

Uso de Adaptaciones en el abordaje musicoterapéutico de pacientes con Parálisis Cerebral

Céspedes, Romina

Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA)

feli_ces@hotmail.com



ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines
(ISSN 2718-6199)

<http://revistas.unlp.edu.ar/ECOS>

ECOS es una publicación de Cátedra Libre Musicoterapia (UNLP)

Fecha de correspondencia:

Recibido: 1/6/2019; Aceptado: 1/07/2019

Todas las obras de ECOS están bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Puede copiarla, distribuirla y comunicarla públicamente siempre que cite su autor y la revista que lo publica (ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines) agregando la dirección URL y/o el enlace de la revista. No la utilice para fines comerciales y no haga con ella obra derivada.

Cómo citar

Céspedes, R. (2019). Uso de Adaptaciones en el abordaje musicoterapéutico de pacientes con Parálisis Cerebral. *ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, 4(1), 22-55

Resumen

Las adaptaciones en musicoterapia se presentan como un recurso que favorece la participación en los encuentros de musicoterapia de las personas con parálisis cerebral. Su uso, sin embargo, se encuentra sujeto a diferentes variables que están relacionadas con diversos factores. Entre ellos se pueden citar: la accesibilidad a los mismos, las posibilidades motrices de la persona que lo va a utilizar y el nivel cognitivo, entre otros. Si bien se ha estudiado los efectos de los instrumentos adaptados en relación al aumento de la expresión sonora, poco se sabe acerca de los alcances que ha tenido su incorporación en el setting musicoterapéutico en materia de comunicación. El presente trabajo intentará indagar esta problemática partiendo de la teoría encontrada en relación a este tema y lo observado por los musicoterapeutas en la práctica, prestando especial atención a los cambios producidos en las habilidades comunicativas de las personas con Parálisis Cerebral, producto de la utilización de adaptaciones.

Palabras claves: musicoterapia, adaptaciones, comunicación, discapacidad, parálisis cerebral.

Abstract

Adaptations in music therapy are presented as a resource that favors participation in music therapy encounters of people with cerebral palsy. Its use, however, is subject to different variables that are related to various factors. Among them can be mentioned: the accessibility to them, the motor possibilities of the person who will use it and the cognitive level, among others. Although the effects of adapted instruments have been studied in relation to the increase of sound expression, little is known about the scope of their incorporation into the music therapy setting in terms of communication. The present work will try to investigate this problematic starting from the theory found in relation to this topic and the observed by the music therapists in the practice, paying special attention to the changes produced in the communicative abilities of the people with Cerebral Paralysis, product of the use of adaptations.

Key Words: music therapy, adaptations, communication, disability, cerebral palsy.

Introducción

Teniendo en cuenta que el desarrollo normal del niño, además del aprendizaje, se realiza a través del movimiento, es lógico suponer que las personas con parálisis cerebral van a tener una experiencia diferente en relación a la exploración del mundo y de sí mismos. La información táctil y propioceptiva de los objetos y de las personas favorece también al armado del esquema corporal y la concepción del espacio y el tiempo, siendo éstas nociones básicas para el desarrollo de las habilidades comunicativas (Bobath, 1982). Así como va adquiriendo un concepto de sí mismo lo hace de los objetos externos como los instrumentos musicales. Una vez que esta percepción corporal queda establecida el niño puede comenzar a relacionarse con el mundo que lo rodea y desarrollar la orientación espacial (Bobath, 1982). Es decir el niño que no puede moverse o lo hace con dificultad, no puede explorar su cuerpo por lo tanto no puede explorar los objetos ni desarrollar la espacialidad, en definitiva no va a poder aprender de la forma en que aprenden los niños de desarrollo típico. La falta de experiencias de exploración dan cuenta de la importancia del ambiente facilitador y de la importancia del rol de los profesionales que trabajan con personas con parálisis cerebral (Vygotsky, 1978).

La Musicoterapia en el tratamiento de personas con discapacidad supone la necesidad de que tanto los profesionales como las técnicas y recursos utilizados en musicoterapia, sean lo suficientemente flexibles como para adaptarse a las necesidades especiales presentadas por personas con discapacidad (Alvin, 1965).

En este contexto, las personas que han tenido una lesión cerebral presentan una serie de características particulares que complejizan la ejecución de un instrumento musical, la adquisición de aprendizajes, o experiencias musicales significativas (Alvin, 1965). Es común que en las prácticas habituales y actividades de la vida diaria, los

cuidadores y acompañantes de las personas con parálisis cerebral intervengan en las actividades anticipándose a la iniciativa del niño o joven con dicho trastorno neurológico. Este punto es de vital importancia ya que se entiende que para que exista una comunicación efectiva y un aprendizaje significativo, más allá de que el ámbito en el que se desarrolle la musicoterapia sea educativo, terapéutico, clínico, o preventivo, el niño o joven con trastorno neurológico que concurre a musicoterapia debe ser un participante y no un mero espectador (Guilar, 2009).

La participación activa se entiende, dentro del contexto del presente trabajo, no sólo en relación a la acción o manipulación sobre los instrumentos musicales durante su ejecución, sino a la intencionalidad en este hacer, más allá de cualquier imposibilidad física (Bruscia, 2007). Esta perspectiva de trabajo es congruente con el cambio en la conceptualización de la parálisis cerebral en los últimos años, la cual pasó de ser fundamentada sobre un modelo médico a tener un enfoque biopsicosocial, en el cual el ambiente y los apoyos que se le ofrecen a la persona con trastorno neurológico, son de fundamental importancia para su desarrollo cognitivo, emocional, social, etc (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Se estima, que sólo una pequeña parte de los profesionales utiliza adaptaciones musicales y/o instrumentales (Orellana, 2005), lo cual permite plantear un interrogante sobre el conocimiento de la efectividad y la viabilidad de este recurso en relación al desarrollo de las habilidades comunicativas y específicamente al conocimiento sobre los rasgos de la comunicación que se ven mayormente favorecidos a partir de la utilización de las adaptaciones en musicoterapia.

Las adaptaciones permiten, no sólo la ejecución de los instrumentos musicales convencionales y no convencionales, sino también la interacción de los participantes en

la experiencia musical. De esta manera se afianza la relación vincular posibilitando así una mayor comunicación (Federico, 2007; Rodríguez de Gil, 2007).

A partir de estudios previos (Clark & Chadwick, 1979) (Magee, 2014) (Orellana, 2005) (Niedenthal, 2011), se sabe entonces, que las adaptaciones favorecen tanto la participación como la comunicación en general, lo cual permite pensar nuevos interrogantes sobre qué aspectos de la comunicación se ven mayormente favorecidos, a partir de la implementación de adaptaciones en musicoterapia, en las personas con parálisis cerebral, pregunta de investigación que guiará el presente trabajo.

Se sabe que la autonomía provista por las adaptaciones musicales e instrumentales, favorecen la participación activa espontánea y la autoexpresión de las personas con parálisis cerebral (Rodríguez de Gil, 2007), sin embargo se espera demostrar que además de lo mencionado, las adaptaciones pueden favorecer al desarrollo de los diferentes aspectos de la comunicación entre los participantes de la experiencia musical, siendo el feedback o retroalimentación el aspecto más favorecido.

En el presente trabajo se intentará profundizar en el uso de las adaptaciones en relación al desarrollo de las habilidades comunicativas de las personas con parálisis cerebral. Para lograrlo se abordarán los conceptos troncales de discapacidad, comunicación y adaptaciones. Por último se realizará un análisis y un entrecruzamiento entre los referentes teóricos y los datos obtenidos de un cuestionario tomado a profesionales musicoterapeutas, con el objetivo de arribar a conclusiones que vinculen la teoría y la práctica profesional del musicoterapeuta.

Concepción de Discapacidad

Durante muchos años el término “discapacidad” ha adquirido una connotación negativa estigmatizando al sector de la población que padeciera algún trastorno, segregándola. En este contexto el modelo médico tenía la responsabilidad de rehabilitar a las personas para que se acercaran a los estándares de salud compartidos por la sociedad (Badia Corbella, 2007).

En la actualidad se comprende que, la discapacidad es un concepto complejo, multidimensional y dinámico, que no sólo se debe poner el foco en la persona y en la rehabilitación del cuerpo, sino que abarca también el ámbito social. En la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) no se habla de discapacidad como enfermedad sino que se considera el funcionamiento y la discapacidad como una interacción entre las condiciones de salud y el contexto (tanto físico como ambiental) en que se encuentra la persona (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Teniendo en cuenta la interacción entre las deficiencias (problemas en la función corporal), las limitaciones (para caminar, comer, etc.) y restricciones para participar de las actividades, y los factores contextuales (ambientales o personales) se plantean los objetivos, que no solamente apuntan a la rehabilitación física, sino que también se busca fomentar la participación social (Organización Mundial de la Salud, 2001). Esto se logra abordando las barreras que impiden que las personas se desenvuelvan naturalmente en la vida cotidiana (Ver Fig. 1).

