



Musicoterapia aplicada a los trastornos generalizados del desarrollo

Music therapy applied to pervasive development disorder

BEATRIZ MARTÍN-LUENGO GUZMÁN

LICENCIADA EN PSICOPEDAGOGÍA. PROFESORA DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA EN EL PROYECTO MUSICOTERAPIA EN PACIENTES CON
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.

Resumen

En primer lugar, la autora propone un recorrido por el concepto y las características esenciales de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). A continuación, ofrece una explicación del concepto y las líneas esenciales de actuación de la Musicoterapia, basándose en su experiencia profesional. Por último, indica una serie de pautas para el trabajo musicoterapéutico con personas afectadas por los TGD, muchas de las cuales pueden hacerse extensivas a otros profesionales implicados en el trabajo con este tipo de pacientes.

Palabras clave: trastorno generalizado del desarrollo, síndrome autista, síndrome de Rett, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo de la infancia, musicoterapia, educación especial, terapias creativas y artísticas.

Abstract

First, the author offers a retrospective of the concept and essential characteristics of Pervasive Developmental Disorders (PDD). It then offers an explanation of the concept and the essential action steps of music therapy, based on her professional experience. Finally, it indicates a set of guidelines for working with music therapy for with people affected by PDDs, many of which can be extended to other professionals involved in working with this type of patients.

Keywords: pervasive developmental disorder, autistic syndrome, Rett syndrome, Asperger syndrome, childhood disintegrative disorder, music therapy, special education, creative and artistic therapies.

ISSN: 1576-5199

Educación y Futuro 23, (2010), 63-80

Fecha de recepción: 03/05/2010

Fecha de aceptación: 04/06/2010

1. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

1.1. Introducción

Imagine por un momento que, al despertarse una mañana, descubre que el mundo que le rodea no sigue las normas que usted consideraría lógicas. La gente parece comportarse de un modo extraño: hacen gestos que no significan nada; o le dirigen frases que, aunque en perfecto castellano, no tienen sentido alguno. De repente, no es capaz de determinar lo que los demás esperan de usted; ni siquiera tiene claro cómo hay que comportarse en cada situación. Desde luego, cualquiera se sentiría, como poco, angustiado...

Y aunque ese constituiría el mayor de sus problemas, no sería el único. Resulta que lo preocupante no es sólo su forma de ver el mundo, sino la forma en que los demás le ven a usted: un «bicho raro» en medio de un enjambre de mariposas. Una (mala) suerte de metamorfosis kafkiana le ha puesto en una situación realmente complicada y, para colmo, a las dificultades derivadas de su *trastorno* ha de añadir el desconocimiento y la falta de comprensión de las personas que le rodean.

Pues bien: si han hecho el esfuerzo por ponerse en la situación antes descrita, enhorabuena: ya saben cómo se siente una persona con Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD).

1.2. Definición, sintomatología y categorías de los TGD

El TGD es una alteración grave y generalizada de varias áreas del desarrollo; concretamente, la *interacción social*, la *conducta* y la *comunicación*. Estas áreas se conocen como «Tríada de Wing», que toma su nombre de la investigadora inglesa Lorna Wing. Ella fue la primera en advertir que la afectación de dichas áreas en una serie de individuos no era producto de la casualidad, sino que se trataba de un síndrome.

No en todos los casos las personas afectadas manifiestan los mismos síntomas ni en la misma intensidad. Por ello, podemos hablar de cinco categorías TGD, que forman un continuo y se diferencian unas de otras en el grado de afectación. Ordenadas de mayor a menor grado, las categorías son las siguientes:

- Síndrome Autista
- Síndrome de Rett

Beatriz Martín-Luengo Guzmán

- Trastorno Desintegrativo de la Infancia
- Síndrome de Asperger.
- Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGD-NE), para los casos que no se ajustan del todo a ninguna de las categorías anteriores.

La cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV, por sus siglas en inglés) de la American Psychiatric Association, establece los criterios diagnósticos para cada trastorno. Nosotros nos detendremos en describir la tríada de Wing, ya que ésta se ve afectada en todos los casos:

- Alteración cualitativa de la interacción social. Puede manifestarse en rasgos como:
 - Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales (contacto ocular, expresión facial, posturas corporales, gestos reguladores de la interacción social, etc.).
 - Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
 - Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (por ejemplo: no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
 - Falta de reciprocidad social o emocional.
- Alteración cualitativa de la comunicación, reflejada en características como:
 - Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación).
 - En personas con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
- Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados en una o más de las siguientes características:

Musicoterapia aplicada a los trastornos generalizados del desarrollo

- Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, por su intensidad y/o por su objetivo.
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- Manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo: sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- Preocupación persistente por partes de objetos.

