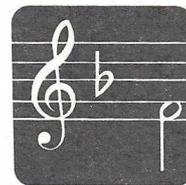


Tratamiento musicoterápico de deficientes mentales profundos

Patxi del Campo (1)



El trabajo de investigación que a continuación exponemos es una comunicación presentada en el Congreso Mundial de Musicoterapia (París, julio 83). Pretende mostrar que existen diferencias en los resultados obtenidos en el tratamiento musicoterapéutico de deficientes mentales profundos, según las características personales de los mismos.

VARIABLES DE LA SITUACIÓN

Características del centro

Los atendidos en el Centro están diagnosticados como deficientes mentales profundos, aunque podemos encontrar pacientes con trastornos asociados (autismo, parálisis cerebral, deficiencias físicas...). La experiencia se realiza en el grupo donde se encuentran los de más bajo nivel y los más afectados motóricamente, llamados o caracterizados normalmente como vegetativos.

Las características de este tipo de deficientes (deficientes mentales profundos), las encontramos en diversos autores, entre los que citamos los más representativos para nuestro trabajo.

J. de Ajuriaguerra, en el Manual de Psiquiatría Infantil, en su cuarta edición de abril de 1979, distingue dos tipos de deficientes mentales profundos: "un tipo en el que sólo existen automatismos y otro en el que existe una cierta evolución con adquisición de determinados mecanismos elementales. La idiocia automaticorrefleja neonatal, acompañada o no de fenómenos paraxísticos, se caracteriza por la existencia de los reflejos primitivos y por una falta de maduración que deja al niño a un nivel protopático. El niño tiene una vida puramente vegetativa y con reactividades monótonas, una vida oroalimenticia. Reacciona a las aferencias externas con sobresaltos, retiradas, reacciones de irritación y a veces con quietud acompañada de un ligero relajamiento muscular"... Existen otras formas de idiocia en las que hay un cierto grado de desarrollo, es decir, la adquisición de algunos mecanismos motores elementales, de relaciones afectivas simples y de una cierta capacidad de aprendizaje".

En alguna ocasión, siguiendo las doctrinas de las teorías de Piaget, se ha llegado a decir que el deficiente mental profundo "es el sujeto que no ha alcanzado el estadio de la función simbólica, y que se queda en el estadio senso-motor".

Las definiciones anteriores, describen en rasgos generales a los deficientes profundos, sirviéndonos de orientación para la exploración e investigación del tratamiento musicoterapéutico.

Características de los sujetos atendidos

La investigación se lleva a cabo con un grupo de deficientes mentales profundos internados en el Centro, de ambos sexos y de edades comprendidas entre los 6 años y los 18 años. El tiempo de institucionalización de los componentes del grupo en el Centro Etxe-Bidea es de 7 años; en alguno de los casos llevan institucionalizados desde su nacimiento y dos de ellos están desde hace menos de cuatro años. Los dividimos en dos grupos, los cuales son homogéneos en cuanto a su desarrollo y evolución neuropsicológica.

Las características generales de los grupos son las siguientes:

Grupo A

Está compuesto por cinco deficientes mentales profundos, de 13 a 18 años, de sexo masculino, internos en el Centro desde 1976, habiendo estado institucionalizados anteriormente tres de ellos.

La característica común y diferencial de este grupo es que no tiene adquirido ningún tipo de marcha autónoma y que el desarrollo psicomotor es muy bajo.

Aparte del tratamiento musicoterapéutico, realizan tratamientos fisioterapéuticos de control postural, debido a sus malformaciones físicas y a su progresivo deterioro que les produce, entre otras razones, su única postura: decúbito supino.

Grupo B

Compuesto por tres deficientes mentales profundos de 7 a 10 años, de ambos sexos. El caso "F" interno en el Centro desde 1976 y los casos "G" y "H" desde 1980.

Este grupo posee marcha, aunque escasa, autónoma, teniendo un desarrollo psicomotor superior al grupo anterior. Realizan actividades de estimulación sensoriomotriz dirigidas por los monitores que les atienden en las necesidades vitales. A parte de esta actividad reciben tratamientos fisioterapéuticos.

PROCEDIMIENTO

Justificación de la intervención musicoterapéutica

La necesidad de estimulación auditiva en los deficientes profundos viene dada a nuestro juicio por una escasa o nula comunicación con el medio y los sujetos que le rodean.

La musicoterapia pretende abrir canales de comunicación con el fin de establecer un correcto desarrollo senso-

riomotriz y una conducta adecuada en el desarrollo social.