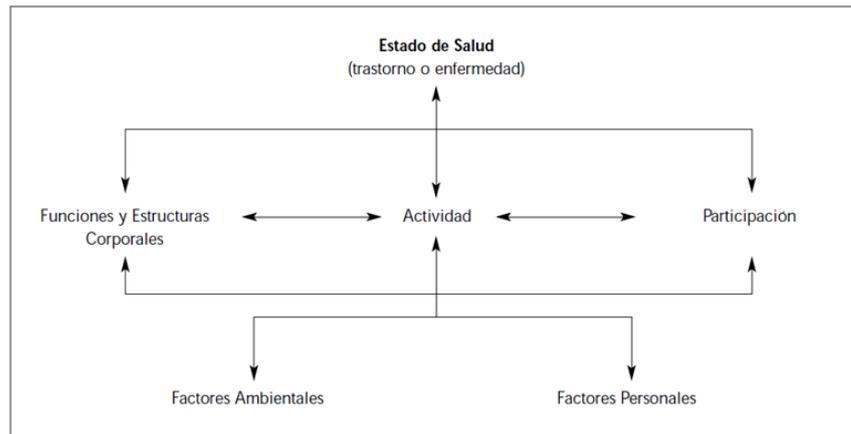


Figura 1. Representación de la CIF, de la discapacidad y de la salud. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

A partir de esta nueva concepción se entiende que, a pesar que las personas tengan algunos problemas de salud vinculados a alguna deficiencia o limitación, tienen las mismas necesidades de salud, educación y recreación que la población en general, y es responsabilidad de los profesionales brindarles el espacio adecuado para que esto suceda. La flexibilidad de los recursos y la actualización y formación de los profesionales para desarrollar la cualquier capacidad funcional de la persona, es una forma de eliminar la mayor cantidad de barreras posibles a la hora de hacer música (Thaut, 2000)

También se tiene en cuenta el concepto de calidad de vida en comparación a otros abordajes rehabilitadores. La incorporación de este concepto se ha convertido en un pilar fundamental en las prácticas actuales ya que permite comprender la singularidad de cada individuo y sus necesidades particulares. Esto es de vital importancia a la hora de pensar los objetivos terapéuticos específicos para cada persona en particular (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Con fines descriptivos se hará referencia a la clasificación de la discapacidad que propone el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI), para comprender las características del trastorno al que se hace referencia en el presente trabajo.

Las discapacidades se clasifican en los siguientes grupos:

- Grupo 1: discapacidades sensoriales y de la comunicación
- Grupo 2: discapacidades motrices
- Grupo 3: discapacidades mentales
- Grupo 4: discapacidades múltiples y otras

El presente trabajo se centrará exclusivamente en el Grupo 2, y dentro de este grupo en las personas con parálisis cerebral. Dicha población resulta de especial interés para el desarrollo del tema en cuanto a la utilización de adaptaciones, al necesitar una asistencia permanente, y en algunos casos poseer pocos recursos expresivos para llevar adelante una comunicación efectiva.

A continuación se ampliará la noción de Parálisis Cerebral y los cambios en su conceptualización con el fin de comprender las características generales que presentan las personas que padecen este trastorno y sus necesidades comunicativas.

Parálisis cerebral.

La Parálisis Cerebral (PC) es un trastorno neurológico caracterizado por una lesión en el cerebro inmaduro, es decir en el transcurso de su desarrollo. Como consecuencia se producen alteraciones en el plano motor, sensorial y del lenguaje entre otros. Actualmente se utiliza el término Encefalopatía Crónica No Evolutiva (ECNE) debido a que la lesión en sí no es de carácter progresivo, aunque el cuadro general, especialmente el motor, puede agravarse en el tiempo por la evolución del sistema

nervioso y por características de la lesión (Santucci de Mina, 2013). A pesar de la existencia de esta nueva terminología se encontró que al hacer referencia a la misma, resultó más efectivo a la hora de la búsqueda bibliográfica el uso de “Parálisis Cerebral” para referirse al trastorno, por lo cual se utilizará éste término en el desarrollo del presente trabajo.

Como se mencionó anteriormente, las definiciones de PC se centran en los aspectos motores de este tipo de discapacidad y en cómo este trastorno afectaba el desarrollo cerebral a temprana edad. Si bien no se incluían los factores ambientales y otras deficiencias sensoriales, cognitivas y/o conductuales, la heterogeneidad de trastornos asociados incluidos dentro del grupo de PC, puso en evidencia la necesidad de una actualización en la definición (Badia Corbella, 2007).

La más reciente, publicada en el “Informe sobre la Definición y Clasificación de la Parálisis Cerebral” en el año 2006 es la siguiente:

La parálisis cerebral (PC) describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas musculoesqueléticos secundarios. (Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein, & Martin, 2006)

Se observa que en la definición misma de PC se hace referencia a diferentes trastornos asociados, entre ellos los problemas en la comunicación. En relación a este punto realiza la siguiente aclaración:

La comunicación expresiva o receptiva y/o las habilidades de interacción social pueden estar afectadas, tanto como efecto de la lesión primaria a la cual la PC es atribuida o como consecuencia secundaria de las limitaciones de la actividad que restringen el aprendizaje y las experiencias de desarrollo de la percepción.

(Rosembaun et al, 2007, p11)

Es por ello que la importancia de los apoyos con los que cuenta una persona, son fundamentales para compensar dichas limitaciones en la actividad y en la participación en todos los aspectos de su vida cotidiana.

Por otra parte, existen otras deficiencias que pueden acompañar a la PC, las cuales son (Rosembaun et al, 2007)

- Aspectos sensoriales: La visión, la audición y otras modalidades sensoriales pueden estar afectadas.
- Percepción: La capacidad de incorporar e interpretar (sensorial o cognitivamente) la información puede encontrarse afectada como efecto de la lesión primaria o secundaria a ella, como consecuencia de las limitaciones en la actividad que hacen que se restrinja el aprendizaje y las experiencias sensorio-perceptivas durante el desarrollo.
- Cognición: pueden estar afectados tanto los procesos globales como específicos, entre ellos la atención, una de las funciones cognitivas que más notoriamente necesita asistencia.

- Conducta: se incluyen los problemas emocionales, psiquiátricos, de conducta, alteraciones en el sueño, el estado de ánimo y trastornos de ansiedad.
- Epilepsia: frecuentemente observados en personas con Parálisis Cerebral.
- Problemas musculoesqueléticos secundarios: derivados de la postura como contracturas y otros problemas como dislocación de cadera, desviaciones de columna, etc.

Tipos de PC. Se describirán los tipos de Parálisis Cerebral a fin de comprender el cuadro general en relación al cuadro neuromotor que presentan las personas afectadas con este trastorno. Hay tres tipos de PC:

- Espástica: es el tipo más común. Se caracteriza por un aumento en el tono muscular y por la presencia de reflejos patológicos, por ejemplo hiperreflexia (respuesta excesiva a los estímulos). Por la rigidez de la postura y los movimientos hay una tendencia a generarse contracturas y/o acortamiento de los músculos y tendones.
- Atetósica: presenta movimientos involuntarios, incontrolados, recurrentes, estereotipados y fluctuaciones en el tono muscular.
- Atáxica: se caracteriza por la pérdida de la coordinación muscular organizada. Los movimientos se llevan a cabo con fuerza, ritmo y presión anormal.
- Mixta: esta categoría es utilizada para aquellos casos en que no predomina ninguna de las condiciones anteriores.

(Badia Corbella, 2007)

A lo largo de esta sección se desarrolló uno de los conceptos centrales de este trabajo: la concepción de discapacidad y cómo su actualización se vio reflejada en la definición misma de Parálisis Cerebral. Esta nueva mirada sobre los derechos y

necesidades de las personas con discapacidad motivan a repensar y renovar los recursos con los que se cuenta para el abordaje musicoterapéutico en poblaciones con problemas cognitivos y de movilidad entre otros.

A continuación se comenzará a ampliar el apartado de comunicación y más adelante se verá cómo se desarrolla este tema en el campo de la Musicoterapia.

Comunicación

Concepto de comunicación. Anteriormente se hizo referencia a las necesidades especiales de comunicación de las personas con Parálisis Cerebral. La importancia de empatizar con la persona con la cual se trabaja radica en brindar nuevas posibilidades comunicativas a aquellos que las necesitan. El objetivo es evitar un quiebre en el proceso de comunicación que puede provocar en la persona con Parálisis Cerebral cierto nivel de frustración llevándola a desistir en sus intentos de comunicarse (Bruscia, 2007).