En referencia al diagnóstico, hemos de advertir que éste resulta muchas veces complicado: ni siquiera los manuales (ICD¹, DSM) se ponen de acuerdo. Además, hay que tener en cuenta que las deficiencias pueden aparecer de muy diversas formas, y también variar a consecuencia de la educación que haya recibido la persona, o de la edad que tenga. Igualmente, pueden aparecer niveles de cociente intelectual (CI) muy diferentes, así como distintas conductas en función de la persona con la que esté interactuando. En resumen: el diagnóstico es necesario porque nos ofrece un punto de partida para trabajar, pero deberemos manejarlo con cuidado y conocer en qué medida se ajusta a nuestro paciente; teniendo en cuenta que no es algo estático y que puede variar a lo largo del tiempo.

1.3. ¿Qué necesitan las personas con TGD?

Si un paciente con TGD pudiera expresarnos sus necesidades, seguramente citaría estas tres:

- «Organízame el mundo para comprenderlo y poder adaptarme a él».
- «Facilita mi comunicación».
- «Ayúdame a disfrutar con otros».

Así, los principales objetivos establecidos para el trabajo con pacientes TGD han de estar orientados a promover un cambio o mejora en estas tres áreas: *Organización espacio-temporal; Comunicación y Socialización*. De las tres, quizá sea la

¹ *Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y otros problemas de salud*. Se conoce por sus siglas en inglés: ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), y está publicado por la OMS.

Beatriz Martín-Luengo Guzmán

socialización el área que presente más problemas aunque, como hemos dicho, ello dependerá de cada caso concreto.

Las personas desarrollamos desde que nacemos la capacidad de «entender al otro»: a partir de lo que dice y hace (manifestación externa), aprendemos lo que piensa y siente (realidad interna). Los pacientes con TGD captan perfectamente lo que decimos y hacemos, pero les cuesta entender, a partir de ello, lo que pensamos y sentimos. Igualmente, les resulta difícil asimilar que lo que ellos piensan, dicen o sienten, no es igual a lo que piensa el resto.

Asimismo, los pacientes con TGD pueden presentar alteraciones cualitativas de la actividad propia: les cuesta entender que cualquier acción en la vida persigue un objetivo, una meta. Tienen dificultades tanto para establecer dichas metas, como para secuenciar los pasos que han de llevarles hasta ellas. Es por ello que requieren nuestra ayuda a la hora de establecer y realizar dichos pasos. Esto, además, supone que han de inhibirse de cosas que les apetece hacer, pero que no son adecuadas para ese momento: en ese sentido, debemos estar ahí para recordarles el sentido de las acciones que están llevando a cabo (esto es, la meta), para ayudar así a mantener los niveles de atención e inhibición que supone la realización de las tareas.

A la hora de conocer en profundidad los TGD deberíamos detenernos en otras muchas cuestiones, como son la etiología, diferencias entre categorías, estudios recientes, etc. Por razones de espacio no podemos hacerlo. No obstante, hay abundante material sobre el tema para aquél que quiera ahondar en la cuestión. Pasemos, pues, al siguiente apartado.

2. MUSICOTERAPIA APLICADA A LOS TGD

2.1. Declaración de intenciones

Al hablar de Musicoterapia y TGD, pretendo que este artículo sea una fuente de información/inspiración no sólo para musicoterapeutas (de hecho, a ellos podrá resultarles un tanto superfluo), sino también (y, quizá, sobre todo) para aquellas personas que por un motivo u otro mantengan contacto con este tipo de trastorno (y, si me apuran, con cualquier otro). Porque el tiempo de terapia como tal puede reducirse a una o dos horas semanales y, sin embargo,

Musicoterapia aplicada a los trastornos generalizados del desarrollo

nuestros pacientes van a necesitar apoyo constante, y van a estar en contacto con mucha gente a lo largo del día (sobre todo con familia y educadores). Creo que en la vida no suceden grandes milagros; más bien los cambios son el resultado de múltiples y variados mini-esfuerzos, pequeños impulsos recibidos de personas diferentes que tienen una meta común: promover el cambio. Mi objetivo entonces sería proporcionar una perspectiva común para todas esas personas o, en su defecto, una serie de pautas que se pudieran aplicar de forma generalizada, si no en la totalidad de actividades, al menos en parte de ellas. Me refiero sobre todo a planteamientos de tipo «filosófico» que emanan de la Musicoterapia y que, para mí, tienen bastante que ver con el sentido común (y ya sabemos que se trata del menos común de los sentidos...).

