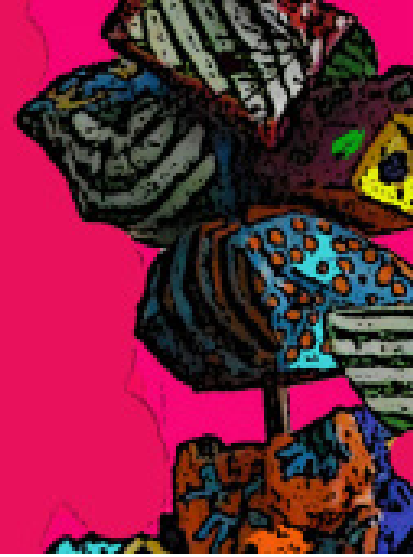




“Musicoterapia para personas con Trastorno Desintegrativo Infantil”

Autores: Antonio López Delgado y

antonius3505@hotmail.com

Purificación Piñero Lozano

puritaplz@gmail.com

Resumen:

La presente comunicación pretende servir de ejemplo de las posibilidades que tiene la musicoterapia para mejorar la calidad de vida y desarrollar las capacidades de personas con Trastorno Desintegrativo Infantil.

Para ello, se muestra un caso práctico de una alumna de 17 años perteneciente a un centro educativo concertado de la Región de Murcia, mostrando el desarrollo que ha seguido esta persona a lo largo de 15 sesiones de musicoterapia, y el grado de consecución de algunos de los objetivos propuestos, como pueden ser fomentar la comunicación verbal y no verbal, desarrollar la iniciativa propia, los períodos de atención sostenida o favorecer la expresión emocional.

Palabras claves:

Musicoterapia, Región de Murcia, Trastorno Desintegrativo Infantil, TDI, desarrollo de capacidades, Acnee

Fundamentación

Lo sonoro-musical, como medio de comunicación humana, está presente desde el nacimiento: el ritmo, la melodía de nuestras voces la entonación de nuestras palabras el silencio, la intensidad.... Son parámetros que utilizamos al comunicarnos con el otro, y hacemos uso de ellos con intención comunicativa desde el nacimiento. Los recién nacidos son muy frágiles, y en constante cambio. Todo está por hacer en su cuerpo y cerebro; todo debe presentarse coherentemente para un buen desarrollo

Nordoff y Robbins ya hablaban de la capacidad musical innata de todas las personas, cuando mencionan el concepto de “niño musical”, y es que, estos autores junto a muchos otros, aseguran, que el niño nace con una predisposición biológica especial a la música desde que están en el vientre materno, aunque, en el caso de personas con TGD, se forman una serie de “barreras” sociales y psicológicas que le impiden expresarse y comunicarse, por lo que uno de los principales objetivos de la musicoterapia es buscar al “niño musical” que todos tenemos dentro y empezar a eliminar esas barreras, consiguiendo favorecer la comunicación y el lenguaje verbal y no verbal, fomentar la sociabilidad, mejorar la autoestima, mejorar la coordinación...

Por eso es tan importante la labor que puede realizar la musicoterapia en este ámbito, para poder conseguir un mejor desarrollo biológico, psicológico y social.

A continuación, explicaremos muy brevemente que es la musicoterapia, Trastorno Desintegrativo Infantil, y mostraremos ejemplos del trabajo desarrollado por dos autores con niños con personas con TDI a través de la Musicoterapia. Seguidamente expondremos el trabajo de campo realizado en el centro, para finalizar con la evaluación del proceso musicoterapéutico y las conclusiones extraídas de la investigación.