Teniendo en cuenta la población a la que se hace referencia en este trabajo, se observa que en esta definición no se tiene en cuenta si la persona que recibe el mensaje tiene la capacidad de decodificarlo, aspecto esencial para que la transmisión del mensaje se considere exitosa. A su vez, señala que todo acto es comunicativo más allá de la intención, entendiendo que siempre existe un otro con quien comunicarse, aspecto discutido en la práctica. Por otro lado, se observó que la idea va más allá del sistema básico de emisor, receptor mensaje. Se tiene en cuenta las necesidades especiales de comunicación de las personas con discapacidad y además considera un tipo de comunicación alternativo que incluye (y realza) los aspectos no verbales de la comunicación (Dirección General de Cultura y Educación, 2012)

Se toma en consideración este aporte porque describe los distintos aspectos a tener en cuenta durante el acto comunicativo: la forma de comunicación (si la persona

habla o si se comunica a través de gestos o señalamientos), el propósito de la comunicación (las razones para comunicarse: deseos y necesidades, transmisión de información, contacto social, protocolo social), el contenido a comunicar (implica conocer y manejar los objetos, sucesos y relaciones con el mundo exterior), y el contexto en el cual se efectúa la situación comunicativa (Dirección General de Cultura y Educación, 2012).

En este sentido se puede decir que es tan importante lo que una persona dice como lo que la otra entiende, afirmando que son especialmente importantes los componentes no verbales de la comunicación entre una persona y otra, encontrando entre sus funciones las de: reemplazar a las palabras, repetir lo que se está diciendo, enfatizar un mensaje verbal, regular la interacción y por último contradecir el mensaje verbal (Caballo, 1993).

Entre los aspectos no verbales podemos enumerar a: la mirada, la expresión facial, las sonrisas, la postura corporal, los gestos, entre otros (Caballo, 1993). En esta línea de pensamiento, la comunicación es entendida como interacción con un propósito particular que implica la codificación, decodificación y el intercambio del mensaje o de la información con otro y la música, en su carácter no verbal, es un medio especial para apreciar este proceso. (Bruscia, 2007)

En la definición anteriormente presentada se ha considerado que cualquier acto comunica, sin embargo se han observado en las personas con PC conductas de autoestimulación como: vocalizaciones, gestos con las manos, con la cabeza, con la boca, movimientos involuntarios, etc. que claramente no tienen un propósito comunicativo dirigido hacia otra persona sino que tienen que ver con la autoexpresión

(Bruscia, 2007), la cual funcionaría simplemente como una externalización del mundo interno de la persona, un “acto privado” según él lo describe.

Finalmente se tomará el aporte del equipo de investigación de la Asociación En Defensa del Infante Neurológico (AEDIN) en cuanto a los elementos que deben estar presentes durante la comunicación considerando que para que ésta sea efectiva tiene que haber (Asociación En Defensa del Infante Neurológico (AEDIN)): Intencionalidad; Significación compartida; Atención conjunta; Intensidad del estímulo; Timing; Toma de turnos; Bidireccionalidad (código); Iniciativa y Otro.

Comunicación Aumentativa y alternativa. Al hablar de comunicación aumentativa y alternativa, se está haciendo referencia a aquellos recursos que ayudan a mejorar la comunicación de las personas que tienen dificultades para la ejecución y/o comprensión del habla. Incluye todas las modalidades de comunicación, es decir, los aspectos verbales y no verbales como: los gestos, las expresiones faciales, los símbolos, las imágenes o la escritura (Augmentative Alternative Communication Institute, 2016) (American Speech-language-Hearing Association (ASHA)). Entre dichos recursos se encuentran los que necesitan ayuda (media y alta tecnología) y los que no la necesitan (baja tecnología). Estos últimos, requieren la presencia de un interlocutor que interprete y/o guíe la conversación. Entre ellos se encuentran los tableros de comunicación (generalmente son personalizados y contienen palabras, letras, números, imágenes, símbolos, pictogramas, etc), los gestos, el lenguaje corporal, lenguaje de señas, imágenes, etc. (Ver fig. 2)

Por otra parte los recursos de media y alta tecnología son aparatos electrónicos con o sin salida de voz. También pueden mostrar letras, palabras, símbolos (en el caso de los tableros) o bien permiten la grabación de un mensaje que luego se puede

reproducir (como por ejemplo los Bigmack o Step by Step) (Ver Fig. 3). Los de alta tecnología requieren el uso de programas de computación (plaphoon, araword, Word maker, entre otros).

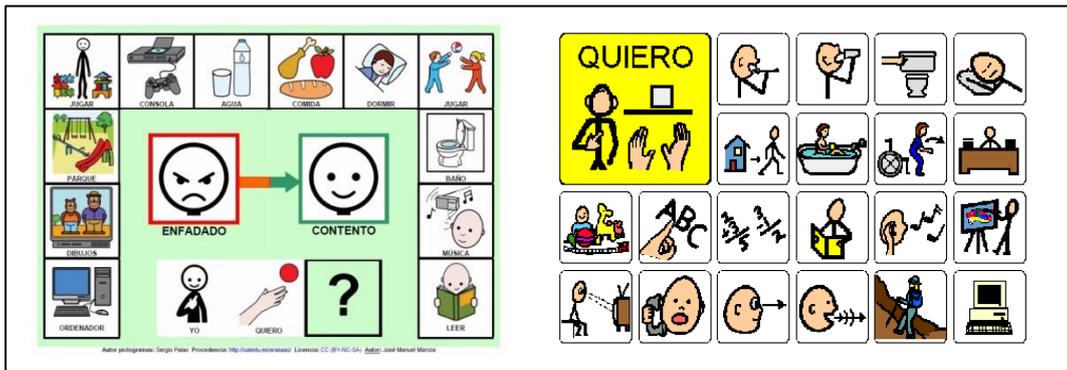


Figura 2. Tableros de comunicación con pictogramas (ARASAAC, 2016)



Figura 3. 1) Step by step, 2) Big Mack, 3) Teclado adaptado

Comunicación y Musicoterapia

Una de las áreas de tratamiento en la que resulta pertinente el abordaje musicoterapéutico se enfoca en el desarrollo de las habilidades de comunicación. En este sentido las técnicas utilizadas están dirigidas a motivar, animar, y reforzar, de forma verbal o no verbal, cualquier comportamiento comunicativo. (Thaut M. H., 2000).

Diferentes estudios realizados por musicoterapeutas han abordado la problemática de las dificultades comunicativas de las personas con algún tipo de discapacidad (Muñoz Navarro, s.f) (Rocío & Gértrudix Barrio, 2014) (Ruiz Blanco & Ramón, s.f) entre otros, en su mayoría referidos a niños con trastornos del espectro autista. Si bien no son específicos del trastorno abordado en el presente trabajo, se encuentran entre ellos un factor común referido a los recursos utilizados para alcanzar los objetivos de comunicación, como la adopción del sistema aumentativo y alternativo de comunicación, el trabajo corporal, vocal, y otros recursos que facilitan el desarrollo de las habilidades comunicativas, sociales y emocionales (Tresierra Cabrera, 2005).

Para empezar a comprender este tema a continuación se presentaran los conceptos de autoexpresión, interacción y comunicación específicamente en el campo de la musicoterapia.

Autoexpresión, Interacción y Comunicación. Con respecto al concepto de autoexpresión, Bruscia (2007) señala que involucrar a los pacientes en experiencias musicales permite la exteriorización de sensaciones corporales internas, sentimientos, ideas, emociones, impulsos, etc. En este hacer musical se entiende una suerte de liberación del mundo interno hacia el exterior y que, esta autoexpresión musical, conduce a otras formas de expresión que pueden ser verbales o no. Es interesante pensar en esta idea especialmente en las personas con Parálisis cerebral para las cuales muchas veces, al tener dificultades para manipular los objetos e incluso su propio cuerpo, les resulta dificultoso decodificar o comprender lo que otras personas quieren comunicarles, incluso con otras personas con necesidades comunicativas especiales (Mina, 2013).

Las adaptaciones brindan la posibilidad de, por un lado, generar una propuesta creativa hacia la persona con trastornos neurológicos, y por otro lado, la posibilidad de acercar a las personas con dificultades motrices y/o cognitivas, los instrumentos musicales y experiencias musicales como la composición musical (escritura), la lectura, etc., además de la ejecución de instrumentos complejos (Niedenthal, 2011).

Sin embargo, la posibilidad de autoexpresarse no es suficiente para afirmar que una persona se está comunicando mientras se expresa musicalmente. Esto quiere decir que la autoexpresión no siempre involucra a otra persona sino que puede tratarse solamente de una liberación (del mundo interno de la persona) sin esperar que ese producto sea comprensible para el resto. En cambio, tanto la interacción como la comunicación, involucran la presencia de otro, alguien que se involucre y con quien se inflencie mutuamente en el hacer musical. En este sentido durante la comunicación, que puede ser verbal o no, se distingue un propósito particular, un mensaje hacia la/las personas que participan de la experiencia musical (Bruscia, 2007).

En relación a este tema, es más importante el *cómo* se comunican las personas que el *qué* comunican. En este sentido, el modelo clásico de la comunicación no es suficiente para comprender la comunicación musical. Al igual que en la danza, en la expresión musical, la meta en la comunicación (transmitir mensajes) es reemplazada por la noción de “hacer conjunto” (Shifres, 2007). A partir de la misma se revela una intencionalidad mutua dentro de un contexto compartido. En este sentido Shifres (2007) afirma que “...*estamos participando del cambio de paradigma que nos lleva de la noción de procesamiento de la información a la de experiencia intersubjetiva*” (p. 4) siendo esta idea la que permite describir lo que sucede durante la comunicación musical.

