2010 Evolución Psicosocial del Niño con Parálisis Cerebral. Una mirada desde la experiencia y la investigación psicológica. Editorial Brujas. 140 pp