También me gustaría aclarar que, por razones prácticas, me referiré a la persona con TGD como «paciente». Siéntanse libres de sustituir dicha palabra por «hijo», «alumno» o cualquiera otra según sus necesidades.

2.2. Breve aproximación al concepto de musicoterapia

Son muchos los autores que se han ocupado de ofrecer una definición más o menos completa del término «Musicoterapia». Me permito ofrecer aquí una explicación de lo que significa para mí.

La Musicoterapia se encuadra dentro de las terapias creativas y artísticas. Es un acto de comunicación en el que se utiliza el lenguaje no verbal y simbólico. Ello nos permite acceder a información y/u obtener respuestas que no suelen aparecer en los tratamientos basados en la comunicación verbal.

Aunque utilizamos un medio artístico, como es la música, no nos interesa tanto el resultado estético como el acto de comunicación en sí. Es decir: *la música es el medio, no el fin*. Esto no significa, sin embargo, que no podamos potenciar determinadas habilidades musicales (por ejemplo: el canto, la práctica con los instrumentos, etc.) para conseguir un objetivo terapéutico. Asimismo, el hecho de que nuestros objetivos sean funcionales, más que estéticos, no implica que los momentos de belleza no sean importantes: de hecho, actúan muchas veces como un reforzador para los pacientes.

Hablando de reforzadores, la música tiene también un importante *componente lúdico* que podemos utilizar como arma para potenciar el cambio terapéutico. Ésta es una de las grandes ventajas de esta forma de comunicación frente a la

Beatriz Martín-Luengo Guzmán

de tipo verbal. En las terapias basadas en la comunicación verbal, el paciente se ve frecuentemente «obligado» o «empujado» a expresarse, en un ambiente que es, en el mejor de los casos, poco «motivador»: un profesional con bata blanca (o vestido de forma seria y elegante), sentado al otro lado de una gran mesa, en un despacho con títulos y cuadros colgados en las paredes... Es cierto que en este sentido se ha avanzado mucho, y que cada vez más los lugares destinados a terapias infantiles se llenan de color y vida: esto, cuando hablamos de Musicoterapia, se da SIEMPRE. La sala de Musicoterapia es un espacio diáfano, cálido y acogedor, en el que el paciente no es acribillado a preguntas, sino que es invitado a expresarse libremente por medio de los instrumentos musicales, de la danza o de la voz. En algunos casos, el paciente debe vencer la timidez inicial porque, reconozcámoslo, tan acostumbrados como estamos a utilizar el lenguaje verbal como forma de comunicación, a veces resulta difícil cambiar al modo no verbal. Sin embargo, una vez superada, la timidez da paso a la diversión, a la descarga de energía, a la sonrisa.

Este componente lúdico del que hablamos no debe, sin embargo, ir en detrimento de los objetivos terapéuticos. Quiero decir con esto que en Musicoterapia el paciente suele disfrutar, pero que en ocasiones también sufre: en este sentido, la terapia es un reflejo de las distintas situaciones por las que pasamos en la vida. No debemos por tanto temer estos momentos en los que los sentimientos expresados por el paciente puedan conducirle al enfado o al llanto. Cuando sucedan haremos exactamente igual que con los sentimientos positivos: escucharlos, recogerlos y acompañarlos.

Otra característica de la Musicoterapia, tal y como yo la entiendo, es que *se interesa por la parte «sana» de las personas*. No se centra en las dificultades del paciente, sino en lo que éste es capaz de hacer, y toma todos esos aspectos positivos como punto de partida del proceso terapéutico. Partimos de lo ya conocido para acceder a lo desconocido, de lo ya aprendido para construir habilidades nuevas. Así, el punto de inicio lo marca siempre el nivel de desarrollo del paciente.