Dentro de este contexto surge el concepto de intersubjetividad como empatía, como la capacidad de leer en el otro sus intenciones, estados anímicos, sentimientos, ideas, etc., y a partir de la cual sería posible la proyección del sí mismo en situación. En esta línea de pensamiento, la comunicación musical caracterizada por imitaciones mutuas, intercambios de expresiones emocionales, alternancia de turnos, ritmicidad, melodicidad y sincronía interactiva, dan cuenta de un intercambio subjetivo asegurando que la interacción puede generar cambios en la organización interna de sus participantes. (Shifres, 2007)

Adaptaciones en Musicoterapia. Al hablar de adaptaciones, se debe hacer referencia al aporte tanto del campo de la terapia ocupacional como al de la pedagogía musical. Sin embargo no se ha encontrado gran cantidad de bibliografía específica dedicada a este tema.

En 1979, las autoras Chadwick y Clark realizaron una publicación acerca de las adaptaciones instrumentales necesarias para trabajar con personas con distintas discapacidades, siendo su objetivo aumentar la efectividad en la ejecución musical. Encontraron que una vez superada la barrera de la dificultad para tocar los instrumentos musicales la satisfacción producida generó una mejor predisposición y preparación para el aprendizaje. Otros logros observados fueron un aumento en la confianza, desenvolvimiento, conciencia corporal, comunicación y desarrollo del lenguaje (Clark & Chadwick, 1979).

Con respecto a los diferentes tipos de adaptaciones, se encontró sólo una clasificación según los materiales utilizados, presentado por Ralf Niedenthal en el marco del Congreso de la Asociación Argentina de Musicoterapia del año 2011.

Adaptaciones corporales. Ayudan a la postura corporal de la persona, como por ejemplo: rollos, almohadones, cuñas, férulas, collares, pechera, etc. Se considera estas adaptaciones como fundamentales ya que la comodidad, resulta de vital importancia para la persona que está haciendo música. Al mencionar a las adaptaciones corporales, se pone de manifiesto las necesidades posturales básicas al comienzo del abordaje musicoterapéutico propiamente dicho. Es decir, si la persona que va a utilizar determinado instrumento necesita previamente un cambio de postura, el uso de equipamiento o por el contrario prescindir de él, si necesita realizar alguna actividad para bajar el tono muscular o activarlo, etc.

Adaptaciones instrumentales. Se refieren a aquellos dispositivos que facilitan la ejecución instrumental propiamente dicha como: engrosadores de baquetas, soportes para instrumentos, dispositivos aplicados para facilitar la ejecución de instrumentos de viento, instrumentos accionados con switch, etc. La musicoterapeuta Gabriela Gil, efectuó un trabajo en el cual realizó adaptaciones a los instrumentos según el tipo de PC. Por ejemplo, para las personas con PC de tipo atetósica pensó en instrumentos grandes y largos, con una superficie de ejecución lo más grande posible, y así poder realizar movimientos más amplios acordes al tipo de movimiento involuntario que presentan esos pacientes. Para los pacientes espásticos se pensó en adaptaciones que permitieran que con un mínimo movimiento se pueda generar un sonido. A su vez con este tipo de pacientes se requiere identificar cuál es su punto de acceso para iniciar el movimiento (mano, cabeza o pie) dado que debido a la rigidez del tono muscular, sus movimientos pueden ser acotados y de difícil iniciación.

Adaptaciones musicales. Son aquellas que facilitan la comprensión de los aspectos teóricos de la música. Entre ellas se encuentran: partituras analógicas, teclados con

colores, tarjetas con imágenes, pictogramas, set de campanas con colores, boomwhackers, entre otras. Se encontró que este tipo de adaptaciones, además de ser utilizadas en musicoterapia, pueden ser utilizadas tanto en educación especial como en educación común para alcanzar objetivos académicos (Gfeller, 2000), pero en todos los casos es necesario tener en cuenta y respetar el nivel de desarrollo que tiene la persona con la que se trabaja en cuanto a la comunicación. Esto quiere decir que utilizar recursos o herramientas muy complejos puede no tener el mismo efecto afectando la participación intencional de la persona con la cual se trabaja (Ott, 2011).

Adaptaciones tecnológicas. Pueden ser de media tecnología como el uso de switches conectados a instrumentos virtuales (Magee, 2014), o de alta tecnología como en el caso de los programas de computación utilizados para la edición de audio y video, composición de canciones, improvisación, instrumentos virtuales, mouses adaptados, comunicadores, etc. Entre ellos se puede nombrar a: fruity loops, cooleedit, finale, band in a box, plaphoon, etc. (Niedenthal, 2011). En relación a esta última categoría, el musicoterapeuta Sergio Orellana realizó un estudio acerca de las nuevas y variadas posibilidades que aporta el uso de la tecnología dentro del setting musicoterapéutico no sólo como una herramienta más sino como un recurso clave para aquellos que la manipulación de los instrumentos musicales resulta realmente dificultosa (Orellana, 2005).

Por otro lado se ha registrado a lo largo del tiempo el uso de tecnología y aplicaciones en el tratamiento: receptivo (por ejemplo en la selección de canciones, en la estimulación de bebés prematuros, terapia vibroacústica, etc), recreativo (uso de tecnología asistiva como switches o joystick en personas con poco rango de movimiento), para promover el movimiento (uso de instrumentos virtuales, Adaptive

Use Musical Instrument, consolas Wii, etc.), en la composición de canciones y en la improvisación (uso de controladores MIDI (Musical Instrument Digital Interface), aplicaciones de iPad, etc). (Hadley, Nicole, Vern, & Michelle, 2014)

Si bien este último tipo de adaptaciones aporta nuevos recursos para la ejecución musical, aún se cuestiona la utilidad del uso de la tecnología en términos de costos, viabilidad, facilidad y pertinencia según la población con la que se trabaje. En el caso de las personas con parálisis cerebral, el uso de tecnología asistiva (switches, teclados adaptados, programas de seguimiento visual) permite la participación de una manera más autónoma en cualquier actividad de la vida diaria relacionada con la comunicación, la movilidad, acceso a la computadora, educación, etc., sobre todo para aquellas personas con poco rango de movimiento. (Magee, 2014)

En segundo lugar Magee (2014) propone identificar en qué casos se puede indicar o contraindicar la incorporación de tecnología en el setting musicoterapéutico. En ambos casos se debe tener en cuenta las necesidades emocionales, físicas, sociales, sensoriales, cognitivas y de comportamiento que tiene la persona con la cual se trabaja. Los problemas motores indican una clara predisposición al uso de algún dispositivo electrónico por la dificultad de ejecución de un instrumento tradicional. Por un lado los problemas en la motricidad gruesa (dificultades para mover brazos, piernas y mantener el control del tronco) hacen dificultoso lograr el movimiento requerido para hacer sonar un determinado instrumento y en caso de lograrlo, el sonido producido muchas veces no es satisfactorio. La utilización de la tecnología, en casos como estos, puede brindar una experiencia estética y placentera. Por otro lado dificultades en la motricidad fina (dificultades en el movimiento de los dedos y/o tomar y sostener objetos con las manos) requieren instrumentos en los cuales sea posible realizar movimientos amplios para crear un rango variado de sonidos. También se propone la utilización de juegos con

controles Wii (videoconsola que contiene un sensor integrado permitiendo la conexión inalámbrica entre su controlador y la consola) para niños y adolescentes; el uso de software, switches, etc también son apropiados para personas que pueden realizar movimientos amplios.

Las contraindicaciones para la utilización de herramientas tecnológicas están relacionadas con diferentes situaciones. En el caso de las personas con problemas en la motricidad gruesa el posicionamiento es fundamental para una óptima experiencia musical. Se recomienda evitar situaciones en la cual la persona con la que se va trabajar se encuentre acostada, ya que su postura es más difícil de corregir en el momento. Por otro lado, si la persona tiene movimientos inconsistentes el uso de switches y sensores puede resultar frustrante para el paciente y para el terapeuta.

Otro punto importante es poder establecer una posición física en la cual la persona tenga control voluntario para activar o desactivar un dispositivo. Si esto no es posible el riesgo es que se genere una producción sonora constante y sin sentido.

Por otra parte, en el caso de las personas con problemas en la motricidad fina se contraindica el uso de dispositivos táctiles de pantalla pequeña ya que demandan mucho control y puede resultar frustrante y limitar las posibilidades de éxito en el abordaje. (Magee, 2014)

A lo largo de este apartado se ha desarrollado la diversidad de recursos en materia de adaptaciones. A partir de la clasificación existente de las mismas, se ha ejemplificado su utilización, comenzando con las necesidades terapéuticas y/o expresivas de las personas usuarias de las mismas, así como también algunas contraindicaciones pensadas bajo los mismos criterios.

