

Experiencias clínicas con musicoterapia en pacientes inválidos

Por *M. Eugenia Doniez*
Marcela Flores
María Edith Muñoz
Prof. Dr. Livio Paolinelli M.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo fue llevar a cabo una experiencia previa de musicoterapia con pacientes inválidos ambulatorios, del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Sección Terapia Ocupacional, Hospital José Joaquín Aguirre, de la Universidad de Chile, con el propósito de obtener experiencia para elaborar un programa de este tipo de actividades para pacientes afectados por diversas invalideces.

Este trabajo se realizó en conjunto con la unidad de Patología de Lenguaje del Servicio de Neurología de este Hospital, y se contó, además, con la valiosa colaboración ad-honorem del profesor de baile, señor Sergio Valero.

FUNDAMENTOS DEL PROGRAMA

El trabajo en equipo con la unidad de Patología del Lenguaje se produjo al ingresar a nuestro Servicio un cierto número de pacientes que, además de los problemas motores, presentaban graves trastornos de comunicación, debido principalmente a perturbaciones del lenguaje oral y escrito. Esto nos llevó a explorar una nueva fórmula de tratamiento enfocado a tres objetivos principales:

1. Observar la posibilidad de obtener mejoría de las limitaciones motoras.
2. Estimular otros métodos de comunicación no verbales, debido a los impedimentos para hablar.
3. Motivar a los pacientes para obtener su colaboración en el proceso de rehabilitación, mejorando sus relaciones afectivas y sociales.

Basándonos en experiencias extranjeras y en observaciones acerca de los resultados que el ritmo y el baile tienen en las personas normales, es posible constatar que estas actividades incluyen movimientos normales y son una forma agradable de hacer ejercicio y obtener relajación. Los que tienen ha-

Rev. Musical Chilena, 1977, XXXI, N° 139-140, pp. 69-73.

bilidad para el baile, en cualquiera de sus formas, logran un gran crédito social, lo que les permite participar en diferentes organizaciones y acontecimientos. Empleamos el baile de salón, porque requiere menor consumo de energía que el baile folklórico y es esencialmente de carácter rítmico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trabajó con dieciocho pacientes, de los cuales doce eran varones y seis mujeres. Sus edades fluctuaban entre los dieciséis y sesenta y ocho años, presentando una o más de las siguientes patologías: hemiplejía, hemiparesia, afasia y un caso de sordera total.

CUADRO 1

Nº	Sexo	Edad	Diagnóstico
1	Masculino	25	Hemiplejía derecha - afasia
2	Masculino	28	Hemiplejía derecha - afasia
3	Masculino	38	Hemiplejía derecha - afasia
4	Masculino	48	Hemiparesia derecha - afasia
5	Masculino	58	Hemiparesia derecha - afasia
6	Masculino	65	Hemiparesia derecha - afasia
7	Masculino	68	Hemiparesia derecha - afasia
8	Masculino	48	Hemiplejía izquierda
9	Masculino	50	Afasia
10	Masculino	52	Afasia
11	Masculino	57	Afasia
12	Masculino	60	Afasia
13	Femenino	18	Hemiplejía derecha - afasia
14	Femenino	25	Hemiplejía derecha - afasia
15	Femenino	61	Hemiparesia izquierda
16	Femenino	47	Afasia
17	Femenino	51	Afasia
18	Femenino	30	Sordera

La condición socioeconómica de los pacientes era regular y su nivel cultural correspondía en general a enseñanza básica, salvo algunas excepciones. Las actividades previas que habían desarrollado eran las siguientes: albañiles, comerciantes, choferes, dueñas de casa, estudiantes y un detective de Investigaciones. La mayoría poseía conocimientos rudimentarios de música y baile, aunque practicaban este último sin una técnica adecuada.

El programa se llevó a cabo entre los meses de marzo y diciembre de 1975, con dos sesiones semanales de dos horas de duración, con intervalos de descanso. Una fue de instrucción y la otra de esfuerzo, con un total de sesenta y cinco sesiones.

Los materiales empleados fueron elementos rítmicos sencillos fabricados por los propios pacientes, un tocadiscos y discos.

DESARROLLO DE LAS SESIONES

Se evaluó individualmente a los pacientes, observándose las siguientes perturbaciones:

1. *Compromiso motor*: que podía ser de una o más extremidades, correspondiendo en su gran mayoría a un hemicuerpo; además se observó alteraciones en el equilibrio y la coordinación.

2. *Compromiso del lenguaje*: oral, escrito, o ambos. Cabe hacer notar que algunos pacientes, pese a no poder hablar, podían comprender instrucciones y otros que presentaban dificultad en la comprensión, se les facilitaba ésta a través de gestos o de mímica.

3. *Perturbaciones en el plano afectivo y social*: la mayoría presentaba uno o más de los siguientes compromisos: angustia y depresión frente a la incertidumbre del futuro, principalmente por problemas laborales o económicos; agresividad por el hecho de no poder expresar sus sentimientos; inhibición y falta de seguridad en sí mismos; sensación de soledad por el aislamiento en el medio familiar; dependencia de los servicios hospitalarios debido al tiempo necesariamente prolongado de tratamiento.

TÉCNICA

En danza, la técnica consistió en una adaptación de la utilizada en las clases de baile a personas sanas, y se dividió en tres etapas.

