



La improvisación como recurso en musicoterapia. Estudio de caso único de un niño escolarizado en un aula TEA

Mari Carmen Laespada García¹

Recibido: 15/09/2018 Aceptado: 10/10/2018

RESUMEN

La musicoterapia es una disciplina con un recorrido notable que ha demostrado beneficios sustanciales para personas con multitud de perfiles diferentes. Humanos en todas las etapas de la vida, con diversidad funcional, con problemas de salud, cognitivos o emocionales, pueden sentir los beneficios de la musicoterapia. La adolescencia es un período convulso en el desarrollo del ser humano, y la musicoterapia puede ser una fuente de apoyo inestimable para que los adolescentes se desarrollen de forma positiva. El *estado de flujo* es, según Csikszentmihalyi (2012), un estado de alterado de consciencia en el cual una persona se siente unida con una tarea gratificante, produciendo grandes niveles de satisfacción. En el presente trabajo de investigación, se exploran interacciones entre el concepto *estado de flujo* (Csikszentmihalyi, 2012) y la musicoterapia a través de un estudio de caso con un adolescente en un contexto escolar.

Palabras clave: musicoterapia, adolescentes, estado de flujo, musicoterapia humanista, estudio de caso

Improvisation as a resource in music therapy. Single case study of a child enrolled in a TEA classroom

ABSTRACT

Music therapy is a discipline with an important background that has demonstrated its substantial benefits for people with multiple different personal profiles. Humans at all stages of life, with functional diversity, health, cognitive, or emotional problems, can feel the benefits of music therapy. Adolescence is a convulse stage in human development, and music therapy can be an invaluable source of support so adolescents can develop in a positive way. *Flow* is, according to Csikszentmihalyi, an altered state of mind in which a person feels engaged with a gratifying activity, producing high levels of satisfaction. In the present research work, interactions between *flow* (Csikszentmihalyi, 2012) and music are explored through a case-study with one adolescent in a school context.

Keywords: music therapy, adolescents, flow, humanistic music therapy, case-study

Sumario. 1. Introducción. 2. Método. 3. Resultados 4. Discusión 5. Conclusiones 6. Referencias

Cómo citar. Laespada, M.C.. (2018) La improvisación como recurso en musicoterapia. Estudio de caso único de un niño escolarizado en un aula TEA. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 2, 35-46

¹ Profesora centro autorizado de música del Colegio Alarcón. mcarmenlaespada@hotmail.com

1. Introducción

La presente investigación, en forma de estudio de caso único en el ámbito educativo, se centra en el uso de la improvisación en musicoterapia con niños con trastorno de espectro autista (TEA). La importancia de este recurso terapéutico en la interacción con personas con graves alteraciones comunicativas y de comportamiento social radica en considerar la improvisación como el primer canal de contacto con el “niño musical” (Robbins, en Bruscia, 1991 p.59).

Tradicionalmente se ha considerado el autismo como una de las áreas más prometedoras de aplicación de la musicoterapia. Muchos niños con autismo muestran un interés significativo hacia la música y sus componentes (ritmo, altura, armonía o timbre) y parecen más capaces de comunicarse con otros a través del sonido, frente al uso del lenguaje verbal u otros canales sensoriales (Dimitriadis, 2010). Asimismo, investigadores de la primera infancia como Stern y Trevarthen han descrito diálogos sonoros madre-niño mediante términos musicales, diferenciando cualidades tonales (tono, timbre, movimiento tonal) y temporales (pulso, tiempo, ritmo, sincronización), lo que fundamenta la hipótesis de que la música podría ser un medio privilegiado para participar de interacciones sociales no verbales (Gold, Wigram y Elefant, 2007). Vaiouli (2014) considera que la investigación ha demostrado cómo las intervenciones en musicoterapia pueden ayudar a los niños con TEA a adquirir habilidades comunicativas no verbales y/o gestuales, así como incrementar la atención compartida, promover el contacto ocular espontáneo y la capacidad de turnarse en la interacción.

En este estudio de caso único nos hemos centrado en la evocación de respuestas vocales e instrumentales a través de la improvisación terapéutica. La importancia de las respuestas rítmico-instrumentales enlaza con teorías actuales del desarrollo de la intersubjetividad, en la medida en que los primeros significados compartidos entre el niño y el adulto parten de los objetos y sus usos, y en tanto en cuanto la interacción niño-adulto, organizada por elementos rítmicos, permite al primero comprender gradualmente la intención comunicativa del segundo (Moreno, Rodríguez, Del Olmo, 2017). Por otra parte, la evocación de respuestas vocales se justifica por la necesidad de

estimular al niño a un nivel de comunicación preverbal como punto de partida para el desarrollo de su intención y habilidades comunicativas.

Siguiendo la clasificación diagnóstica del DSM-V, la denominación “trastorno de espectro autista” (TEA) sustituye a la anterior categoría de trastornos generalizados del desarrollo (TGD). La existencia de un cuadro clínico variado, con una variabilidad significativa en cuanto a síntomas y grado de afectación de leve a grave, hace necesario hablar de “espectro” del autismo (Tager-Flusberg, H., Caronna, E., 2007; Gold C, Wigram T, Elefant C., 2007). Actualmente el TEA incluye otros trastornos específicos, como el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Se consideran como criterios diagnósticos el inicio a temprana edad (antes de los 3 años) y la presencia de rasgos de desarrollo atípico a tres niveles: interacción social, comunicación y conducta.