Método

Muestra

Se ha confeccionado un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, el cual quedó disponible, para ser completado y enviado, en la plataforma digital de google docs. La muestra final de esta investigación está compuesta por 20 cuestionarios de musicoterapeutas Nacionales con título universitario. El tamaño de la muestra se considera razonable, sin embargo es importante resaltar que los datos arrojados no pueden ser generalizables a todos los profesionales musicoterapéuticos de Argentina; simplemente permiten ejemplificar y realizar relaciones teóricas de acuerdo a los interrogantes planteados en el presente trabajo de investigación.

Instrumentos.

Se seleccionó el cuestionario como instrumento de medición o de recolección de datos, el mismo consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir (Hernández Sampieri, 2008). Conforme los objetivos de la investigación se utilizó un cuestionario auto-administrado especialmente diseñado, que consta de dos secciones: la primera indaga datos socio-demográficos; mientras que la segunda registra información acerca de las prácticas laborales. Los cuestionarios eran de carácter anónimo, con el objetivo de registrar y comparar información sobre los siguientes aspectos (Ampliar cuestionario en Apéndice):

1. Área de trabajo, institución en la que se desempeña.
2. Población o patología con la que se desempeña.
3. Tiempo de experiencia en dicha área.
4. Modalidad de trabajo: grupal, individual o ambas.

5. Dificultades observadas en relación a la comunicación entre el usuario de musicoterapia con el musicoterapeuta o grupo.
6. Objetivos planteados
7. Utilización de adaptaciones
8. Aspectos positivos y negativos del uso de adaptaciones en musicoterapia
9. Cambios observados durante los encuentros a partir de la utilización de adaptaciones.
10. Apreciaciones personales de cada profesional con respecto al tema.

Procedimiento

Se llevó a cabo la construcción y administración del cuestionario para ser tomado a los distintos musicoterapeutas. El enlace de Google Docs fue enviado a través del correo electrónico, foros de musicoterapia y diferentes redes sociales. Este instrumento estuvo formado por:

- Una presentación introductoria sobre la autora, el propósito general del estudio, el carácter anónimo del cuestionario, la importancia de la participación del encuestado para el trabajo, y un agradecimiento final. La convocatoria se realizó a través de redes sociales y lista de e-mails, a su vez el cuestionario quedo disponible en la plataforma de google docs para ser respondido.
- Una portada con el nombre del cuestionario.
- Una introducción donde se les solicitaba a los musicoterapeutas datos como área de trabajo y cantidad de años laborales.

- El cuestionario propiamente dicho que constaba de 12 preguntas, de las cuales seis eran de carácter cerrado y seis abiertas, teniendo en cuenta los objetivos del trabajo, y los resultados que se esperan obtener en cada una de ellas.
- Un agradecimiento final.

Análisis de Datos

Se describieron las frecuencias de presencia o ausencia de los siguientes ítems del cuestionario:

- Si trabaja actualmente o tuvo experiencia previa con personas que padecen PC.
- Si observa dificultades en la comunicación a la hora de hacer música.
- Si utiliza adaptaciones de algún tipo.

Además, se realizaron estadísticos descriptivos acerca de:

- El tipo de institución en la que se desempeña como musicoterapeuta: educativa, salud, ambas, otro.
- El tiempo de experiencia en el tratamiento de personas con PC.
- La modalidad de trabajo: grupal, individual, ambas.
- Las dificultades observadas en el área de la comunicación.
- Los objetivos planteados en relación a las dificultades comunicativas observadas, cómo estas dificultades son percibidas por los musicoterapeutas.
- Cuáles son las adaptaciones más utilizadas por los musicoterapeutas.
- Cuál es el posicionamiento frente al uso de adaptaciones en musicoterapia y cuáles son los aspectos positivos y negativos de su incorporación al setting.

- El punto de vista de los profesionales que se especializan en el campo estudiado, su interpretación de los sucesos observados a partir de la implementación de adaptaciones.

Debido a la existencia de preguntas de carácter abierto, se realizó un análisis cualitativo de los datos obtenidos sobre:

- Cuáles son los objetivos de comunicación planteados durante el tratamiento.
- Las razones por las cuales no utiliza las adaptaciones en su abordaje musicoterapéutico.
-

Resultados

Se realizó un relevamiento de los datos sociodemográficos para determinar la muestra final. El mismo consistió en consignar el tipo de institución en el cual se desempeñan, la modalidad de trabajo y el tiempo de experiencia en el tratamiento de personas con PC.

El tipo de instituciones en las que se desempeñan los musicoterapeutas encuestados se catalogaron como: educativas, salud, ambas y otros.

Posteriormente se pasó a una lectura analítica de las transcripciones de los ítems no cuantificables, realizando un análisis estadístico descriptivo. A continuación los resultados de cada uno de los ítems analizados.

Área de inserción laboral y experiencia con Parálisis Cerebral

La inserción en diferentes áreas laborales de los musicoterapeutas encuestados reveló que del total de los musicoterapeutas el 40% de ellos desarrollan su actividad en área de la salud, 20% en el área educativa, 30% en ambas áreas y un 10% lo hace en

otras áreas refiriendo desempeñarse en domicilio particular y centro educativo terapéutico (Ver Figura 4).

Por otro lado, el total de los encuestados tiene experiencia con la población descripta, siendo que el 10% de ellos tienen una experiencia menor a 1 año, el 35% entre 1 y 5 años, el 35% entre 5 y 10 años y finalmente el 20% cuenta con más de 10 años de experiencia en el tratamiento de personas con PC (Ver Figura 5).

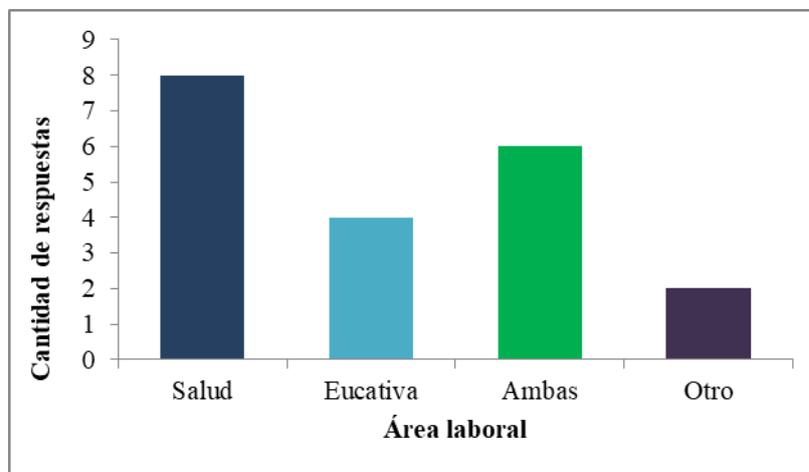


Figura 4. Áreas laborales reportadas por los musicoterapeutas.

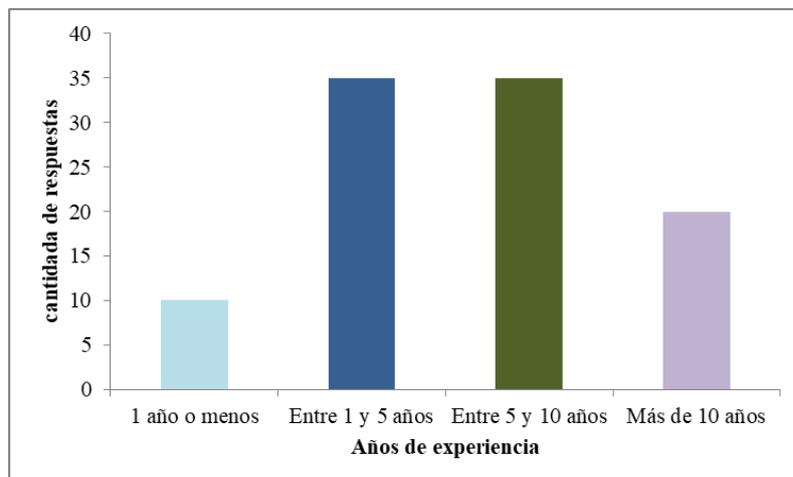


Figura 5. Años de experiencia contabilizados por los musicoterapeutas encuestados.

Modalidad de Trabajo

En cuanto a la modalidad de trabajo se dividió el abordaje musicoterapéutico en: individual, grupal y ambas. Se determinó que el 20% de los encuestados trabaja de manera individual, un 40% lo hace dentro de un dispositivo grupal y otro 40% se desempeña en ambas modalidades de trabajo (Ver Figura. 6).