La música nos aporta una de las primordiales estimulaciones sensoriales, que son las más primitivas y por lógica, el tipo de estimulación más adecuado en deficientes profundos. Tenemos que tener en cuenta que el sistema somático y vibratorio ya están presentes en el 5.º mes de gestación. Esto nos hace pensar que a partir de ese momento se reciben estimulaciones muy válidas por pequeñas que sean.

La música es un medio de comunicación flexible para cualquier nivel mental, afectivo o social. Nos ofrece la posibilidad de crear movimiento y sentir el movimiento sin tan siquiera realizarlo. Una vez que se haya creado esa sensación, el deficiente puede dar forma a su vivencia de los ritmos externos lo cual le facilitará la apertura de los canales de comunicación. La estimulación auditiva en mayor o menor grado requiere un cierto control del tiempo y del espacio, así como una selección auditiva; esto hace trabajar las zonas del cerebro no afectadas y las estimula para su correcta utilización.

En el tratamiento musicoterapéutico con deficientes profundos pretendemos crear un estado de "ESTAR" y "ESTAR BIEN", de relajación en comunicación.

Entendemos por relajación en musicoterapia, a la distensión del ritmo corporal; esto es, la disminución del ritmo muscular y psíquico. Toda persona está respondiendo desde su creación a unos ritmos. Estos ritmos pueden ser internos (dependientes de la propia persona) o ambientales (exteriores a la persona).

Para lograr un correcto resultado en la relajación, debemos observar primeramente qué ritmo interior tiene en ese momento el deficiente y posteriormente qué ambiente exterior tiene para conseguir esta relajación.

En el ritmo interior debemos observar la respiración,

las distintas variaciones del tono muscular y el tipo de comportamiento motriz que tiene durante el tiempo anterior a la sesión.

En el ambiente exterior tendremos en cuenta el lugar de realización del tratamiento, las personas que se encuentran en relación y la sensación de quietud, de no actividad, en el entorno.

Es importante emplear composiciones musicales en las que predominen los instrumentos de viento por ser los que más marcan la conciencia de la respiración (energía vital). En ningún caso, emplear música vocal. La música debe dar una sensación de continuidad acabando la sesión con una melodía de canción de cuna.

La persona que dirige el tratamiento debe ser el sujeto intermediario entre la música y el deficiente. Debe marcar una respiración abdominal rítmica. Nunca debe adoptar una postura de tensión muscular.

La relajación en el deficiente profundo, es una situación de placer y unidad que se aproxima bastante a su lenguaje habitual, que es la comunicación no-verbal. La relajación siempre es una actividad terapéutica debido a:

1) Que ejerce una distensión del tono muscular por lo cual, produce un desbloqueo en la personalidad.

2) Una vez producido este desbloqueo, existe una disposición de la afectividad y las emociones que desencadena un diálogo entre el cuerpo y el sujeto.

Objetivos de la intervención

El uso de nuestro cuerpo como primer "instrumento musical", es la base de la estimulación. Por un lado, la sensación placentera que puede transmitir un masaje, una caricia en ciertas zonas del cuerpo, y por otro lado, la utilización de los ritmos vitales de nuestro cuerpo como elementos armonizadores en las tensiones muscula-

Características comunes y diferenciales de todos los pacientes

	GRUPO A					GRUPO B		
	A	B	C	D	E	F	G	H
Edad cronológica.....	16,2	18	14,6	13,7	15	9,9	8,1	7,3
Edad de desarrollo.....	-6m-	-6m-	-6m-	-6m-	-6m-	-7m-	-6m-	-6m-
Puede sostener la cabeza.....	no	no	si	no	no	si	si	si
Puede desplazarse.....	no	no	no	no	no	no	si	si
Puede permanecer en pie.....	no	no	no	no	no	si	no	no
Puede seguir objetos con la vista.....	si	si	si	si	si	si	si	si
Puede coger objetos con la mano.....	no	no	no	no	no	si	si	si
Emite sonidos.....	si	si	si	si	si	si	si	si
Posee lenguaje verbal inteligible.....	no	no	no	no	no	no	no	no
Posee lenguaje no-verbal.....	si	si	no	si	si	si	si	no
Responde a estímulos exteriores.....	si	si	no	si	si	si	si	no
Controla esfínteres.....	no	no	no	no	no	no	no	no
Depende de otros en alimentación.....	si	si	si	si	si	si	si	si
Depende de otros en aseo.....	si	si	si	si	si	si	si	si
Categorización según la OMS.....	-20	-20	-20	-20	-20	-20	-20	-20

res. No podemos olvidar la cantidad de ritmos que contiene nuestro propio organismo, y es precisamente de ellos de los que dependemos para armonizar nuestra comunicación con el exterior.