Primera etapa: En esta etapa se procuró obtener la cohesión del grupo, integrándose tanto las terapeutas ocupacionales tratantes como los alumnos con participación activa y no meramente como observadores. Al mismo tiempo se procuró establecer una buena comunicación entre los pacientes y los instructores. A través de actividades rítmicas se comprobaba si los pacientes tenían la posibilidad de seguir un ritmo, percutiéndolo en los instrumentos antes mencionados y si lograban captar la melodía de un trozo musical grabado. En esta etapa se pudo establecer cuándo los problemas que los afectaban correspondían a daño psíquico o a lesiones físicas.

Segunda etapa: Se procuró agrupar a los pacientes de acuerdo con sus posibilidades, en grupos más pequeños y conforme a compromisos similares, con el objeto de exigir un rendimiento de acuerdo con sus posibilidades y evitar sentimientos de frustración.

Merece destacarse que hubo pacientes que requirieron de instrucción previa y de manejo individual antes de ser incluidos en algún grupo. Se observó, además, que algunos pacientes presentaron problemas en la comprensión de las instrucciones, pero no presentaron problemas para captar ritmos diferentes.

Tercera etapa: Se hizo escuchar a los pacientes ritmos de: fox-trot, vals y tango, y se les pidió seleccionar aquel que más les agradaba. La mayoría se inclinó por el vals y en segundo lugar por el tango. El fox-trot les dejó indiferentes.

El vals, que generalmente se baila como péndulo, con movimientos laterales, fue fácilmente captado por los pacientes. En una etapa posterior se iniciaron movimientos de tango, pero al llegar al paso cruzado se comprobó que la mayoría presentaba serias dificultades y era necesario asistirlos continuamente para que pudieran hacerlo. Luego se continuó con música de rock and roll para que los pacientes los siguieran con instrumentos y marcando simultáneamente el compás en el suelo con los pies, antes de comenzar el baile propiamente tal. En el caso de pacientes con hemiplejía espástica, se trató de obtener aunque fuera un esbozo de movimiento con el brazo afectado. Cabe señalar que en el caso de una paciente con sordera total, se le hizo colocar la mano en el parlante del tocadiscos y luego un paciente que podía oír la guió en el baile.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Como ésta fue una experiencia exploratoria previa en este tipo de actividad, no se diseñó una tabulación precisa de los signos en estudio y su evolución, lo que se hará en una segunda etapa. Nuestras actuales conclusiones se basan en la observación de la conducta y evolución de los pacientes y en el relato de los mismos acerca de sus sensaciones subjetivas.

1) *Progresos en cuanto al compromiso motor:* Se observó que en un 90% de los casos hubo modificaciones positivas en el aspecto motor. El progreso en el equilibrio se verificó posteriormente en la marcha habitual. El baile obligó a algunos pacientes a dejar el bastón al bailar en pareja y posteriormente continuaron deambulando sin él. Posiblemente esta actividad contribuyó, en parte, a que los pacientes de un modo consciente o inconsciente perdieran el temor a caerse.

Con el ritmo se observó la aparición de respuestas motoras espontáneas en algunos casos de hemiparesia, y además mejoró la coordinación, lo que fue evaluado posteriormente al trabajar con ellos en forma individual, realizando actividades manuales que requieren de una cierta destreza, tales

como: carpintería, bordado, telares. Se observó la integración de los segmentos comprometidos al esquema corporal, especialmente en el caso de un paciente que por debilidad del brazo afectado no lograba colocarse la manga de la chaqueta.

2) *Progresos en la comunicación:* Se logró mejorar el uso de elementos gestuales y de mímica, como también el empleo del lenguaje remanente, ya que se exigió a los pacientes utilizar fórmulas sociales de uso común al realizar la actividad, obligándolos a dirigirse a su pareja, empleando frases sencillas como: "¿Quiere bailar conmigo?". "Con mucho gusto". Posteriormente se observó que las parejas espontáneamente comenzaron a comunicarse entre sí.

3) *Progresos en lo afectivo y social:* Para evaluar estos progresos se realizaron sesiones posteriores individuales y de grupo, donde cada paciente tuvo la oportunidad de exponer sus puntos de vista.

En todos los casos hubo una o más respuestas positivas.

Se podrían enumerar en orden de importancia las siguientes:

1. Un aumento en el grado de sociabilidad, que repercutió en las actividades extrahospitalarias del paciente y en sus relaciones familiares.
2. Disminución de la angustia y de la depresión.
3. Canalización y descarga de la agresividad.
4. Desinhibición y aumento de la confianza en sí mismo.
5. Motivación hacia nuevas actividades individuales y de grupo, lo que los llevó a programar fiestas y paseos y colaboró posteriormente a fomentar relaciones amistosas entre ellos, incluso romances.

Cabe señalar que la amistad iniciada en esa época se mantiene en muchos casos hasta el presente, lo que los ha llevado a ayudarse unos a otros, disminuyendo su dependencia de los servicios hospitalarios. En algunos pacientes se obtuvo posteriormente la reincorporación a su actividad laboral previa. La dificultad principal que se presentó fue la ocasional inasistencia de uno o varios pacientes, motivada generalmente por problemas de traslado, debido a su precaria situación económica.

En conclusión, podemos decir que ésta ha sido una interesante experiencia que plantea un nuevo aporte terapéutico con optimistas posibilidades para este tipo de pacientes, y que nos permitirá elaborar un plan estructurado y con un adecuado sistema de evaluación para este tipo de actividad.