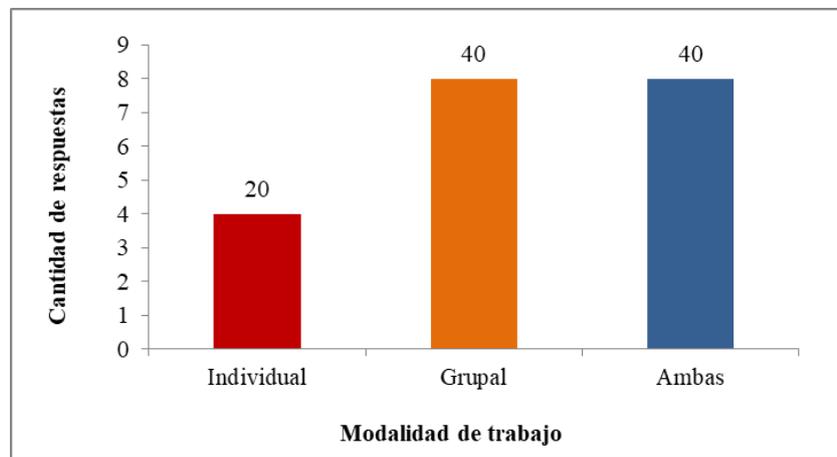


Figura 6. Modalidad de trabajo señalada por los musicoterapeutas.

Dificultades Observadas en el trabajo con pacientes con PC

Se indagó sobre de las dificultades en el área de comunicación que presentan las personas con PC dentro del abordaje musicoterapéutico. Los datos señalan que el 32% de los musicoterapeutas encuestados no observan dificultades en cuanto a la comunicación en general, mientras que el 68% refiere observar dificultades en esta área. Dentro de éste último grupo el 3% atribuye dichas dificultades a las deficiencias asociadas a la PC; el 7% refiere que el problema de comunicación se ubica del lado de

los adultos; el 21% hace referencias a dificultades en la expresión vocal; otro 21% a problemas de comprensión; un 14% observa dificultades en la escucha, atención, interés en la actividad e intencionalidad; el 14% denuncia falta de materiales y/o recursos y por último el 20% de los encuestados refiere que los problemas en la comunicación están relacionadas directamente con las dificultades motrices que presentan las personas con PC (Ver Figura 7).

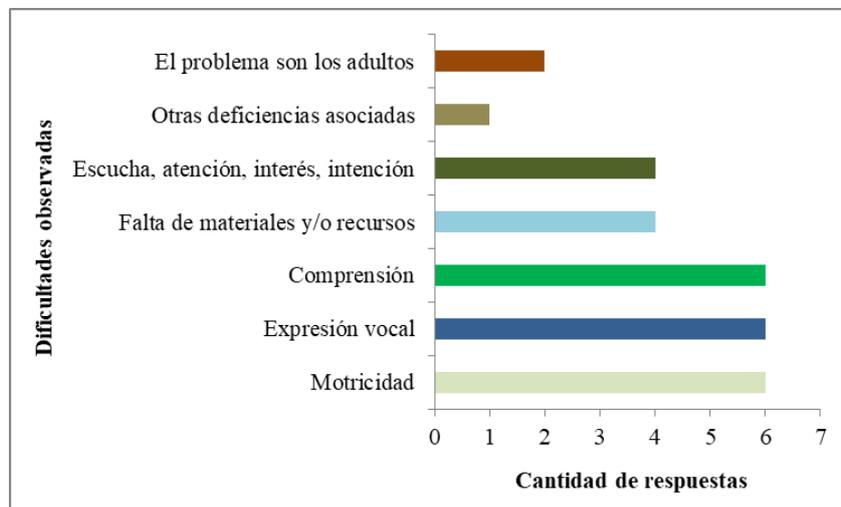


Figura 7. Dificultades comunicativas observadas durante el abordaje musicoterapéutico.

Objetivos

A partir de las dificultades descritas en el ítem anterior, se comenzó a indagar acerca de los objetivos terapéuticos planteados para sortear dichas dificultades.

Dentro del cuestionario se desglosó a partir de lo expresado por los musicoterapeutas encuestados, los siguientes resultados correspondientes a los objetivos más buscados. El 34% de los objetivos planteados están relacionados a la expresión de deseos, emociones, sentimientos e ideas; el 26% hacen referencia a la conexión a través de la imitación, el movimiento, el juego, etc; el 14% tienen que ver con el trabajo de la

atención y otras funciones cognitivas; el 11% de los objetivos están orientados al fortalecimiento de la autonomía; el 9% mejorar la escucha y la receptividad; el 3% a trabajar sobre la tolerancia a la frustración y el 3% busca mejorar la autoestima (ver Figura 8).

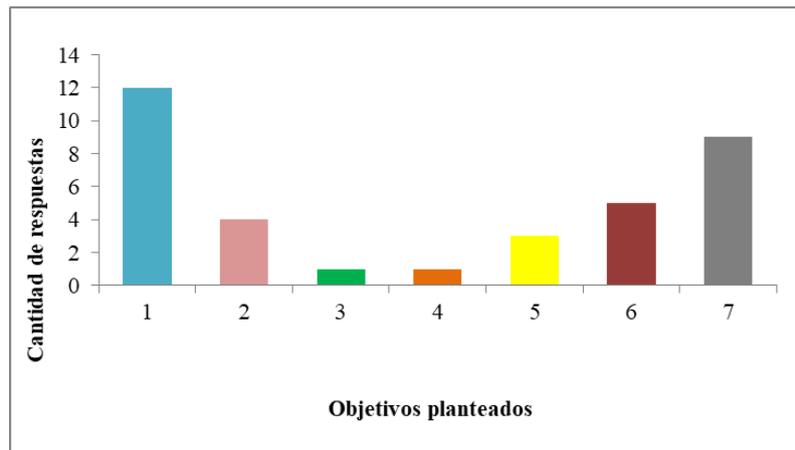


Figura 8. Objetivos terapéuticos planteados para mejorar la comunicación. 1) Expresión de deseos, emociones, sentimientos e ideas; 2) Autonomía; 3) Autoestima; 4) tolerancia a la frustración; 5) Escucha y receptividad; 6) Atención y otras funciones cognitivas; 7) Conexión a través de la imitación, movimiento, juego.

Dentro de este ítem se destacan los siguientes ejemplos de objetivos propuestos para mejorar la comunicación entre los participantes de la experiencia musical:

Ejemplo 1:

“En primer lugar mejorar la postura de la persona para que pueda respirar mejor y por ende comunicarse con mayor facilidad. Por otro lado, encontrar su potencial y utilizar una adaptación para que se pueda comunicar ya sea a través de la visión, el cuerpo (señalar pictogramas, apretar botones enchufados a la computadora) o el habla.” (MT18)

Ejemplo 2:

“Que haya escucha principalmente, que se puedan expresar musicalmente, que participen de la actividad musical, que se vinculen entre sí, entre otros objetivos” (MT 15)

Utilización de Adaptaciones

En relación a la necesidad de utilizar o no, alguna adaptación para alcanzar los objetivos planteados anteriormente se llegó a los siguientes resultados: el 85% de los encuestados refirió utilizar adaptaciones durante el abordaje musicoterapéutico mientras que el 15% indicó que no las utilizaban.

A su vez se reveló que del total de adaptaciones utilizadas que fueron mencionadas en los cuestionarios, el 39% corresponde a las adaptaciones clasificadas como instrumentales; el 27% a las adaptaciones musicales; el 17% a las adaptaciones corporales y el 17% de las adaptaciones utilizadas son del tipo tecnológicas (Ver Figura 9).

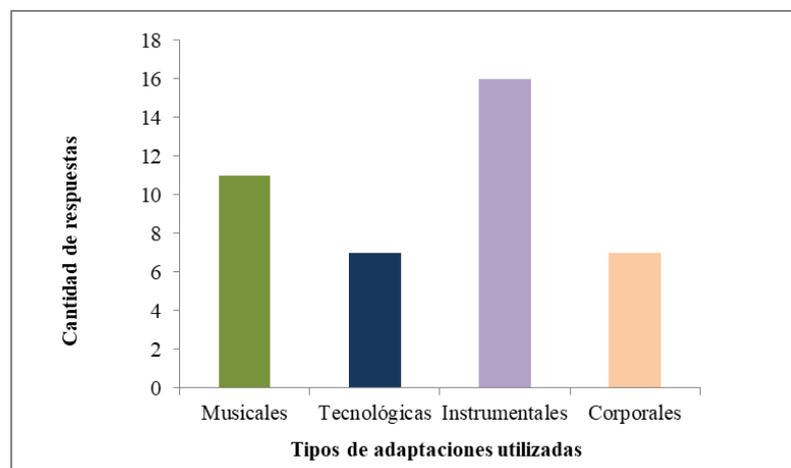


Figura 9. Tipos de adaptaciones más utilizadas según su categoría.

Del 15% de los musicoterapeutas encuestados que afirmaron no utilizar adaptaciones, el 33% indicó que no son necesarias en el tratamiento de sus pacientes; en cambio el 67% refirió no tener los recursos para su utilización.

Aspectos positivos y negativos del uso de adaptaciones

Los aspectos positivos encontrados en la utilización de adaptaciones cuentan con un 72% del total, mientras que los aspectos negativos suman un 28%. Entre los aspectos positivos encontrados un 29% favorece a la participación; otro 29% a la manipulación y exploración de los materiales; el 11% refiere a la facilitación de la expresión y producción musical; un 11% permite estimular la motricidad; el 7% favorece a la cognición; el 7% a la autoestima; el 3% a la autonomía y finalmente un 3% favorece a la calidad de vida del paciente (ver Figura 10).