2.3. Las cualidades del musicoterapeuta

Para poder provocar el cambio terapéutico en las condiciones antes descritas, es necesario que el profesional de la Musicoterapia reúna una serie de cualidades básicas (muchas de ellas podrían exigirse también a otros profesionales):

Musicoterapia aplicada a los trastornos generalizados del desarrollo

- *Conoce y entiende la música*: es capaz de seleccionar el material musical adecuado para cada paciente, en cada ocasión. Asimismo, a la hora de acompañar al paciente cuando éste canta o toca algún instrumento, sabe amoldarse a él, aportando un acompañamiento musical apropiado no sólo en carácter, sino también en tonalidad, ritmo, compás, intensidad, etc.
- *Tiene paciencia*: no obliga al paciente a expresarse si éste no está preparado para ello. Asimismo (y mientras tanto), sabe dotar al paciente de las herramientas necesarias para poder comunicarse a través de la música.
- *Tiene sentido del humor*, sobre todo, sabe reírse de sí mismo. Disfruta con las situaciones lúdicas y transmite su energía y entusiasmo a los pacientes.
- *Es creativo e imaginativo*. Sabe adaptarse a las características y necesidades de los pacientes. Es capaz de buscar recursos para favorecer la expresividad y el cambio terapéutico en los pacientes, así como de crear otros nuevos.
- *Es intuitivo*: ello le permite adelantarse a las necesidades de los pacientes, y ofrecerles las actividades adecuadas para satisfacerlas.
- *Es empático*: entiende y acepta al paciente tal y como es, y es capaz de adaptarse a su nivel.
- *Escucha activamente*, recogiendo lo que expresa el paciente y proponiendo una respuesta adecuada, de forma que se establezca una verdadera comunicación.
- *Observa lo que sucede de una forma objetiva*, estando a la vez dentro y fuera del diálogo terapéutico. Controla el difícil equilibrio entre dejarse llevar por la música y por las emociones que ésta suscita (ya que nadie es inmune a ellas), y permanecer lo suficientemente «consciente» como para no olvidar los objetivos de la terapia.
- *Es comunicativo*: disfruta conociendo a los demás y dándose a conocer. Es capaz de expresar sus emociones a través de la música.

2.4. La música que utilizamos en musicoterapia

Como ya hemos apuntado antes, *la Musicoterapia es un acto de comunicación a través de la música, dirigido a promover el cambio terapéutico en el paciente*. Respecto al lenguaje utilizado, esto es, la música, conviene que repasemos ciertos aspectos.

Beatriz Martín-Luengo Guzmán

En primer lugar, *la música está hecha de silencio y de sonido*. Ambos elementos son igualmente importantes; sin embargo, parece que el silencio está infravalorado en la actualidad. Se huye del mismo o no se nos deja disfrutar de él: aparte de los sonidos inherentes a nuestras actividades cotidianas, debemos lidiar otros «no deseados» como son los hilos musicales (presentes incluso en los aseos), el ruido del tráfico y las molestas obras, o las personas que ajustan el volumen de los cascos de forma que pueda escucharlo el resto del autobús. Todo ello nos ha llevado incluso a sentirnos incómodos ante el silencio, de forma que sentimos la necesidad de llenar cualquier situación con sonidos y/o palabras que en la mayoría de los casos ni aportan ni significan nada. El musicoterapeuta debe estar entrenado en el uso y disfrute del silencio, aceptándolo y valorando su importancia dentro del acto de comunicación. Por ello, no debe caer en la tentación de obligar al paciente a producir sonidos, ya que el silencio también tiene sentido y significado. Aquí entran en juego varias de las cualidades antes enunciadas: la paciencia, la escucha activa, la empatía y la intuición. Igualmente, debemos aceptar cualquier sonido emitido por el paciente, tanto los convencionales como los no convencionales.

Podremos usar *tanto música grabada como música en vivo*. Personalmente, creo que la segunda tiene un poder inmensamente superior en el aspecto comunicativo, aunque seguramente el resultado estético sea peor. Aquí conviene recordar lo afirmado anteriormente: aunque los momentos de belleza son importantes, nuestros objetivos no dejan de ser funcionales. Igualmente, un resultado estético «peor» no significa que sea «malo», y seguramente sea más valiosa para el paciente la belleza que él mismo ha sido capaz de crear, por poca que sea, que la que haya creado cualquier compositor.

La música en vivo puede dividirse en música *precompuesta* (obras ya existentes que el terapeuta utiliza); música *adaptada* (cuando estas obras son modificadas de alguna manera para adecuarlas a las necesidades del paciente) o música *improvisada*. Esta última es, a mi entender, la clave del proceso musicoterapéutico. Es a través de ella como el paciente consigue mostrarse absolutamente tal y como es.

Las acciones básicas que se llevan a cabo en relación a la música son tres: *crear, reproducir y escuchar*. El uso de cada una de ellas dependerá de los objetivos propuestos para la actividad concreta que estemos desarrollando.