A nivel de interacción social, encontramos desde dificultades para ajustar el comportamiento al contexto social hasta la ausencia de interés por interactuar con otros. No en vano la intersubjetividad ha sido un tema ampliamente estudiado en relación al autismo (Kaufmann, L., 2008), considerando que los primeros signos de alarma pueden detectarse en las interacciones madre-hijo. La comunicación también se ve afectada; el lenguaje puede estar ausente, aparecer alterado o idiosincrásico, siendo frecuente la ecolalia (repetición de palabras o frases), así como la dificultad para manejar los elementos no verbales (prosodia, gestos faciales y corporales) en la comprensión del discurso de otros y en la propia expresión. A nivel de conducta, se observa un repertorio de intereses y actividades restringido, estereotipado y repetitivo (OMS, 2017). Pastó Serra (2012) considera otras alteraciones frecuentes en autismo: acciones que externalizan la ansiedad (balanceo, aleteo), insensibilidad al dolor físico, conductas agresivas y autoagresión, memoria perceptiva o fotográfica y trastornos de la alimentación y del sueño.

El trastorno de espectro autista (TEA) ha sido y es considerada una de las áreas pioneras y de mayor repercusión en la aplicación de la musicoterapia (Dimitriadis, 2010; Gold, 2011). Según Oldfield (2016), en los últimos años han proliferado tanto

textos generales como estudios de caso referentes a la investigación sobre el uso terapéutico de la música con autismo, lo que muestra una especial atención en la literatura sobre musicoterapia hacia esta área. Partimos en esta fundamentación teórica del análisis de Kaplan (2005), el primero realizado sobre datos clínicos para estudiar la efectividad y generalización de los resultados de la intervención en musicoterapia con TEA.

En las revisiones de Accordino et al. (2007), Simpson y Keen (2011), y Reschke-Hernández (2011) se describen los estudios publicados más reseñables en el campo de la musicoterapia con TEA entre 1960-70 y 2010, comparados y evaluados en cuanto a metodología de investigación. Accordino et al. (2007) revisan los principales estudios publicados entre 1973-2000 con una población heterogénea en cuanto a edades (de 3 a 41 años). Para el desarrollo de los objetivos, clasificados por áreas (social, comunicación y conducta) se utilizaron diversas técnicas: musicoterapia de improvisación, musicoterapia receptiva, actividades musicales, entrenamiento en integración auditiva (AIT), terapia de entonación melódica, entrenamiento rítmico, y terapia de interacción musical. Según Reschke-Hernández (2011), durante 1940-1950 tanto la musicoterapia como el TEA están en proceso de definición, y hasta la aparición de publicaciones como “Journal of Music Therapy” (1964) y “British Journal of Music Therapy” (1968), la práctica clínica en musicoterapia con TEA no está documentada. El primer estudio experimental sobre los efectos de la musicoterapia en niños con TEA es publicado en el “Journal of Music Therapy” (Stevens y Clark, 1969). Junto a este estudio, sólo dos más utilizan medidas comparativas entre 1950 y 1989, predominando el estudio de caso en la literatura sobre musicoterapia con niños autistas (Reschke-Hernández, 2011).

En la tercera revisión consultada (Simpson y Keen, 2011), se identificaron veinte estudios experimentales sobre musicoterapia y TEA llevados a cabo entre 1990-2010, con un predominio de pacientes en un rango de edades de 3 a 11 años. Comunicación, socialización y conducta son los tres focos en que se centra la intervención, consistentes con el análisis de objetivos de Kaplan (2005) y con la revisión de Accordino (2007). Entre las técnicas más utilizadas, la musicoterapia de

improvisación (Kim et al., 2008, 2009) y las canciones compuestas por el terapeuta mostraron su efectividad en el logro de objetivos de comunicación y socialización, mientras que los objetivos conductuales se trabajaron predominantemente a través de canciones (Pasiali, 2004; Kern et al., 2007).

A partir de 1950 tenemos referencias documentadas de prácticas en el ámbito de la musicoterapia con autismo que incluyen tanto el uso de técnicas de improvisación como de otras más estructuradas (Reschke-Hernández, 2011). En el ámbito europeo, Alvin justifica el uso de la improvisación libre con pacientes no verbales: “La improvisación musical se comprende y describe a veces como un tipo de lenguaje no verbal y preverbal que permite (...) a las personas no verbales, interactuar comunicativamente sin palabras y a todos involucrarse a un nivel más emocional, basado en las relaciones, que aquel accesible mediante el lenguaje verbal” (Alvin, 1991, citado por Gold, Wigram y Elefant, 2007).

Coincidiendo con el concepto de Tom Naess de “musicoterapia orientada a los recursos”, en el marco de la improvisación terapéutica con personas con TEA partimos de la respuesta que nos proporciona el paciente, de lo que éste puede hacer, “identificando e integrando los recursos y potencialidades del paciente en la acción musical compartida” (Drake, L; Ben-Yelun, F. y Del Olmo, M.J., 2017). Según Trevarthen (2002), la improvisación del terapeuta que responde inmediatamente a cualquier expresión del niño puede conectar con el placer por el contacto personal y promover la comunicación a un nivel más íntimo, generando una relación de afecto y confianza y favoreciendo la intencionalidad en la acción, la conciencia y la memoria, algo de especial valor cuando la comunicación verbal se ve suprimida. White (2015) propone unirse al niño con TEA en sus vocalizaciones, comenzando por utilizar los sonidos de éste para después añadir otros, en lo que constituye un ejemplo del empleo de técnicas de empatía en la improvisación clínica (Bruscia, 2010, pp.385-390). De la aplicación de estas técnicas surgen los llamados “temas de interacción” (Holck, 2004), desarrollados entre paciente y terapeuta.