Desde el latido cardiaco, pasando por el fluir de la sangre y el movimiento de las células, hasta la respiración, cada uno de los ritmos responden a una necesidad vital y son los encargados de establecer una comunicación basada en los ritmos armónicos y continuos.

El hecho de que no puedan comunicarse con las personas que les rodean, tiende a provocar un estado de tristeza y angustia. Si en el tratamiento musicoterapéutico producimos una situación de relajación, este estado irá cambiando su actitud y llegaremos a producirle una situación agradable y positiva.

El tratamiento musicoterapéutico es el elemento armonizador de la comunicación con el deficiente.

El uso de músicas rítmicas y sonidos regresivos a las etapas intrauterinas nos facilitará el poder crear una relación placentera entre el paciente y el monitor, que es la piedra angular de esta estimulación.

Debemos tener en cuenta, en qué partes del cuerpo y de qué forma se sienten las vibraciones sonoras. Así tenemos que:

— Los sonidos bajos se sienten, son recibidos o hacen vibrar la zona abdominal (vientre), sede del centro vital. Un equilibrio en esta zona nos dará un equilibrio entre lo emocional y lo vital.

— La melodía la sentimos en el pecho, liberando energía emocional allí reprimida.

— La percusión se siente cerca del entrecejo, y en el interior de la cabeza (sobre el centro intelectual), liberando las tensiones que la aglomeración de pensamientos produce en dicho centro.

Podemos establecer una idéntica valoración con los distintos tipos de música y obtenemos lo siguiente:

— La música caótica favorece la regresión y la apertura del inconsciente.

— La música excitante nos servirá para despertar estados de ánimo y manifestar agresividad.

— Y la música melódica despierta profundos sentimientos de afecto, introduciéndonos en las esferas de la espiritualidad.

Resumiendo los objetivos, lo que pretendemos con el tratamiento musicoterapéutico es la armonización, sensibilidad y maduración. Una vez lograda la comunicación, debemos armonizar al deficiente con todo lo que le rodea. Armonizar es volver a instaurar los ritmos, eliminar la desconexión que anteriormente se tenía con el medio.

Para lograr esta armonización empleamos la música, producción real y directa de los estados psíquicos. La música como símbolo de unidad, ya que es arte que une el tiempo y el espacio. Cada persona tiene su lugar, pero tan sólo en la comunicación musical es donde se encuentra la unidad con el resto de los lugares (ejemplo de unidad: los coros, cada palabra no tiene un lugar, sino que un lugar acoge todas las palabras).

Desarrollo de las sesiones

La investigación se ha desarrollado en dos tipos de sesiones: sesiones en grupo y sesiones individuales.