Musicoterapia aplicada a los trastornos generalizados del desarrollo

Por último, la Musicoterapia nos permite trabajar a través de *canciones* (música vocal), *instrumentos* (convencionales, no convencionales y percusión corporal) y *movimiento* (incluida la danza). Estas tres formas pueden utilizarse por separado o combinadas unas con otras: de nuevo, todo dependerá de los objetivos planteados.

3. MUSICOTERAPIA Y TGD

3.1. Evaluación inicial

En principio, a la hora de trabajar con personas afectadas de TGD deberemos, además de conocer y tener en cuenta la sintomatología antes descrita, informarnos acerca de tres aspectos: CI, nivel de lenguaje y conducta. Tendremos presente siempre que la variabilidad de un paciente a otro puede ser muy grande.

Una vez más, me gustaría llamar la atención acerca de la necesidad de centrarnos en los aspectos positivos del paciente, en sus capacidades, en lo que puede y sabe hacer. Muchas veces nos contentamos con leer informes médicos o psicopedagógicos como primera toma de contacto con el paciente. Y está bien, pero se nos ocurre que sería más enriquecedor preguntar a la gente que se relaciona con él (sobre todo a la familia y a los educadores), y darles la oportunidad de contarnos cómo se comporta, qué cosas le gustan, cuáles no, qué se les da bien, y un largo etcétera. Y también, por qué no, preguntar si es posible al propio paciente. Esto serviría además como una manera de decirle: «tú eres parte activa de la terapia, trabajaremos juntos y tomaré en cuenta todo lo que tengas que decir». Porque, qué es más importante, ¿el diagnóstico o la persona? En este sentido, es justo que enumeremos también esos «puntos fuertes» que, de forma más o menos general, podemos encontrar en las personas con TGD:

- Buen funcionamiento del canal visual como medio de captar información.
- Buena memoria mecánica.
- Buena memoria visual y auditiva.
- Docilidad.
- Sinceridad.

Beatriz Martín-Luengo Guzmán

En el caso de la Musicoterapia, las entrevistas iniciales antes mencionadas deberán incluir preguntas dirigidas a establecer un «perfil musical» de nuestro paciente: qué música/sonidos le gustan, cuáles le desagradan, cómo es su relación con (y su reacción ante) el silencio, etc. Recopilaremos igualmente toda aquella información que resulte relevante a la hora de establecer cuáles son las habilidades musicales de nuestro paciente. Así podremos establecer ese «nivel de desarrollo» musical a partir del cual comenzar a trabajar. Esta información inicial se irá completando con observaciones derivadas del trabajo diario con el paciente, sobre todo en las primeras sesiones.

Un aspecto muy importante que deberemos comprobar/evaluar antes de iniciar las sesiones es la hipersensibilidad auditiva, ya que muchos de estos pacientes suelen presentarla. El hecho de pasar por alto este punto de la evaluación inicial puede costarnos el fracaso más estrepitoso en la terapia.

3.2. Objetivos

Nuestro objetivo primordial será *establecer un nivel de comunicación con el paciente que posibilite la expresión de sentimientos y el cambio terapéutico*. Ello requerirá muchas veces que tengamos que enseñar al paciente a comunicarse a través de la música. Para facilitar esta tarea, podemos ayudarnos de las siguientes estrategias:

- *Lo que nos es conocido proporciona seguridad*. Si revisamos las entrevistas iniciales, encontraremos ejemplos de estilos musicales (o composiciones concretas) que el paciente haya escuchado previamente en su casa, en el colegio, etc. Podemos utilizarlos en las sesiones y, a la vez, introducir elementos nuevos. Por ejemplo: la madre de nuestro paciente nos cuenta que suele cantarle determinada canción. Nosotros la utilizamos en la sesión, acompañándola de pequeña percusión, y así damos a conocer estos instrumentos y su manejo. El niño se sentirá seguro, pues conoce la melodía, y a la vez estará descubriendo elementos musicales nuevos (en este caso, los instrumentos). El mismo ejemplo se podría aplicar al aprendizaje y manejo de los parámetros agudo-grave, fuerte-débil, largo-breve, etc., así como a la presentación e introducción de nuevos instrumentos musicales.
- *Se aprende fácilmente por imitación*. El terapeuta debe ser el mejor ejemplo de expresión y expresividad para los pacientes. Si pretendemos que el paciente cante, debemos cantar nosotros. Si queremos que baile,

Musicoterapia aplicada a los trastornos generalizados del desarrollo

seremos los primeros en hacerlo. Esto supone que el terapeuta debe ser capaz de vencer su propia vergüenza y su miedo al ridículo, para que tanto él como su paciente puedan alcanzar niveles óptimos de comunicación. Por otro lado, las actividades en forma de eco resultan de gran ayuda en el aprendizaje por imitación, además de incidir directamente en la consecución de objetivos referentes a atención conjunta (clave para la socialización), atención y concentración. La experiencia me ha demostrado, además, que son altamente gratificantes para estos pacientes.