En la literatura revisada sobre musicoterapia con TEA encontramos que la sesión individual es el formato de intervención más frecuente (Kaplan, 2005, p.6), y

que muchas de las experiencias de investigación son descritas en forma de estudios de caso único (Accordino et al, 2007, p.102). Según White (2015), muchos de los estudios de caso históricos describen sesiones individuales, siendo poco habitual que los niños con TEA se integraran en sesiones de grupo. Ya en 1964, año en que se funda “Journal of music therapy”, aparece publicado en el mismo un estudio de caso con autismo infantil (Goldstein, 1964, en “Journal of music therapy”, vol. 1, pp.135-138). Si bien en la década de 1990 las revisiones muestran un predominio de estudios de caso único, a partir de 2000 se documentan más intervenciones grupales (Kern and Aldridge, 2006; White, 2015).

Entre los estudios de caso único más recientes en musicoterapia para niños con TEA, destacamos los estudios de Warnock (2012), Rose y Johnson (2014) y Oldfield (2016). Warnock (2012) utilizó la voz no verbal como medio para conectar emocionalmente con una niña de 6 años con TEA y grandes dificultades de aprendizaje. Rose y Johnson (2014) presentan el caso de un niño de 6 años con autismo de alto funcionamiento para mostrar los efectos favorables sobre la atención conjunta de una intervención basada en actividades musicales estructuradas. El estudio de Oldfield (2016) señala que la improvisación clínica tuvo efectos positivos en la atención y la comunicación espontánea de un paciente autista no verbal de 3 años, estimulando sus vocalizaciones y más tarde la aparición del lenguaje. En los tres casos reseñados, la intervención estuvo dirigida al desarrollo de objetivos pertenecientes a las áreas de comunicación y socialización, prioritarias en las personas con autismo (Kaplan, 2005).

En general, los estudios de caso sugieren que la musicoterapia individual puede ser beneficiosa para los niños con autismo (White, 2015, p.198). No obstante, la prevalencia de este formato de divulgación ha recibido críticas por parte de la comunidad científica. Accordino (2007) considera el peligro de obviar posibles efectos negativos de la musicoterapia en el tratamiento del autismo al fundamentar la investigación en estudios de caso único, frente a los poco frecuentes estudios cuantitativos, o diseños experimentales que comparen el uso de la música con otras formas de terapia.

En este estudio hemos elegido el formato de sesión individual por considerarlo un marco apropiado para iniciar una intervención con un niño autista de 5 años sin lenguaje que no había recibido musicoterapia anteriormente. Coincidimos con el criterio de Alvin respecto a la necesidad de una autopercepción musical, así como de la “capacidad de relacionarse con otra persona en una situación de uno a uno” (Bruscia, 2010, p.80), como requisitos previos para la incorporación a un grupo de musicoterapia.

Citando a Chávez y Barrena (2012): “la enormes variantes de carácter cualitativo que presentan entre sí las personas diagnosticadas con trastorno del espectro autista, hacen muy complicado resumir las competencias de la musicoterapia en el tratamiento de esta patología”. La dificultad de llevar a cabo una intervención en este campo pone en evidencia la importancia de determinar unos objetivos terapéuticos. En la improvisación clínica, las respuestas del paciente a menudo revelan las áreas de trabajo donde se encuentran las mayores necesidades (Wigram, 1991; Chávez y Barrena, 2012).

A continuación procedemos a enumerar la hipótesis y objetivos de este estudio:

Hipótesis:

La imitación, por parte del musicoterapeuta, de los sonidos producidos por el niño con autismo favorece la atención de éste último.

Objetivo general:

Valorar el efecto de la improvisación clínica sobre la atención como elemento esencial en la interacción.

Objetivos específicos:

1. Observar la evocación de respuestas vocales consecuente al uso de técnicas de improvisación clínica.
2. Analizar la frecuencia de los cambios en el foco de atención del paciente.
3. Determinar el efecto de la improvisación clínica sobre la presencia de indicadores de desconexión.
4. Observar la influencia de los usos rítmico-sonoros sobre las estereotipias manuales.

2. Método

Participantes

A continuación se describe la intervención en musicoterapia con un niño de 5 años con autismo. Las sesiones tuvieron lugar en el colegio “María Reina”, centro católico concertado bajo la titularidad de las Hijas de Jesús, que cuenta con un aula TEA (Aula “Globos”) desde septiembre de 2016. Este colegio brinda atención educativa a alumnos desde 2º ciclo de Infantil hasta 4º curso de ESO en el área de Orcasitas, barrio metropolitano de origen obrero y amenazado por procesos de exclusión social.

El niño, en su segundo año de escolarización en el aula TEA, nació de parto natural tras un embarazo normal llevado a término, recibió lactancia materna hasta los 5 meses e inició la marcha a los 13 meses sin gateo previo. Su madre, descrita por la tutora del aula como muy sobreprotectora y poco comunicativa con el profesorado, le retiró el pañal hace unos meses, incluso por la noche, a pesar de que sigue sin controlar esfínteres. Las necesidades del niño se encuadran principalmente en el área de comunicación: con 5 años no tiene lenguaje verbal, por lo que se precisa sistemas aumentativos de comunicación (SAAC basados en pictogramas) para trabajar peticiones, facilitar su comprensión y regulación del entorno y afianzar hábitos de autonomía. En el aula “Globos”, donde se implementa el método de aprendizaje TEAACH y se sigue una metodología basada en la atribución de intención social y comunicativa, el niño ve atendida su necesidad de un ambiente estructurado, previsible y organizado física y temporalmente. Es necesario entrar en su campo visual y centrar su mirada para poder realizar una mínima actividad de comunicación, así como de partir de centros de interés. Tanto la intervención en musicoterapia como la adquisición de habilidades en el aula se ve dificultada por la falta de asistencia continuada del niño, cuyos padres no aceptan su diagnóstico y no utilizan en casa los sistemas aumentativos de comunicación.