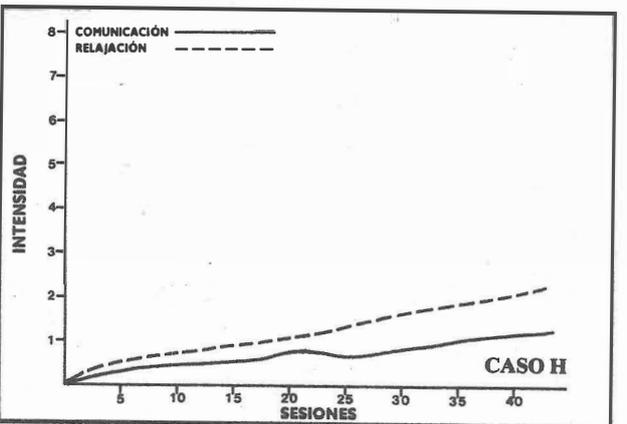
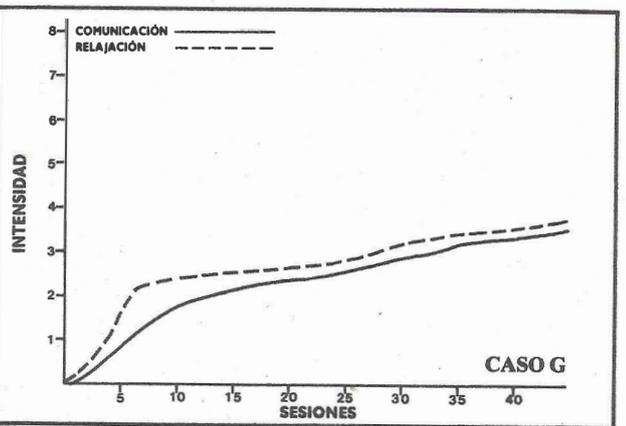
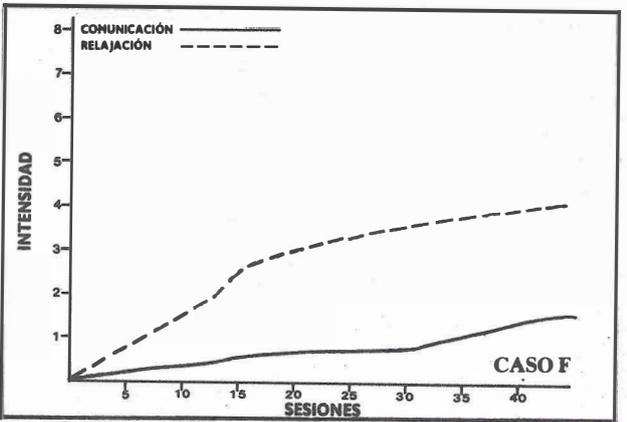
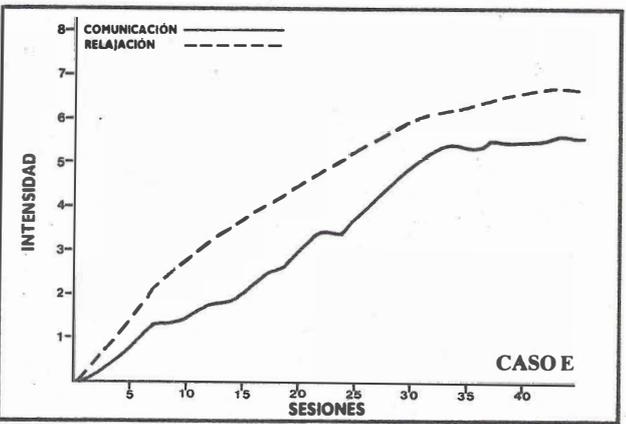
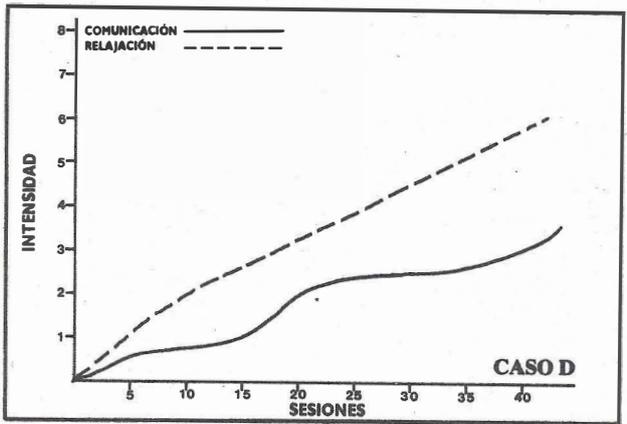
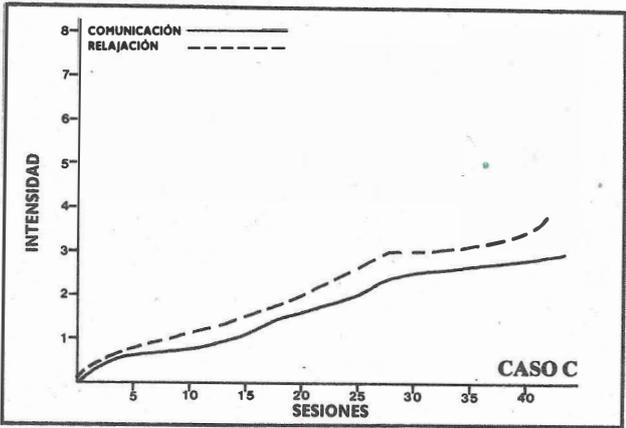
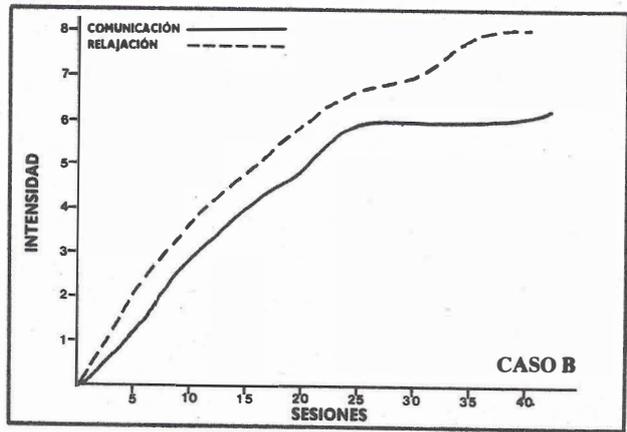
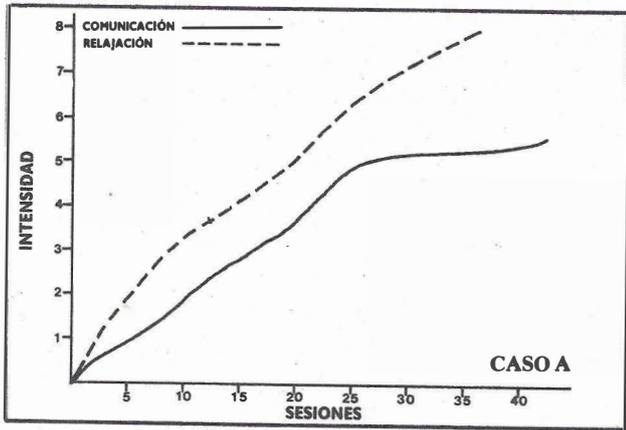
Las sesiones en grupo se realizan con las monitoras que atienden normalmente al deficiente y con más de un paciente. El número varía de 3 a 5, teniendo cada monitora un paciente a su cargo. La función del musicoterapeuta en estas sesiones, aparte de tener un paciente a su cargo, es dirigir la relajación inicial (que más adelante indicaré) y armonizar los distintos ritmos que existan.