Por otro lado entre los aspectos negativos mencionados figura con un 40% el peligro de acotar a esa modalidad todas las producciones sonoras o dependencia a las mismas; en segundo lugar con un 20% se encuentra la demanda de tiempo que le consume al profesional; por último se mencionan la frustración, la dificultad del traslado de materiales, el gasto económico y el interés excesivo en los objetos utilizados por parte de los pacientes con un 10% respectivamente (ver Figura 11).

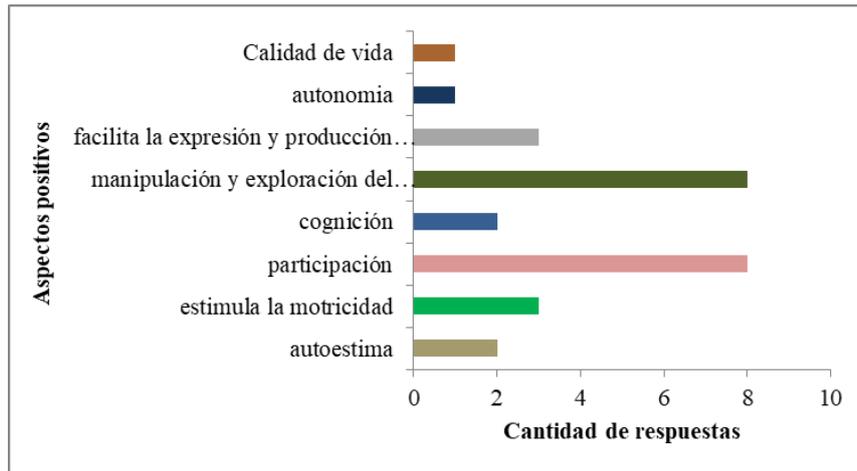


Figura 10. Aspectos positivos de la utilización de adaptaciones reportadas por los musicoterapeutas.

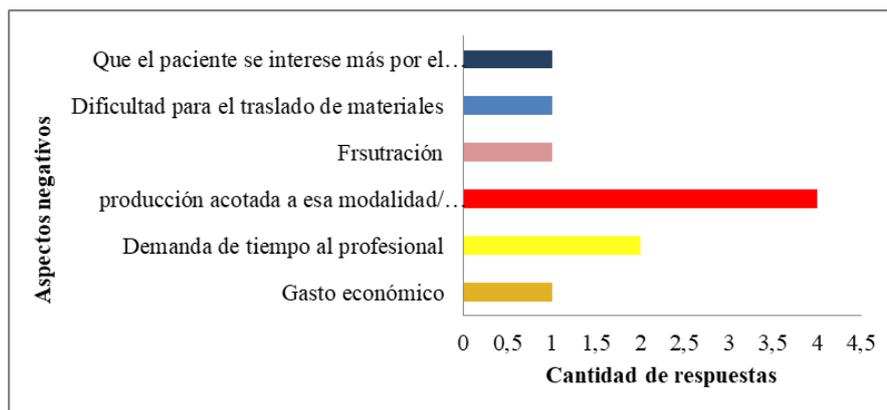


Figura 11. Aspectos negativos de la utilización de adaptaciones reportadas por los musicoterapeutas.

Cambios observados ante el uso de adaptaciones

Se determinó que de los cambios observados el 15% corresponde a los gestos intencionales; el 13% a un aumento en la escucha activa; el 12% a vocalizaciones intencionales; el 11% al feedback y un 10% a la expresión corporal. En menor porcentaje se encuentran el tiempo de atención y registro del terapeuta y/o grupo con un

9% y 7%, el tiempo de espera y timing ambos con un 8% y la creatividad y la imaginación con un 4% y 2% respectivamente (Ver Figura 12).

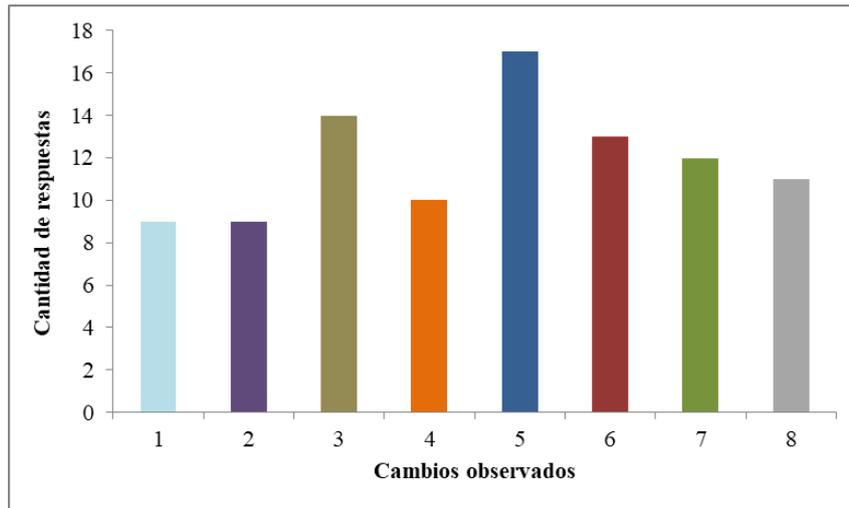


Figura 12. Cambios observados por los musicoterapeutas a partir del uso de adaptaciones. 1) timing; 2) tiempo de espera; 3) escucha activa; 4) tiempo de atención; 5) gestos intencionales; 6) Vocalizaciones intencionales; 7) feedback; 8) expresión corporal.

Discusión y Conclusión

En el desarrollo del presente trabajo, se ha abordado y analizado la información obtenida a partir del rastreo bibliográfico sobre el tema: El uso de adaptaciones en musicoterapia para personas con parálisis cerebral por un lado, y la información obtenida de los musicoterapeutas que trabajan en el área de la discapacidad, específicamente con personas que padecen Encefalopatía Crónica no Evolutiva (ECNE) por el otro. Para ello se han desplegado en primer lugar las conceptualizaciones de las nociones troncales referidas a discapacidad, ECNE, comunicación y adaptaciones tanto

a nivel general como su aplicación en musicoterapia. En otra instancia se recurrió a la recolección de datos a partir de cuestionarios que brindaron información sobre las práctica musicoterapéutica en relación al tema tratado.

A partir de la recolección de datos sociodemográficos se pudo determinar que la mayoría de los musicoterapeutas encuestados se desempeña en la modalidad grupal. Esta información permite pensar en relación al tipo de objetivos se trabajan dentro de un dispositivo grupal, siendo lo relacionado la comunicación ente los participantes, uno de los más importantes. En este caso, la conexión fue el segundo objetivo planteado con mayor frecuencia, y la expresión de emociones, sentimientos e ideas el más frecuente. Se podría considerar que tener la posibilidad y los recursos para expresarse, es un paso previo para luego pensar en la conexión con los demás. Un pasaje necesario de la autoexpresión a la interacción (Bruscia, 2007).

A su vez, la elección del trabajo grupal no se ha manifestado como una imposibilidad para la incorporación de adaptaciones. A pesar de implicar una mayor demanda al profesional en comparación al abordaje individual, la mayoría de los musicoterapeutas encuestados refirió utilizarlas por los beneficios que se obtenían de ella. Se cree que si bien, para algunos profesionales, el uso de las adaptaciones puede resultar engorroso o innecesario, en la práctica no se apreciaron estas dificultades.

Se han logrado identificar algunas de las dificultades en el área de la comunicación presentes durante el abordaje musicoterapéutico. Las más sobresalientes están referidas a problemas en la comprensión, expresión vocal y motricidad. Se conciben estas observaciones en concordancia con el desarrollo teórico del presente trabajo en el cual se ha establecido, por un lado, que los aspectos no verbales de la comunicación son tanto o más importantes que el lenguaje verbal propiamente dicho

(Caballo, 1993). Por otro lado las dificultades relacionadas a la comprensión y la motricidad están directamente relacionadas con características propias del trastorno neurológico y sus deficiencias asociadas, es decir, aspectos sensoriales, de la percepción, cognición, conducta, epilepsia y problemas musculoesqueléticos (Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein, & Martin, 2006). Sin embargo, se entiende que una vez eliminadas dichas barreras por medio de ayudas visuales (pictogramas, imágenes, objetos concretos, etc) y las adaptaciones descritas anteriormente, es posible acceder a una comunicación más fluida y eficaz. Existe una clasificación de las adaptaciones (Niedenthal, 2011) que permite visualizar la diversidad de las mismas enriqueciendo la concepción actual que se tiene de ellas. De esta forma, encontramos adaptaciones de tipo corporales, instrumentales, musicales y tecnológicas, En este punto, los musicoterapeutas encuestados reportan que las más utilizadas son las instrumentales, es decir, las modificaciones que se realizan a los instrumentos musicales para facilitar su ejecución. En segundo lugar se encuentran las musicales y luego las tecnológicas. Esta tendencia y diferencias entre la literatura encontrada y la práctica profesional puede pensarse como un signo del poco conocimiento o acceso a las adaptaciones tecnológicas que poseen los musicoterapeutas en relación a los grandes avances en materia de tecnología. Estos resultados también son congruentes con los aspectos positivos y negativos mencionados por los musicoterapeutas encuestados. Por un lado los musicoterapeutas afirman que el uso de adaptaciones favorece, desde la manipulación de los instrumentos hasta la participación y expresión de las personas con ECNE. Sin embargo, entre los aspectos negativos de su uso señalan el peligro de acotar las producciones sonoras y la demanda de tiempo al profesional. Se estima que la capacitación de los profesionales interesados y la unificación de criterios en cuanto al

uso y conceptualización de las adaptaciones beneficiaría el abordaje musicoterapéutico de personas trastornos neurológicos.