Además de este objetivo último, relacionado directamente con la comunicación, manejaremos otros más específicos, destinados a trabajar las áreas de la tríada de Wing: comunicación, interacción social y conducta. El establecimiento de estos objetivos irá en función de las características y situación de cada paciente.

En la comunicación, podemos citar los siguientes:

- Sustitución de expresiones «vacías» por otras llenas de contenido.
- Relacionarse con los demás de forma intencionada.
- Comprender que lo que el paciente expresa puede ser diferente a lo que piensa o siente su interlocutor.
- Todos aquellos dirigidos a facilitar el desarrollo del lenguaje, tanto en la producción, como en la expresión-comprensión.

En la interacción social hemos citado ya la atención conjunta, y debemos añadir otras habilidades sociales que podemos desarrollar, como son:

- Capacidad de escuchar al otro.
- Respeto de los turnos.
- Atención y respeto hacia el interlocutor durante el diálogo-conversación.
- Reconocimiento de emociones propias en los demás.
- Adquirir la capacidad de compartir emociones con el grupo.
- Pedir, prestar y compartir objetos.
- De forma general, la música va a favorecer la integración social, ya que constituye un marco facilitador de las relaciones sociales, a la vez que estimula en el paciente el deseo de expresarse y de compartir su mundo interior.

Beatriz Martín-Luengo Guzmán

- Con respecto a la conducta, los objetivos serán igualmente variados. Podemos citar, de forma genérica:
- Reducción de estereotipias motoras.
- Ampliación del repertorio de intereses y habilidades.
- Aceptación de límites.
- Capacidad de modificar el entorno para conseguir un objetivo.
- Reducir respuestas de ansiedad y/u oposición ante posibles cambios en el medio que rodea al paciente.
- Aprender a anticipar dichos cambios e integrarlos positivamente, reconociendo que muchas veces estos cambios pueden conllevar oportunidades interesantes.

Todos estos objetivos han de aparecer enunciados y secuenciados en la programación de las sesiones. Para cada una de ellas plantearemos unos objetivos específicos y unas actividades encaminadas a su consecución. Hay que tener en cuenta que esta planificación debe ser lo suficientemente rígida para asegurar el éxito, y lo suficientemente flexible para poder adaptarla a posibles cambios. Trabajar en función de unos objetivos es importante, pero cuando nos movemos en el mundo de los sentimientos y las emociones resulta complicado predecir la evolución de los pacientes. En una sesión dedicada a trabajar el respeto a los turnos en la que hemos incluido una canción, podemos caer en la cuenta de que nuestro paciente tiene dificultades en la afinación. El camino se bifurca en ese punto, y es el terapeuta el que debe decidir si renuncia al objetivo inicial de la sesión para trabajar el imprevisto surgido, o si mantiene la línea de trabajo establecida de antemano.

3.3. La sala de musicoterapia

El medio físico es importante en cualquier terapia, y puede influir decisivamente en el desarrollo de ésta. A continuación enunciamos una serie de características que serían deseables para la sala de Musicoterapia a la hora de trabajar con pacientes TGD:

- Dispondrá de un suelo de madera que permita a las vibraciones circular fácilmente.
- La iluminación será preferentemente natural. Contaremos con cortinas o persianas que nos permitan regularla para adecuar el ambiente a

Musicoterapia aplicada a los trastornos generalizados del desarrollo

cada actividad (por ejemplo, en las actividades de relajación resulta de gran ayuda reducir la intensidad lumínica).

- Los instrumentos estarán guardados en un armario, de forma que podamos sacar sólo los que queramos utilizar en cada ocasión. Si evitaremos distracciones innecesarias. Podemos indicar el lugar en que se guarda cada instrumento por medio de claves visuales, para facilitar la autonomía de los pacientes a la hora de sacarlos o guardarlos.
- Eliminaremos estímulos visuales perturbadores tales como cuadros, pósters, etc.
- Contaremos con un reproductor de música de calidad adecuada.
- La sala estará insonorizada para evitar interferir en el desarrollo de otras actividades que puedan estar llevándose a cabo al mismo tiempo que estamos trabajando.
- Señalaremos con claves visuales las entradas y salidas.
- Tanto terapeuta como pacientes usarán ropa cómoda, de la que no haya que preocuparse a la hora de saltar o rodar por el suelo. Si contamos con un buen sistema de climatización, resulta ideal prescindir del calzado para las sesiones (unos calcetines serán más que suficientes).