En cuanto a sus respuestas rítmico-instrumentales, presenta un patrón de golpeo estable (tempo = 170-180 golpes/min), pero obsesivo y adaptado en cuanto a duración, seriación y nivel energético a su gestualidad corporal (saltos, estereotipias manuales).

Este patrón de golpeo es trasladado de un instrumento a otro (guitarra, baqueta sobre láminas o parches). También cabe destacar el uso de objetos sonoros por parte del niño para girar, normalmente sobre el suelo; el hecho de que estos objetos suenen puede retroalimentar de algún modo este comportamiento estereotipado, ya que el niño recibe al mismo tiempo una estimulación por vía auditiva.

Procedimiento

Al llegar al centro, la tutora del aula TEA nos informa de que en ella se atiende a cinco niños, más otro alumno pendiente de valoración. Se opta por un formato individual para las sesiones, dadas las dificultades que presentan los niños del aula TEA en las áreas comunicativa y social. En un primer momento, nos dedicamos a la observación de los niños en su aula de referencia, durante actividades de clase y de juego libre. Aunque Pastó Serra (2012) recomienda plantear 3-4 sesiones de observación previa a la determinación de objetivos terapéuticos, sólo se dedican dos sesiones a esta tarea, dado el escaso tiempo de que disponemos. Coincidiendo con el periodo de observación, se pasa un cuestionario a la tutora para evaluar las necesidades de los alumnos del aula TEA (ver anexos). En base a los resultados, se elige al sujeto de nuestro estudio (V), quien, siendo el niño con un nivel más bajo de lenguaje expresivo, muestra una conducta musical excepcional.

En la siguiente fase, se plantean los objetivos terapéuticos y las directrices metodológicas de la intervención. Para ello, se entrevista a la tutora, quien nos facilita información más detallada sobre el alumno: su historia escolar y familiar, su estilo de aprendizaje, y las áreas más afectadas de su desarrollo (valoradas en mayor profundidad a través de un nuevo cuestionario). A partir de la información recopilada y de la observación directa del niño, se establecen los siguientes objetivos terapéuticos:

- Favorecer la atención, reduciendo la frecuencia de signos de desconexión
- Canalizar las vocalizaciones prelingüísticas hacia la producción de sílabas
- Reconducir las estereotipias manuales hacia usos rítmico-sonoros

A continuación, se fija una frecuencia semanal para las sesiones individuales, que se realizan los miércoles en el aula de usos múltiples del colegio, una sala amplia anexa al comedor. Por estar destinado al almacenamiento, no es el espacio más apropiado para trabajar la atención, pues hay un exceso de estímulos visuales que favorece que el niño deambule y trate de coger distintos objetos no musicales. Contamos con instrumentos de pequeña percusión en la sala (parches, maderas, maracas y cascabeles), y se aporta también un instrumento de acompañamiento, guitarra o ukelele. Previamente, la tutora del niño, que acude a las sesiones, facilita la adaptación del alumno a este nuevo espacio, distinto a su aula de referencia. Aunque se proponen sesiones de 30 minutos, la duración de las mismas varía en función del estado físico/emocional del niño y de su tolerancia a los cambios de actividad: concretamente, la primera sesión no duró más de 10 minutos.

Al trabajar con personas con autismo, es fundamental la anticipación por el estrés que puede generarles la ruptura de su rutina. Por ello, la sesión ha presentado siempre la misma estructura: canción de bienvenida, improvisación y canción de despedida. En la intervención hemos recurrido al uso de diferentes técnicas de improvisación clínica (Bruscia, 2010, pp. 382-407):

- Técnicas de empatía: imitar, sincronizar y/o incorporar las respuestas (motrices, vocales, rítmico-instrumentales) del niño, reflejando su conducta y estado.
- Técnicas de estructura: integramos los sonidos producidos por el niño, aportando un fondo rítmico y un centro tonal, y desarrollando formas musicales sencillas.
- Técnicas de intimidad: compartimos instrumentos, principalmente la guitarra (colocamos las posiciones de los acordes, y el niño ejecuta su golpeo característico sobre las cuerdas); e improvisamos canciones sobre la conducta/acción/emociones del niño, con el propósito de reforzar la relación paciente-terapeuta.
- Técnicas de facilitación: principalmente, repetir, modelar y hacer espacios, y también interponerse y extender musicalmente las respuestas vocales-rítmicas.
- Técnicas de redirección: introducimos cambios en el discurso musical, pues el niño tiende a la autoestimulación al manipular objetos y producir sonidos.

- Técnicas de procedimiento: ayudando al niño a sujetar correctamente el instrumento/baqueta, cambiando de objeto sonoro y acompañando al niño en sus propuestas, otorgándole la capacidad de dirigir musicalmente la improvisación.

Con previa autorización, las sesiones son grabadas para su posterior análisis. No se logra establecer comunicación con la familia del niño durante la intervención, y esta se produce únicamente a través de la tutora del aula TEA, quien insta a los padres a evitar las ausencias los días que su hijo tiene musicoterapia. A pesar de ello, se reiteran las faltas de asistencia, lo que supone una dificultad añadida de cara a la evolución terapéutica.

Recopilación de datos

A continuación se muestra la hoja de registro sobre la cual, al finalizar cada sesión, se han evaluado de forma cualitativa (escala 1-10) las respuestas en distintas categorías de observación; el análisis posterior de las grabaciones ha permitido cuantificar el número de respuestas del paciente con mayor precisión.