Las sesiones comenzaban dirigiendo una relajación a las monitoras que iban a tomar parte en las mismas. Cada uno nos poníamos enfrente del paciente y comenzábamos a relajar nuestra zona abdominal. Valiéndonos de una respiración abdominal rítmica tomábamos conciencia de los elementos sonoros exteriores a la sesión, eliminando las tensiones y actitudes negativas. Se visualizaba mentalmente al paciente y en una actitud de armonía tomábamos conciencia del hábitat. Nos abandonábamos en la audición musical con el fin de ir lentamente introduciéndonos en el masaje o estimulación sensitiva del paciente. La audición musical tenía como características fundamentales los instrumentos de viento, notas medias y altas bastante seguidas y largas, con el fin de liberar más fácilmente las tensiones acumuladas en el abdomen. Se da mucha importancia a la liberación de tensiones y, en concreto, a las tensiones acumuladas en el abdomen, ya que en la comunicación con el deficiente, nosotros tenemos que ser los intermediarios entre la música o estimulación sonora y él. Es el abdomen de donde parte toda la energía y es por ello que esta zona debe estar libre de tensiones.

Una vez comenzada la estimulación sensitiva hacia el deficiente, la música anterior es sustituida por una música en la que predomina el piano acompañado de instrumentos de viento. El tipo de música es melancólico, semejándose a las canciones de cuna. El uso de este tipo de música es debido a que por un lado el piano relaja y facilita el movimiento de la mano a la persona que está realizando la estimulación. Por otro lado, el uso de instrumentos de viento facilita el buen ritmo de la respiración; por consiguiente la relajación es más positiva (sin ningún tipo de tensión, ya que son fácilmente eliminadas por la respiración). Según ciertas tradiciones esotéricas, el cuerpo humano (la columna vertebral), es comparable con la flauta, coincidiendo cada orificio con los vértices o chakras. También es comparable la columna vertebral con instrumentos de tres escalas, localizando los sonidos bajos en las vértebras lumbares, los medios en las dorsales y los altos en las cervicales.

La estimulación sensitiva se va haciendo a través del cuerpo, mientras se escucha la melodía, desde los miembros inferiores pasando por las caderas, abdomen, pecho, hombros, miembros superiores, cuello, cabeza y cara. Una vez finalizado el masaje, balanceamos suavemente al paciente hacia un lado y hacia otro, tratando de que sienta nuestro abdomen y su movimiento rítmico.

La duración aproximada de cada sesión es de 45 minu-



tos. Las sesiones individuales siguen la misma dinámica que las sesiones en grupo.