Marco teórico: Musicoterapia

Podríamos definir la musicoterapia de diversas maneras. A lo largo del tiempo la música ha tenido diversos usos, y utilizándose como terapia ha tenido diversas definiciones también. En el libro “Musicoterapia métodos y prácticas” (Bruscia, K.E, 2007) podemos encontrar más de 60 definiciones de diferentes autores. Aún así, señalamos la definición que propuso la WFMT (World Federation of Music Therapy), en el año 1996, ya que nos parece de las más claras y concisas;

“La musicoterapia es la utilización de la música y sus elementos musicales (ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta cualificado con un paciente o grupo, en un proceso creado por facilitar, promover la comuni-

cación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, por así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas” (Ruud, 1998)

Aunque aparentemente dicha definición clarifica el término, nos ha parecido relevante diferenciarla de otros ámbitos: La musicoterapia, al contrario que la educación musical, no tiene un fin educativo (sino terapéutico). Tampoco es similar a animación sociocultural, ya que el musicoterapeuta, tras unas sesiones de evaluación inicial y durante el desarrollo de las sesiones, tiene unos objetivos concretos fijados a corto, medio o largo plazo, dependiendo de cada persona, y tratándolas de forma personalizada, adaptada a sus necesidades y potencialidades. Para desarrollarlos, se necesita una formación mínima, y unos conocimientos psicológicos y musicales mínimos.

Marco teórico: Trastorno Desintegrativo Infantil

Descripción

El Trastorno Desintegrativo Infantil es un trastorno del desarrollo en el que hay un deterioro social, intelectual y de la función verbal en el transcurso de varios meses (normalmente durante 6-9 meses), a la edad de 3-4 años, con un desarrollo previo normal, instaurándose un cuadro clínico similar al observado en el trastorno autista. Difiere del trastorno autista en el momento de inicio (a partir de los 3-4 años en el caso del TDI), el curso clínico y la prevalencia. También debemos diferenciar el TDI del Trastorno de Rett, donde el deterioro ocurre mucho más precozmente y se dan las típicas estereotipias de las manos (al contrario que en el TDI). (Anton, 2006)

La causa de este trastorno es desconocida, pero se ha asociado a alteraciones neurológicas como encefalitis, epilepsia, esclerosis tuberosa y varios trastornos metabólicos. El comienzo de la sintomatología puede ser brusco en algunas ocasiones, donde el usuario puede manifestar hiperactividad o ansiedad ante la pérdida de funciones. Se pierden conductas de comunicación, habilidades de auto-cuidado, control de esfínteres y aparecen movimientos estereotipados y crisis epilépticas.

El pronóstico de estos usuarios es variable, pero, aunque en algunos casos se ha descrito una recuperación de las habilidades perdidas, suele tener un mal pronóstico. No existe un tratamiento curativo, pero se recomienda seguir las mismas técnicas terapéuticas que en el caso de personas con autismo. (Centre Londres, 94, 2010)

Trabajos e investigaciones anteriores con musicoterapia:

Los trabajos sobre la aplicación con musicoterapia en este trastorno en exclusiva

escasean, pero sí se han realizado estudios sobre el trastorno de espectro autista donde se incluyen casos con TDI. Aún así, la mayoría de estudios son realizados durante un corto periodo de tiempo, por lo que no se puede hablar de grandes cambios en este tipo de pacientes demostrados a nivel científico.

Por poner un ejemplo, en un estudio que realizaron Tony Wigram y C. Gold sobre el trastorno de espectro autista, se incluyeron casos de personas con Trastorno Desintegrativo Infantil y se llegaron a conclusiones parecidas:

“la musicoterapia puede tener efectos positivos sobre las habilidades comunicativas de los niños con trastorno de espectro autista. De hecho, la musicoterapia mostró ser superior a formas similares de terapia donde no se utilizó música, lo que puede indicar una especificidad del efecto de la música dentro de la musicoterapia. Debido a que sólo se evaluaron los efectos a corto plazo, aún se desconoce la duración de los efectos de la musicoterapia sobre las habilidades comunicativas verbales y no verbales”. (Wigram T, 2007)¹

Thayer Gaston, en su libro “Tratado de Musicoterapia”, tras mostrar un estudio realizado con 30 niños autistas, reveló que *“la capacidad y el interés musical son casi universales en los niños autistas”*. (Gaston, 1968:200). También propone tres posibles explicaciones de por qué ocurre esto:

“Parece que estos niños tienen una agudeza excepcional para el sonido; este interés puede ser un factor secundario basado en la preferencia del niño autista por los objetos más que por las personas (...); la música puede ser un factor de funcionamiento esencial para evitar el desarrollo de dicha comunicación”. (Gaston, 1968:202)