Tabla 1

Hoja de registro de datos para el análisis de las sesiones

| Categorías de observación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Indicadores de atención-desconexión | | | | | | | | | | |
| Mira instrumento de la terapeuta | | | | | | | | | | |
| Comparte instrumento con la terapeuta | | | | | | | | | | |
| Mira objeto sonoro al tocar | | | | | | | | | | |
| Mirada perdida al tocar | | | | | | | | | | |
| Mirada perdida al escuchar a la terapeuta | | | | | | | | | | |
| Mirada perdida al girar objetos | | | | | | | | | | |
| Frecuencia de cambios en el foco de atención | | | | | | | | | | |
| Respuestas vocales | | | | | | | | | | |
| Boca cerrada | | | | | | | | | | |
| Vocalizaciones | | | | | | | | | | |
| Sílabas | | | | | | | | | | |
| Usos rítmico-sonoros | | | | | | | | | | |
| Gira objeto, sin sonido (baqueta) | | | | | | | | | | |
| Gira objeto, con sonido | | | | | | | | | | |
| Golpea objeto contra el suelo | | | | | | | | | | |
| Utiliza objeto sobre instrumento | | | | | | | | | | |
| Golpea cuerdas de la guitarra/ukelele con mano | | | | | | | | | | |

Sesiones de musicoterapia

En las sesiones se recibe al niño con una canción de bienvenida que incluye como elementos verbales “hola” y el nombre de éste, para concluir con la frase “estás en música”. Esta canción enmarca temporalmente la sesión y actúa como elemento de anticipación para el niño. Hemos considerado, como recomiendan Chávez y Barrena (2012), respetar los elementos musicales indicadores; así, la canción va precedida de un enlace de dos acordes dominante-tónica. Además de ayudar al niño a estructurar su experiencia, buscamos la interacción social a través de una toma de conciencia de sí mismo, de la definición de un “tú” y un “yo” a nivel intersubjetivo (“yo me voy a presentar”, “tú te vas a presentar”). La improvisación, que surge como una extensión de la canción de bienvenida, constituye el grueso de la sesión; a través de ella nos proponemos conocer al niño musicalmente y evocar en él respuestas vocales y rítmico-instrumentales, partiendo de un papel más activo del terapeuta para retirarse a medida que aumenta la capacidad de respuesta del niño. El final de la sesión viene marcado también por una canción de despedida, ayudándole a interiorizar la necesidad de cerrar la interacción de algún modo; en este caso, la música actúa como elemento facilitador. Por las continuas faltas de asistencia del niño al colegio, sólo se han podido realizar y grabar seis sesiones de musicoterapia (dos en octubre, tres en noviembre y una en diciembre), además de dos sesiones de observación en el aula de referencia del niño.

Análisis de datos

La grabación de las sesiones ha facilitado la tarea de establecer una serie de categorías de observación (ver tabla 3). Los datos obtenidos en torno a las mismas han sido recogidos en una hoja de registro tras el análisis de cada sesión, y analizados con Excel. Los resultados en las categorías de indicadores de atención-desconexión, respuestas vocales y respuestas rítmico-instrumentales corresponden al análisis de los diez primeros minutos de cada sesión. Para el cálculo de la frecuencia media de los cambios en el foco de atención, sólo se han considerado los primeros cinco minutos.