3.4. Selección de músicas

A la hora de seleccionar las músicas que utilizaremos en las sesiones, conviene tener en cuenta los siguientes aspectos:

- *Música grabada*: en general, funcionan bien las músicas con una estructura fácilmente reconocible (ABAB; ABC; etc.). Las músicas menos estructuradas pueden servirnos para trabajar el movimiento libre. En ese caso, procuraremos que el pulso aparezca marcado claramente.
- *Canciones*: deben adecuarse a la tesitura vocal de los pacientes y, en la medida de lo posible, tratar temas significativos para ellos. Para apoyar el desarrollo del lenguaje, nos aseguraremos de que la sílaba tónica de las palabras coincida con el acento musical. Suelen dar buen resultado las canciones con estructura clara, que a su vez dejen lugar a momentos de improvisación o expresión

Beatriz Martín-Luengo Guzmán

libre: la forma rondó (ABACA) tiene un valor inestimable en este sentido.

- *Instrumentos*: procuraremos que su manejo sea adecuado con respecto al desarrollo del paciente. Así, evitaremos la frustración. Lo ideal es que haya instrumentos que cubran todas las necesidades expresivas (a nivel rítmico, melódico y armónico). En el caso de las sesiones grupales, aseguraremos mínimo un instrumento por paciente. Por último, aceptaremos instrumentos convencionales y no convencionales (o instrumentos convencionales tocados de forma no convencional).

En la planificación de actividades, conviene que estas incluyan, en la medida de lo posible, los diferentes tipos de música de los que hablábamos en el apartado 2.4. Así nos aseguraremos de ofrecer a los pacientes todas las posibilidades expresivas de la música: instrumental, vocal o danza; grabada o en vivo, cada persona debe poder encontrar el modo más adecuado para comunicarse a través del silencio y el sonido.

3.5. Estructura y duración de las sesiones

Teniendo en cuenta la necesidad de estructuración espacio-temporal que presentan los pacientes con TGD, resulta muy conveniente que las sesiones se desarrollen conforme a una estructura prevista (y comunicada) con anterioridad. Podemos establecer tres fases: bienvenida, desarrollo y cierre. Las fases de bienvenida y cierre pueden realizarse conforme a actividades fijas, por ejemplo, cantar una canción para la bienvenida y otra para el cierre (siempre las mismas). Esto ayuda a los pacientes a entrar en la sesión, desligándose de la actividad anterior y preparándose para el trabajo con la música (en el caso de la canción de bienvenida). La canción de despedida sirve para cerrar la sesión y prepararse para la siguiente actividad.

Es sin duda la sección central, el desarrollo, la que más importancia reviste en Musicoterapia. En ella trabajamos de forma más intensa los objetivos planteados a largo y corto plazo, a través de diferentes actividades relacionadas con la música y el movimiento. Dado que nos interesa crear un clima facilitador de la comunicación, no conviene que nos demos demasiada prisa en introducir actividades nuevas: hay que dar tiempo a que los pacientes se sientan cómodos, y esto sólo se consigue cuando alcanzan un dominio relativo de la expresión

Musicoterapia aplicada a los trastornos generalizados del desarrollo

musical. Recuerden que una de las cualidades de todo buen terapeuta es la paciencia. Actividades que facilitan la expresión en un contexto ya conocido serían, por ejemplo:

- Utilizar las composiciones en forma rondó (ABACADA...): la sección A funciona a modo de estribillo, es decir, repitiéndose siempre igual, y las secciones B, C, D, etc. se reservan para improvisaciones individuales o colectivas.
- Acompañar libremente una composición ya conocida (grabada o interpretada por el musicoterapeuta). La composición es el «contexto ya conocido», y la forma de acompañarla es la parte de expresión libre.
- Siguiendo el pulso del pandero (tocado por el terapeuta), caminar libremente por el espacio. Cuando el pandero deje de sonar, o cuando suene otro instrumento, realizar una serie de movimientos acordados previamente (sería la misma estructura que el rondó, pero aplicada al movimiento).

En el apartado 1.3 explicábamos cómo los pacientes con TGD presentan dificultades a la hora de secuenciar los pasos que han de llevarles a la consecución de un objetivo. Por ello, a la hora de presentar cada actividad, debemos explicar claramente qué pasos han de seguir y cuál es el objetivo que se pretende. Utilizaremos frases cortas y expresiones precisas, huyendo del lenguaje metafórico. Si es preciso, y dependiendo siempre del nivel de desarrollo de nuestros pacientes, podemos ayudarnos de claves visuales (pictogramas o frases escritas) para ayudarles a retener las instrucciones dadas.