También es de destacar, la labor realizada por Benenzon durante años para la creación de su propio modelo (que en un principio había sido creado para personas con trastorno autista) y que habla de la musicoterapia como *“la primera técnica de acercamiento al niño autista, que permite la apertura de canales de comunicación”* (Benenzon, 2011:179). Para ello, propone que el objetivo de la musicoterapia para conseguir abrir canales de comunicación en este tipo de pacientes sea:

“trabajar con una especie de feto que se defiende contra los miedos de un mundo externo desconocido y, por otro lado, contra las sensaciones de las deficiencias de su mundo interno. Por eso considero que para trabajar con estos niños hay que crear situaciones ambientales y estímulos que produzcan la reminiscencia del período gestacional”. (Benenzon, 2011:184)

¹ La conclusión ha sido extraída de un artículo perteneciente al siguiente enlace: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/musicoterapia_para_el_trastorno_de_espectro_autista.pdf

Trabajo de campo

Para la realización de esta investigación se ha trabajado con una joven de 15 años, que llamaremos N, y que permanece escolarizada en un centro de educación especial de la Región de Murcia. Por motivos de protección de datos, no aparecerá su nombre ni el centro al que pertenece.

N, tiene un diagnóstico clínico de Trastorno Desintegrativo Infantil desde los 3 años y medio. Además, tiene asociados retraso mental y epilepsias. Cumple con los criterios diagnósticos del DSM-IV (desarrollo normal hasta al menos los 2 primeros años de vida, pérdida significativa de habilidades previamente adquiridas en las áreas de la comunicación, adaptación, control intestinal, habilidades motoras, interacción social...).

Se han realizado un total de 15 sesiones de musicoterapia, siendo las dos primeras de observación, durante tres meses. Se realizaron dos sesiones de 45 minutos por semana. Tras la entrevista con los padres, tutora y las sesiones de observación, se planteó la siguiente estructura para cada sesión, aunque la estructura podía variar adaptándose a las necesidades y motivaciones que presentara N:

Música de entrada / 1. Canción bienvenida / 2. Expresión instrumental
3. Expresión vocal / 4. Audición musical (en directo)+ Movimiento
5. Canción de despedida + Recoger instrumentos / Música de salida

Además, se plantearon una serie de objetivos² que explicaré a continuación, así como los parámetros que han sido evaluados al finalizar cada sesión, en una escala del 1 al 5 para evaluar el grado de consecución de (1: Nada/nunca, 2: Rara vez, 3. Algunas veces, 4. Bastantes veces, 5. Siempre, N.E. No evaluable en esta sesión)³.

Uno de los objetivos propuestos fue **“aprender a vincularse de una manera apropiada con el entorno”**, en donde se observó el parámetro “se relaciona con: los instrumentos, el espacio y el musicoterapeuta”.

Otro de los objetivos fue **“favorecer la expresión emocional”**. Los parámetros observados son: “muestra su gusto o disgusto con las audiciones propuestas”, “expresa sus emociones a través de los instrumentos: con expresión facial, muestras de cariño y contacto físico”.

El 3º objetivo propuesto fue el de **“fomentar la comunicación verbal y no verbal”**, y los parámetros que se observaron durante las sesiones fueron: “realiza sonidos mmeados”, “realiza sonidos vocálicos”, “se expresa (no) verbalmente con intención comunicativa y expresiva”, “es capaz de expresar sus preferencias a través de imágenes”.

² No se mostrarán la totalidad de objetivos y su desarrollo por economía de espacio.

³ Como algunos parámetros son muy subjetivos, se ideó una tabla para colocar el número según el tiempo o las veces que realizaba cada parámetro.

Otro de los objetivos propuestos fue el de **“desarrollar la iniciativa propia y la capacidad de elección”**, observando los parámetros de “interactúa con los instrumentos”, “se levanta para coger objetos” y “muestra interés por algún instrumento”.

Otro de los objetivos propuestos fue el de **“aumentar los periodos de atención sostenida”**, evaluando dicho objetivo con los parámetros “dirige la mirada hacia las fuentes de sonido”, “mantiene la mirada al musicoterapeuta” y “escucha atenta la música grabada”.