3. Resultados

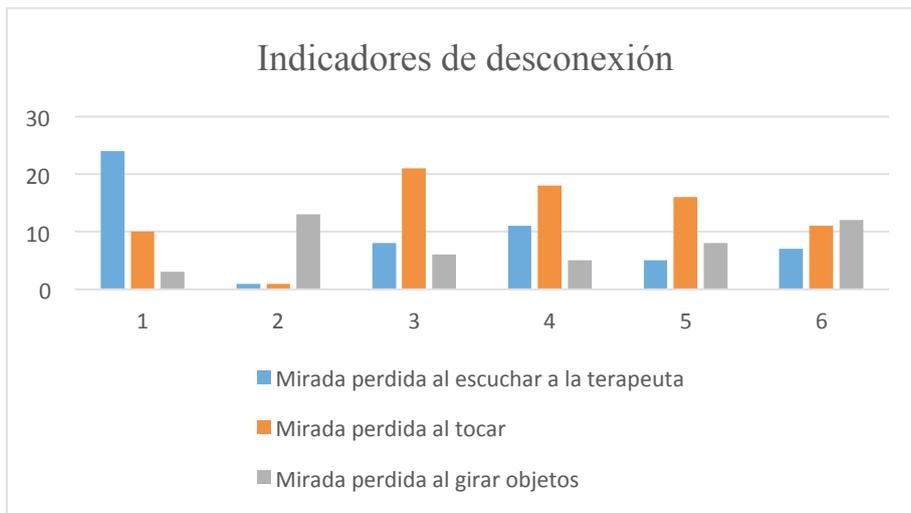


Fig. 1. Indicadores de desconexión

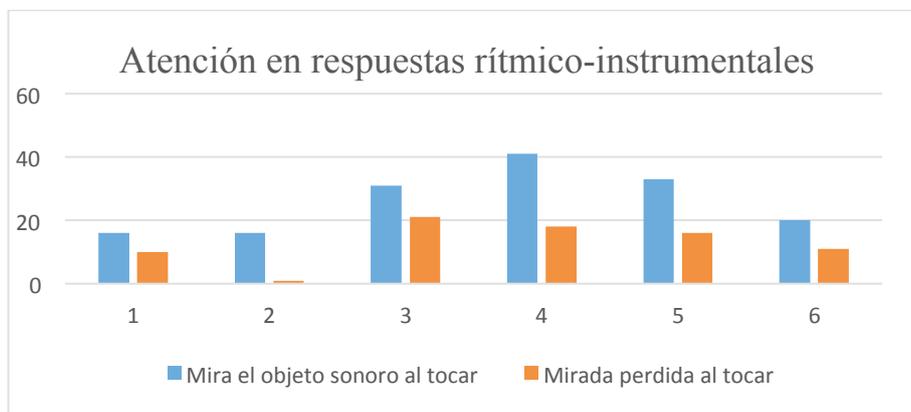


Fig. 2. Atención en respuestas rítmico-instrumentales

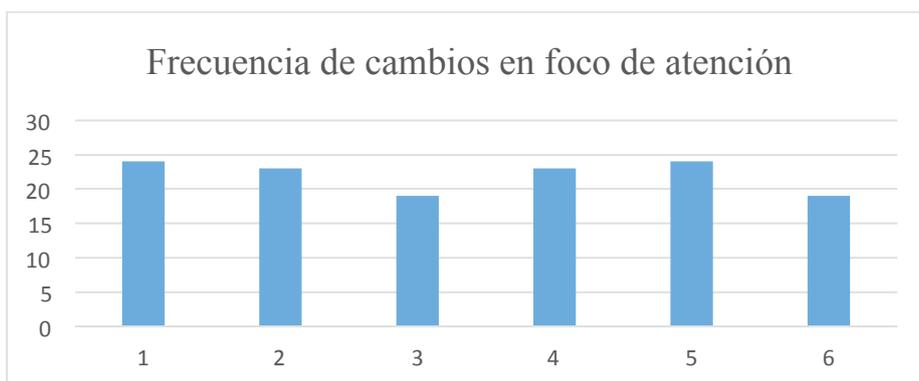


Fig. 3. Frecuencia de cambios en foco de atención



Fig. 4. Respuestas vocales

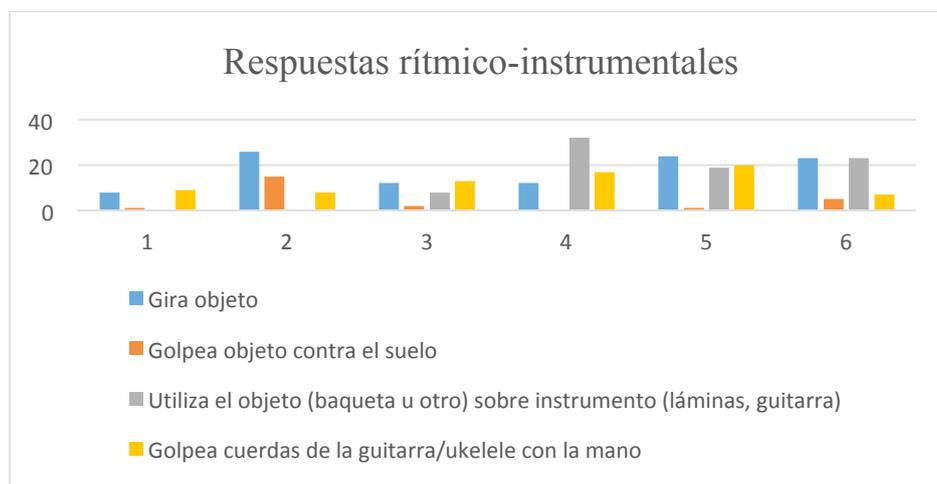


Fig. 5. Respuestas rítmico-instrumentales

Análisis de los resultados

El niño presenta a menudo una mirada perdida que interpretamos como signo de desconexión, a pesar de que muestre al mismo tiempo respuestas vocales o instrumentales. Durante los diez primeros minutos de cada sesión, se ha comparado la frecuencia con que este signo aparece asociado a distintas acciones: escuchar la música improvisada por la musicoterapeuta, tocar instrumentos y girar objetos (baquetas, maraca, etc.). Durante la primera sesión, en la que hubo menos respuestas del niño, se registró una mayor frecuencia de desconexión, sobre todo al escuchar. En las siguientes sesiones disminuye el número de desconexiones al escuchar, pero ésta aumenta al tocar. Resulta destacable que en la segunda sesión apenas hay desconexión al escuchar o tocar, pero sí al girar objetos; esto fue debido a que el niño, al pasar buena parte de la sesión deambulando y manipulando objetos de forma estereotipada, no mostró apenas

respuestas rítmico-instrumentales. La frecuencia de miradas al objeto sonoro supera siempre al número de signos de desconexión. Al comparar la frecuencia de los cambios en el foco de atención, se observa una tendencia descendente, con un repunte en las sesiones 4ª y 5ª, para descender de nuevo en la 6ª sesión. A medida que transcurren las sesiones, hay un incremento notable de las respuestas vocales del niño, sobre todo con boca cerrada (sonido “M”). Más discreta, aunque con una tendencia al alza, es la evolución en la frecuencia de las vocalizaciones, con una progresiva ampliación en los sonidos vocales del niño (A, E, I, O).

Para comprobar en qué medida la musicoterapia influye en la canalización de las estereotipias manuales del niño hacia usos canónicos, se han observado sus respuestas rítmico-instrumentales, incluyendo su conducta característica de girar objetos. Habida cuenta de que en la primera sesión apenas entró en contacto con los objetos del setting, podemos inferir de los datos recogidos en las siguientes sesiones: cierta disminución en la frecuencia de la estereotipia de girar, que experimenta un incremento en las dos últimas sesiones; al mismo tiempo, el niño empieza a sustituir el golpeo de objetos contra el suelo por la utilización de éstos sobre las láminas del metalófono o las cuerdas de la guitarra.