En relación a las dificultades comunicativas observadas en el punto anterior, se ha determinado que el objetivo orientado a mejorar la comunicación entre los participantes de la experiencia musical que aparece con mayor frecuencia, tiene que ver con la expresión de emociones, sentimientos e ideas y en segundo lugar con la conexión. Ambos objetivos resaltan la importancia para los participantes, de ocupar un rol activo durante la comunicación, tal como se planteó inicialmente en el marco teórico (Bruscia, 2007). Se estima que las conductas autoexpresivas en un comienzo pueden resultar alentadoras pero durante el proceso terapéutico, se espera que esas mismas conductas estén dirigidas hacia un otro y con un propósito particular.

Como se formuló en el presente trabajo, el objetivo general de esta investigación era determinar los aspectos de la comunicación mayormente favorecidos por la implementación de adaptaciones en el abordaje musicoterapéutico. En función de este objetivo se ha logrado identificar en primer lugar los elementos que deben estar presentes durante la comunicación: intencionalidad, significación compartida, atención conjunta, timing, toma de turnos, bidireccionalidad, iniciativa y un otro. Y en segundo lugar, se han consultado a los musicoterapeutas los cambios observados a partir de la implementación de adaptaciones. Si bien se esperaba que el aspecto de la comunicación mayormente favorecido fuera la retroalimentación, se concluyó que según los musicoterapeutas encuestados, el aumento de gestos intencionales fue el cambio más significativo producto de la utilización de adaptaciones. Se puede analizar este resultado en función de las necesidades comunicativas previas, para poder observar en la práctica conductas relacionadas a la retroalimentación. Es decir, el aumento de los gestos

intencionales aporta algunos indicios acerca de la intencionalidad incipiente en la comunicación. El registro del otro comienza a estar presente y se podría tomar como el punto de partida para alcanzar una conexión más profunda.

Finalmente se han encontrado áreas de interés para futuros estudios. Uno de ellos tiene que ver con la utilización de “*ayudas técnicas*” (terminología utilizada en terapia ocupacional) y las diferencias y semejanzas que se encuentran con las adaptaciones (instrumentales, corporales, musicales y tecnológicas).

En otro plano se plantea la necesidad de pensar en relación a la importancia de la “*experiencia estética*” en el abordaje de personas con discapacidad, sobre todo en personas con problemas motrices.

A partir de todo lo desarrollado, ha surgido por un lado la clara necesidad del trabajo interdisciplinario en beneficio de la divulgación de las adaptaciones y sus alcances como recurso en musicoterapia ya que las publicaciones referidas al tema resultan escasas. El aporte de otras disciplinas como Terapia Ocupacional y Fonoaudiología han sido calves para entender el tema y sumar herramientas como el sistema de comunicación aumentativo y alternativo y el uso de tecnología asistiva que forman parte de los recursos personales con los que cuentan las personas usuarias de musicoterapia. Se presume que el avance de la tecnología no excluye a la musicoterapia, y apropiarse de cualquier recurso que pueda favorecer la comunicación con las personas es válido tanto para los nuevos como para los musicoterapeutas más experimentados.

Referencias

- Augmentative Alternative Communication Institute. (2016). *what is AAC?* Recuperado el 1 de julio de 2016, de <http://aacinstitute.org/what-is-aac/>
- Alvin, J. (1965). *Música para el niño disminuido*. Buenos Aires: Ricordi S.A.

- American Speech-language-Hearing Association (ASHA). *Los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación*. Recuperado el 15 de julio de 2016, de <http://www.asha.org/public/speech/disorders/AAC.htm?LangType=1034>
- ARASAAC. (13 de enero de 2016). *Portal Aragónés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa*. Obtenido de <http://arasaac.org/descargas.php>
- Asociación En Defensa del Infante Neurológico (AEDIN). (s.f.). www.aedin.aulainstitucional.com.ar. Recuperado el 2014
- Badia Corbella, M. (2007). Tendencias actuales de investigación ante el nuevo concepto de parálisis cerebral. *Siglo Cero*, 25-38.
- Baxter, H. T., Berghofer, J. A., Mac Ewan, L., Nelson, J., Peters, K., & Roberts, P. (2007). *The individualized music therapy assessment profile*. Londres: Jessica Kingsley publishers.
- Bobath, K. (1982). *Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral*. Ed. Panamericana S.A.
- Bruscia, K. E. (2007). *Musicoterapia métodos y prácticas*. México D.F.: Editorial Pax México. Librería Carlos Cesarman S.A.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Clark, C., & Chadwick, D. (1979). *Clinically adapted instruments for the multiply handicapped*. Westford, Massachusetts: Modulation Company.
- Dirección General de Cultura y Educación. (2012). *Introducción a la comunicación aumentativa y alternativa*. DGCYE.
- Educación, S. d. (s.f.). *Introducción a la comunicación aumentativa y alterantiva*. Buenos Aires.
- Federico, G. (2007). *El niño con necesidades especiales*. Buenos Aires: Kier.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (1998). *The child with special needs. Encouraging intellectual and emotional growth*. Perseus Books.
- Guilar, M. E. (2009). Las ideas de Bruner: de la revolución cognitiva a la revolución cultural. *Ideas y personajes de la educación latinoamericana y universal*, 235-241.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez- Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc. Graw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Magee, W. L. (2014). *Music technology in therapeutic and health settings*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Morales, O. A (s/a). *Fundamentos de la investigación documental y la monografía*. Recuperado en Julio, 2013 disponible en <http://red.fau.ucv.ve>.
- Muñoz Navarro, C. (s.f). *Musicoterapia en el trastorno del espectro autista. del silencio al sonido pasando por el cuerpo*. FALTAN DATOS

- Niedenthal, R. (2011). *Adaptaciones en Musicoterapia*. Congreso Argentino de Musicoterapia ASAM 2011. Buenos Aires: Asociación Argentina de Musicoterapia.
- Orellana, S. (2005). *Aplicación de Recursos Digitales en Musicoterapia*. Tesina de grado de la Licenciatura en Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. ONU.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. OMS.
- Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa . (s.f.). ARASAAC. Recuperado el 15 de marzo de 2016, de <http://arasaac.org/aac.php>
- Ricketts, L. (1976). Music for handicapped children. *Journal of the royal college of general practitioners*, 585-587.
- Rocío, T. J., & Gertrudix Barrio, F. (2014). *El uso de la musicoterapia para la mejora de la comunicación de niños con Trastorno del Espectro Autista en Aulas Abiertas Especializadas*. Ciudad Real, España: Universidad de Castilla de la Mancha.
- Rodriguez de Gil, G. L. (2007). Las adaptaciones de instrumentos musicales como ayuda para la musicoterapia en parálisis cerebral. *Musica terapia y comunicación*, 26-35.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., & Martin, B. (2006). A report: the definition and clasification of cerebral palsy. *The definition and clasification of cerebral palsy*, (pág. 9).
- Ruiz Blanco, E., & Ramón, M. (s.f). *Comunicación aumentativa para personas con encefalopatía crónica no evolutiva*.
- Santucci de Mina, M. (2013). *Evolución psicososial del niño con parálisis cerebral*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Shifres, F. (s.f). *La música como experiencia intersubjetiva*. Universidad Nacional de La Plata.
- Thaut, M. (2000). Musicoterapia en rehabilitación neurológica. En W. B. Davis, K. E. Gfeller, & M. H. Thaut, *Introducción a la musicoterapia. Teoría y práctica*. (págs. 233-258). Barcelona, España: Editorial de música Boileau S.A.
- Thaut, M. H. (2000). Musicoterapia para niños con discapacidades físicas. En W. B. Davis, K. E. Gfeller, & M. H. Thaut, *Introducción a la musicoterapia. Teoría y práctica*. (págs. 154-168). Barcelona: Editorial de música Boileau S.A.
- Tresierra Cabrera, J. (2005). Musicoterapia y pediatría. *Revista peruana de la pediatría*, 54-55.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society. The development of higher psychological processes*. London, England: Cambridge: Harvard University.