Respecto a la duración de las sesiones diremos que, de forma orientativa:

- Para las sesiones de grupo, 50 minutos permiten el trabajo colectivo y también momentos de expresión individual.
- Para las sesiones individuales, 30 minutos será suficiente (aunque podrán alargarse según las características y necesidades del paciente).

4. CONCLUSIONES

La música es un lenguaje universal. Está hecha de dos elementos, silencio y sonido (vibración), conocidos por el feto desde la semana 18 de gestación. A

Beatriz Martín-Luengo Guzmán

pesar de que el modo de vida actual ha desvirtuado su sentido y su valor, han de existir espacios y actividades que recuperen y pongan de manifiesto la importancia y la necesidad de utilizar la música como herramienta de comunicación.

En el caso de los pacientes con TGD, muchos de los cuales tienen seriamente afectadas sus capacidades comunicativas en la expresión verbal, la Musicoterapia ofrece una alternativa nada desdeñable. La tensión que genera vivir en un mundo que no se comprende, y en el que el lenguaje verbal constituye la principal vía de relación con los demás, se ve sustituida por el placer y el disfrute que conlleva la creación musical. Personas «discapacitadas» descubren que son capaces de expresarse a través de la música con un resultado estéticamente satisfactorio. Ellos, siempre dependientes, descubren que pueden crear belleza por sí mismos. Ellos, siempre manejados, encuentran un tiempo y un espacio para comunicar con libertad.

La labor del musicoterapeuta se centra esencialmente en crear y mantener un espacio óptimo de comunicación. Para ello debe dotar a los pacientes de las herramientas necesarias para expresarse a través de la música, empezando por ponerlas en práctica él mismo. La señal inequívoca de que el espacio de comunicación funciona viene dada por la calidad de las improvisaciones. Es durante las mismas cuando el paciente nos muestra realmente su mundo interior, sin tapujos ni condicionantes. Por ello, debemos valorarlas muy positivamente, sin olvidar que no importa tanto su valor estético como el hecho de que constituyen un acto de comunicación libre y personal.

El equilibrio entre trabajar por objetivos y ofrecer respuestas inmediatas a necesidades inesperadas puede ser difícil de alcanzar. La intuición, cualidad básica del terapeuta, y el conocimiento tanto del paciente como del proceso comunicativo establecido entre ambos, ofrecerán las pistas adecuadas en el caso de necesitar decantarse por uno u otro aspecto.

El diagnóstico tiene una importancia relativa para la Musicoterapia. Más bien interesa la parte positiva del paciente. Procuren no dedicar más tiempo a detectar discapacidades del que hayan empleado en detectar habilidades y destrezas. Desgraciadamente, nuestros pacientes ya pasan demasiado tiempo centrados en lo que no pueden hacer. Démosles, pues, la oportunidad de demostrarnos que pueden destacar.

BIBLIOGRAFÍA

- Benenzon, R. (2000). *Musicoterapia. De la teoría a la práctica*. Barcelona: Paidós.
- Betés de Toro, M. (comp.) (2000). *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid: Morata.
- Blasco, F. (2000). La testificación del encuadre no verbal en educación especial. *Música, Terapia y Comunicación*, 20, 67-95.
- Davis, W. B.; Gfeller, K.E.; Thaut, M. H. (2002). *Introducción a la Musicoterapia. Teoría y Práctica*. Barcelona: Boileau
- Lacárcel, J. (1990). *Musicoterapia en Educación Especial*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Mateos, L. A. (2001). El empleo de los instrumentos musicales en la evaluación de la comunicación pre-verbal en el alumnado con graves trastornos del desarrollo: una propuesta de evaluación-intervención. *Revista Eufonía*, 22, 77-89.
- Del Olmo, M. J. (2006). Musicoterapia y síndrome de Rett. *Música, Terapia y comunicación*, 26, 27-34.
- Rivière, A y Martos, J. (1997). *El Tratamiento del Autismo: Nuevas perspectivas*. Madrid: MTAS APNA.
- Wing, L. (1996). *Autistic Spectrum. A Guide for Parents and Professionals*. London: Constable and Company Ltd. (Traducción al castellano: *El autismo en niños y adultos. Guía para la familia*. Barcelona: Paidós, 1998).