4. Discusión

Los objetivos de la intervención se encuadran en las tres áreas que el análisis de Kaplan (2006) señala como principales en musicoterapia con pacientes con TEA: la mejora de la atención repercute en el área psicosocial, siendo fundamental para el surgimiento de la intersubjetividad; asimismo, se ha buscado abrir un canal para el desarrollo de la intención comunicativa de un paciente sin lenguaje a través del trabajo vocal dirigido por técnicas de improvisación clínica; por último, en el área de conducta nos hemos centrado en canalizar las estereotipias manuales hacia usos rítmico-sonoros.

Tras la implementación de técnicas de improvisación clínica (principalmente, imitación y sincronización), se observa una evolución en la atención del paciente en su interacción musical con la terapeuta. Concretamente, han disminuido la frecuencia de

los signos de desconexión en la escucha de la música improvisada por la terapeuta, así como la frecuencia de los cambios en el foco de atención. Podemos ver en estos resultados, consistentes con el estudio de Vaiouli (2014), una mejora de la atención compartida y de la capacidad de turnarse en la interacción, en la que se alternan los momentos de escucha y los de improvisación activa. Debemos señalar que, en las sesiones 4 y 5, en las que la frecuencia de cambios de atención se incrementa, éstos se producen muy rápidamente, pasando el niño de un instrumento a otro, y que las “desconexiones” son muy breves (el niño aparta la mirada del instrumento por un instante mientras sigue tocando, para volver a enfocarlo con la mirada poco después). Por otra parte, se observó un aumento de la frecuencia de los signos de desconexión al tocar instrumentos; en este caso, entendemos estos resultados como una manifestación psicopatológica del paciente, siendo frecuentes en las personas autistas las asociaciones corporales-musicales carentes de funcionalidad expresiva o social (Chávez y Barrena, 2012, p.164).

La importancia de la oralidad en un paciente no verbal con importantes restricciones a nivel comunicativo justifica la exploración de sus respuestas vocales. Según Warnock (2004), el trabajo vocal juega un papel clave en musicoterapia con esta población, debido a la estrecha relación entre la identidad y la voz, que conecta cuerpo y emociones. Hemos partido de las respuestas del niño, que produce con frecuencia un sonido similar a la “M” con la boca cerrada; a veces entona sobre una altura fija, coincidente con el tono producido por alguna de las cuerdas de la guitarra o el ukelele, pero también modula la altura de estos sonidos a través de “glissandos”. Teniendo en cuenta que la elección del instrumento acompañante fue ajena a esta circunstancia, podemos decir que se ha producido un ajuste sonoro entre paciente y terapeuta, posibilitado por la excepcional capacidad auditiva del niño. Constatada esta realidad, nos hemos unido a las vocalizaciones del niño como propone White (2015), entonando sobre los sonidos que él utiliza (M), para después proponer otros nuevos (vocales y sílabas).

Además, al improvisar temas de interacción (Holck, 2004) como “V, estás en música” o “V puede tocar”...., hemos utilizado el registro en que se mueven las

producciones orales del niño, lo que ha facilitado que éste se una al canto con sus propios sonidos. Los resultados de la intervención muestran un aumento en la frecuencia de las respuestas vocales, hasta el punto de entonar sobre un sonido “M” de manera continua, lo que dificulta la tarea de cuantificar las respuestas. Además, las entonaciones del niño sobre “M”, que surgen durante la misma canción de bienvenida, terminan por adaptarse en duración al fraseo de éste y de otros temas de interacción, y en altura tonal al instrumento de la terapeuta. El uso de técnicas de imitación y sincronización sobre los sonidos orales del niño da lugar a una interacción a nivel proto-verbal, que estimula la frecuencia y variedad de las vocalizaciones. Aunque no se logra el objetivo de canalizar éstas hacia la producción de sílabas con intención comunicativa, el niño llega a producir sonidos mantenidos, partiendo de la “m” de boca cerrada hacia una vocalización sobre la “I” (MI). Estos sonidos han sido registrados como vocalizaciones por su duración, no como sílabas. Se habría necesitado mayor tiempo de intervención para dotar de función comunicativa a estas producciones vocales emergentes.

Según Moreno (2017), las interacciones que determinan el desarrollo de la intersubjetividad y de la creación de significados compartidos sobre los objetos y sus usos están organizadas por elementos rítmicos. Siendo característica del TEA la presencia de estereotipias manuales, hemos tratado de determinar en qué medida estas conductas pueden ser reconducidas hacia usos rítmico-sonoros, que muestren al niño su capacidad de influir en su entorno. No obstante, debemos señalar la dificultad de diferenciar en algunos casos un uso estereotipado (girar un objeto) de un uso canónico, por ejemplo, al tocar instrumentos que suenan al ser agitados (cascabeles o maraca). Esto dificultó el recuento de respuestas rítmico-instrumentales en la 2ª sesión, durante la cual el niño deambuló girando y golpeando objetos contra el suelo la mayor parte del tiempo, y mostrando interés por la guitarra ocasionalmente. Observamos cómo la frecuencia de las estereotipias manuales disminuye en las dos sesiones siguientes (3ª y 4ª), coincidiendo con el uso de la baqueta para golpear instrumentos. Aunque el niño suele elegir la baqueta para percutir el metalófono, objeto por el que muestra cierta fijación, a veces la sustituye por otro objeto alargado (claves o maracas), o bien utiliza el objeto para golpear las cuerdas de la guitarra. A pesar de estas peculiaridades en lo

que podríamos considerar “usos canónicos”, resulta notable que de repente empiece a utilizar objetos intermediarios, al tiempo que se reducen las estereotipias manuales de girar y golpear contra el suelo. Al principio, las secuencias de sonidos ejecutados sobre el metalófono son muy breves, caracterizadas por un golpeo impulsivo y adaptado en duración a las estereotipias manuales, que también está presente al tocar las cuerdas de la guitarra; conforme avanzan las sesiones, hay una mayor flexibilidad en el ritmo de golpeo, y las improvisaciones se extienden en el tiempo, con mantenimiento de la mirada sobre el instrumento. Por último, resulta evidente que la guitarra constituye un gran centro de interés para el niño, comparable a su gusto por la manipulación de las baquetas, observando una tendencia creciente en el niño a compartir el instrumento con la terapeuta. Consideramos la importancia de compartir instrumentos como técnica de intimidad (Bruscia, 2010, p.396) en la medida en que proporciona un foco para la atención conjunta y ayuda a establecer un espacio de confianza en la interacción paciente-terapeuta.