Resultados y discusión

Aprender a vincularse de una manera apropiada con el entorno:

En general, y como se puede apreciar en el gráfico del anexo 1, se ha conseguido que N se vincule de una forma más apropiada con el entorno, aunque de forma irregular a lo largo de las sesiones. Aún así, primero ha tenido que ver ese entorno como invariable y seguro. Los cambios de mobiliario de la sala de musicoterapia producidos en la sesión 10ª, han hecho disminuir el nivel vincular con el entorno, ya que vuelve a necesitar un periodo de adaptación para coger seguridad. Debido al corto desarrollo del proceso, N no pudo adaptarse del todo al “nuevo espacio”.

Favorecer la expresión emocional

Se puede decir que se ha conseguido favorecer la expresión emocional de N, en gran medida, pero únicamente cuando se ha logrado el vínculo terapéutico y el vínculo con el espacio. Cuando hay cambio de espacio, la expresión emocional disminuye. Necesita un entorno seguro para poder expresarse emocionalmente.

Fomentar la comunicación verbal y no verbal:

Se observan como la cantidad y frecuencia de la emisión sonidos mumeados y vocálicos que realiza N durante las sesiones va en aumento, aunque de forma irregular y dependiendo de su estado anímico y del terapeuta. Podemos ver también cómo el espacio también juega un papel importante para fomentar la comunicación verbal y no verbal, aunque no es un factor tan significativo como para otros objetivos, ya que, según cree el terapeuta, la comunicación la suele hacer con el terapeuta, y, a pesar del cambio del espacio, el terapeuta y el vínculo con él no cambia en el transcurso de las sesiones.

Desarrollar la iniciativa propia y la capacidad de elección:

En general, la musicoterapia ha ayudado a desarrollar la iniciativa propia y la capacidad de elección de N, pero tanto una cosa como la otra están altamente in-

fluenciados (en su caso) por el vínculo con el espacio y con el terapeuta.

Aumentar los períodos de atención sostenida

Se ha conseguido aumentar los períodos de atención sostenida con N (en especial la mirada al terapeuta que en un principio era nula), pero se ha visto influenciado por los cambios en el espacio, por lo que el vínculo con el espacio juega un papel muy importante para la consecución de este objetivo.

En general, podemos decir que la musicoterapia ha beneficiado en gran medida el desarrollo de N. Ha logrado encontrar alternativas de comunicación (mediante el no verbal), ha logrado vincularse con el entorno de forma apropiada, desarrollando además la iniciativa propia y la capacidad de elección a la hora de seleccionar un instrumento. Además, ha logrado utilizar la mirada para identificar aquellos objetos que quiere conseguir, o que tiene curiosidad o simplemente para comunicarse con el terapeuta. En general, los resultados obtenidos han sido muy beneficiosos, pero es cierto que podrían haber sido mucho más beneficiosos si las sesiones de musicoterapia se hubieran prolongado un mayor tiempo. También podrían haber sido más beneficiosos los resultados si no hubiera habido ningún cambio en el mobiliario en la 10ª sesión (dicho cambio de mobiliario, fue impuesto por el centro educativo).

Conclusiones:

La musicoterapia ha mostrado unos resultados muy positivos para abrir canales de comunicación, generar vínculos y desarrollar la capacidad de elección (en cualquier centro se obliga a las personas a comer determinada comida, usar determinados materiales... pero en musicoterapia son capaces de seleccionar aquellos instrumentos y/o objetos intermediarios para cada momento). Si bien es cierto, que para que los resultados puedan ser aún mejores, es recomendable que al trabajar con este tipo de población, se varíen los elementos de la sesión lo menos posible (objetos tanto instrumentales como del mobiliario, terapeutas, etc).