CONCLUSIONES

Los objetivos marcados al principio del tratamiento se ven satisfactoriamente conseguidos gracias, por una parte, a la colaboración de las monitoras, y, de otra, a la de los propios pacientes, los cuales han reaccionado positivamente a la estimulación sensorio-sonora.

Se ha observado una actitud más alegre durante las sesiones, lo cual ha facilitado la relajación del cuerpo en general y en particular de los músculos contraídos normalmente. Es de señalar que la respiración durante las sesiones se vuelve rítmica y facilita la eliminación de las tensiones.

El tipo de música empleado es adecuado para este tipo de tratamientos, siendo de gran interés la audición en directo de los instrumentos de viento.

Existe una clara diferencia entre los resultados obtenidos en el grupo "A" y los del "B". Esta diferencia viene marcada por las características diferenciales que al principio se marcaban:

— Mientras los del grupo "B" poseen marcha autónoma, aunque escasa, los otros permanecen siempre en la postura de decúbito.

— Mientras los del grupo "B" tienen un desarrollo psicomotor los otros tienen un escaso desarrollo.

— En el grupo "A" casi todos han permanecido varios años institucionalizados, mientras que en el otro grupo el tiempo institucionalizado ha sido claramente inferior.

En el grupo "A" se ha conseguido, en líneas generales, un desarrollo positivo y en un espacio de tiempo relativamente corto. El nivel de relajación ha sido bastante bueno, debido fundamentalmente a la posibilidad de comunicarse con sonidos suaves y largos. También hay que tener en cuenta que el tratamiento musicoterapéutico es una de sus escasas fuentes de placer y esto condiciona la "disponibilidad" al tratamiento.

En el grupo "B", aparte de encontrarse una deficiente con deficiencia auditiva grave, el tratamiento musicoterapéutico no ha tenido el mismo éxito que en el anterior grupo debido a la posibilidad que tiene de buscarse otras fuentes de placer y a la facilidad de dispersión.

Podemos extraer como conclusión que el deficiente mental profundo, que es uno de los estadios menos evolucionados, encuentra en el tratamiento musicoterapéutico una de las pocas posibilidades de comunicación con el

medio y una relajación en su escasa actividad.

Como aparece en los resultados, la adquisición de los objetivos se logra, en general, a través de las veinte primeras sesiones; consiguiendo después, como se puede observar en la práctica, un ritmo continuado y fijo de mantenimiento. En estas gráficas de la pág. 21 quedan reflejadas la relajación y la comunicación establecida con el monitor. La definición de los conceptos que aparecen en ella es la siguiente:

Intensidad: Mide el grado de comunicación y relajación aunque no de una manera objetiva, debido al escaso nivel de respuesta y a la dificultad de medirla. La interpretación de la puntuación es la que sigue.

Relajación

- 1) Relajación de pies y manos.
- 2) Relajación de miembros superiores.
- 3) Relajación de miembros inferiores.
- 4) Relajación del tronco.
- 5) Relajación de cabeza.
- 6) Relajación de la cara.
- 7) Relajación de la respiración.
- 8) Relajación total del tono muscular.

Comunicación

- 1) Cambia de actitud al comienzo de la sesión.
- 2) Reacciona positivamente a la estimulación sonora.
- 3) Responde a la comunicación táctil.
- 4) Responde a los estímulos sonoro-táctiles.
- 5) Fija la mirada en el terapeuta.
- 6) Imita gestos sencillos.

Esta valoración tiene un techo de seis.

(1) Patxi del Campo es musicoterapeuta en el Centro de deficientes mentales severos y profundos Etxe-Bidea (SADMA). Vitoria-Gasteiz.

Bibliografía

- Técnicas de relajación y psicoanálisis. M. Sapir y otros. Ed. Paidós.
- La relajación terapéutica en la infancia. J. Bergés y M. Bounes. Ed. Toray-Masson.
- La integración social de los deficientes mentales severos y profundos. Hanna Olechnowicz. Ed. Fundación General Mediterránea.
- Subnormales profundos. Curso de actualización. Varios. Ed. S.I.I.S.
- Manual de psiquiatría infantil. J. de Ajuriaguerra. Ed. Toray-Masson.
- Musicoterapia para el niño disminuido. Juliette Alvin. Ed. Ricordi.
- Music Therapy. Donald E. Michel. Ed. Charles C. Thomas. Illinois.
- Los comienzos de la conducta musical. Ruth Fridman. Ed. Paidós.
- Psicología del ritmo. P. Fraisse. Ed. Morata.