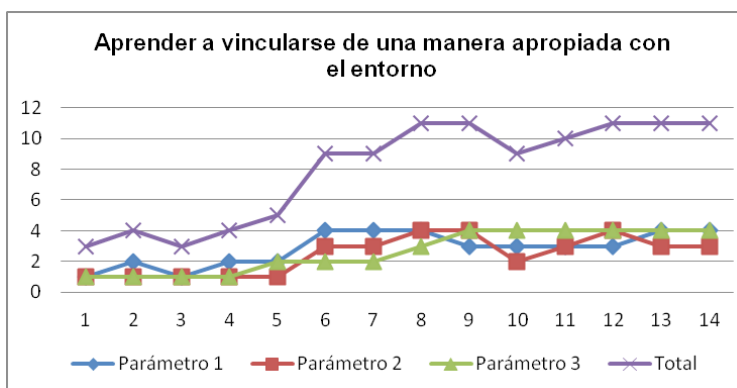
Actualmente se está luchando, en diversos puntos de la geografía española por incluir, tanto en centros ordinarios como especiales, actividades extraescolares como musicoterapia, ya que se ha demostrado su efectividad para mejorar o mantener la calidad de vida de cualquier persona que lo necesite en numerosas ocasiones. Especialmente es recomendable para niños etiquetados como “Educación Especial”. Aún así, en los tiempos que vivimos, es difícil (pero posible y recomendable realizarlo tanto como actividad extraescolar o como terapia fuera del centro) la supervivencia de este tipo de terapias que conllevan un duro trabajo para los

terapeutas (en su sistematización, preparación y desarrollo), y quienes además son conscientes del momento difícil por el que estamos pasando todas las personas en estos últimos años. Si se permitiera y pudiera investigar más sobre el uso de la musicoterapia y otras terapias creativas sobre diferentes poblaciones de personas, se podría contrastar empíricamente los grandes beneficios que puede traer a la sociedad en general, y a unas poblaciones más en concreto, como puede ser a las personas con TGD.

Bibliografía

- Anton. (12 de 01 de 2006). Web.udl.es. Recuperado el 27 de junio de 2011: <http://web.udl.es/usuaris/e7806312/grup/aaluja-archi/psico/trastorno%20desintegrativo.pdf>
- Benenzon, R. O. (2011). Musicoterapia de la teoría a la práctica, nueva edición ampliada. Buenos Aires: Paidós.
- Betés de Toro, M. (2000). Fundamentos de musicoterapia. Madrid: Morata.
- Bruscia, K. E. (2007). Musicoterapia métodos y prácticas. México: Pax México.
- Centre Londres, 94. (09 de 04 de 2010). mailxmail.com. Recuperado el 27 de junio de 2011: <http://www.mailxmail.com/curso-trastornos-generalizados-desarrollo-neuropsiquiatria/trastorno-desintegrativo-infantil-diagnostico-prevalencia-etilogia-tratamiento>
- Gaston, E. T. (1968). Tratado de Musicoterapia. Buenos Aires: Paidós.
- Ruud, E. (1998). Music Therapy: improvisation, Communication and culture, Barcelona Publishers, Gilsum, NH.
- Wigram T, G. C. (2007). Musicoterapia para el trastorno de espectro autista. La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4 .

ANEXO 1: Gráficas

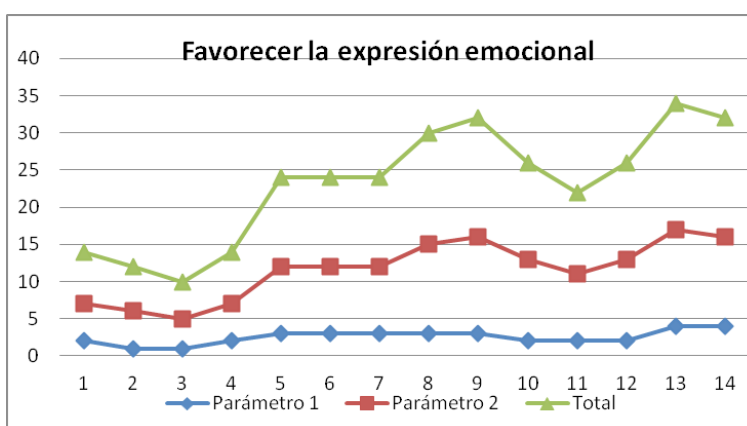


Se relaciona con:

Parámetro 1: los instrumentos

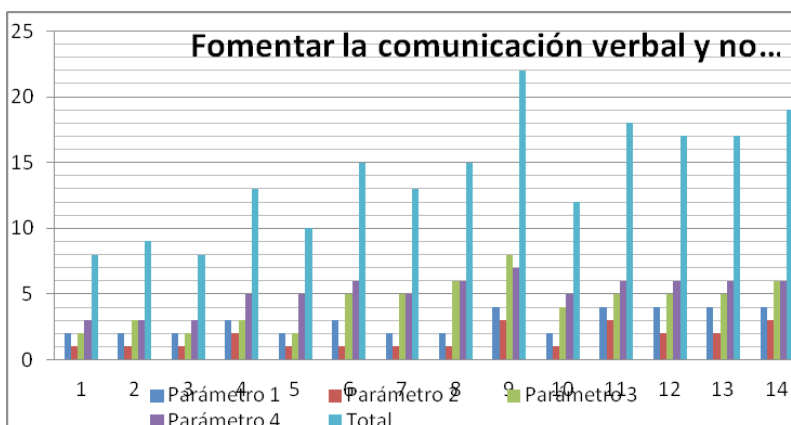
Parámetro 2: el espacio

Parámetro 3: el musicoterapeuta.



Parámetro 1: Muestra su gusto o disgusto con las audiciones propuestas

Parámetro 2: Expresa sus emociones y sentimientos a través de instrumentos, con expresión facial, con muestras de cariño al Mt y con contacto físico

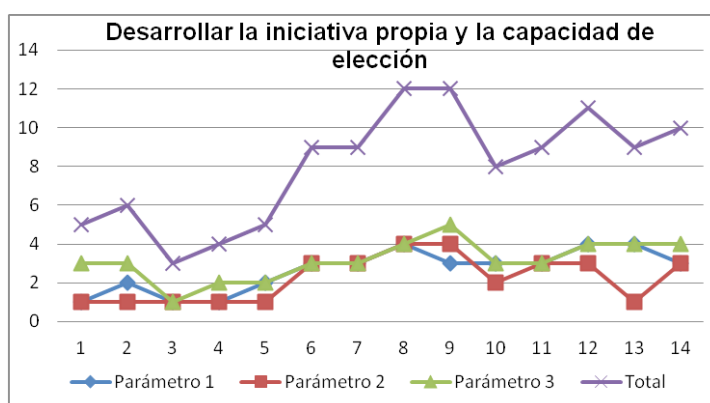


Parámetro 1: Realiza sonidos muneados

Parámetro 2: Realiza sonidos vocálicos

Parámetro 3: Se expresa verbalmente/no verbalmente con intención comunicativa

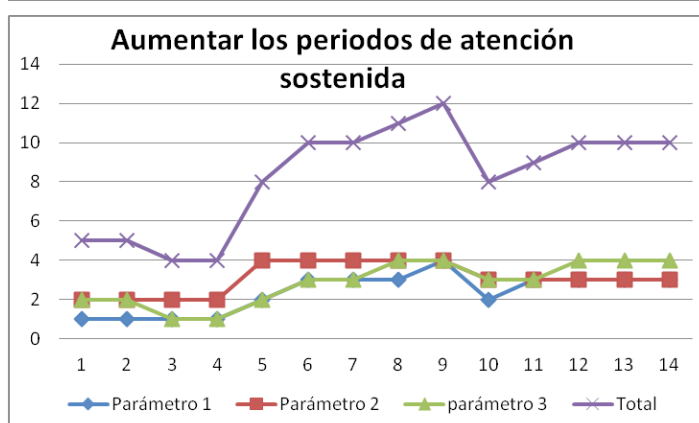
Parámetro 4: Se expresa verbalmente/no verbalmente con intención expresiva.



Parámetro 1: Interactúa con los instrumentos

Parámetro 2: Se levanta para coger objetos

Parámetro 3: Muestra interés por algún instrumento



Parámetro 1: Mantiene la mirada al musicoterapeuta.

Parámetro 2: Dirige la mirada hacia las fuentes de sonido.

Parámetro 3: Escucha atenta la música grabada.