En la última sesión, no obstante, el niño, que había faltado a musicoterapia durante dos semanas, apenas se acercó a la guitarra, usando la baqueta para girar y tocar el metalófono intermitentemente. Si bien se observa una tendencia determinada en la evolución de los parámetros observados en cuanto a atención, respuestas vocales y respuestas instrumentales, hay que señalar lo impredecible de los avances y retrocesos al trabajar con pacientes con TEA, aún más evidente cuando el proceso terapéutico no se desarrolla con la continuidad deseada. Podríamos decir que la intervención hasta el momento ha consistido en “enfrentarse musicalmente al niño y/o en evocar un tipo de respuesta” (Bruscia, 2010, p.47). A pesar de ello, la hipótesis del estudio se cumple en la medida en que, partiendo de los sonidos del niño en una intervención basada en la improvisación, se favorece la atención y se estimula las respuestas vocales del paciente.

5. Conclusiones

La intervención en musicoterapia descrita ha tenido como objetivos principales el desarrollo de la atención y la búsqueda de respuestas vocales que estimulen la intención comunicativa en un niño con TEA. Durante tres meses se han realizado

semanalmente sesiones individuales desde un enfoque de musicoterapia creativa orientada a los recursos, partiendo de las respuestas del paciente en la improvisación terapéutica y respetando una estructura temporal de la sesión que facilite la anticipación. Los resultados del análisis de diversas categorías de observación muestran una disminución de los indicadores de desconexión al escuchar, así como de la frecuencia de cambios en el foco de atención, y se incrementan las respuestas vocales del paciente cuando éstas son integradas en la improvisación a través de técnicas como la imitación y la sincronización. La música improvisada se convierte en centro de interés, estimulando en el niño la emisión casi ininterrumpida de sonidos con boca cerrada adaptados en fraseo y altura tonal, y emergen vocalizaciones libres, a veces precedidas por “m”, que podrían reconducirse hacia la producción de sílabas. En cuanto a respuestas rítmicas, el uso de objetos intermediarios (baqueta) llega a imponerse sobre las estereotipias manuales (golpear objetos contra el suelo); sin embargo, en las dos últimas sesiones se recupera la tendencia inicial a girar objetos, al tiempo que aumentan los signos de desconexión al tocar instrumentos. Se verifica la hipótesis planteada al observar resultados favorables en las áreas de atención y respuestas vocales tras las sesiones.

Pese al esfuerzo por delimitar los objetivos terapéuticos en torno a las áreas de interacción social, comunicación y lenguaje (Kaplan, 2006), consideramos que la intervención ha consistido hasta el momento en enfrentarse al niño musicalmente y evocar respuestas (Bruscia, 2010). Siendo necesarias nuevas investigaciones en el ámbito interdisciplinar, y asumiendo que “en el terreno de lo no verbal siempre hay un elemento de incertidumbre” (Warnock, 2012, p.91), proponemos la improvisación terapéutica como recurso capaz de abrir un canal de comunicación para las personas con TEA.

6. Referencias bibliográficas

- Accordino, R., Comer, R., y Heller, W. B. (2007). Searching for music’s potential: A critical examination of research on music therapy with individuals with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders, 1*, pp. 101–115.
- Bruscia, K. (2010). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Vitoria: Editorial Agruparte.

- Chávez, S., y Barrena, F. (2012). Romper el silencio: musicoterapia aplicada al TEA. En M. Mercadal-Brotons, y P. Martí Augé. (Ed.), *Música, musicoterapia y discapacidad* (pp. 161-171). Ed. Médica Jims, S.L.
- Dimitriadis, T., y Smeijsters, H. (2011). Autistic spectrum disorder and music therapy: theory underpinning practice. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(2), pp. 108-122.
- Drake, L., Ben-Yelun, F., y Del Olmo, M.J. (2017). Musicoterapia en una UCI pediátrica: El uso de la música como emergente emocional en el proceso de intervención con niños en situación de riesgo. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 1, pp. 14-31.
- Gold, C., Wigram T., y Elefant C. (2007). Musicoterapia para el trastorno de espectro autista (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado de <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Gold, C. (2011). Special section: music therapy for people with autistic spectrum disorder. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(2), pp. 105-107, DOI: 10.1080/08098131.2011.569164
- Goldstein, C. (1964). Music and creative arts therapy for an autistic child. *Journal of music therapy*, 1, pp. 135-138.
- Holck, U. (2004). Interaction Themes in Music Therapy: Definition and Delimitation. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(1), pp. 3-19.
- Kaplan, R., Steele, A. (2005). An Analysis of Music Therapy Program Goals and Outcomes for Clients with Diagnoses on the Autism Spectrum. *Journal of Music Therapy; Spring 2005; 42(1)*, pp. 2-19.
- Kaufmann, L., (2008). Las raíces intersubjetivas del autismo acerca de la resonancia empática entre un niño pequeño con signos clínicos de autismo y sus padres. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 12, pp. 95-122. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales de Buenos Aires.
- Kern, P., y Aldridge, D. (2006). Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care program. *Journal of Music Therapy*, 43, pp. 270–294.
- Kern, P., Wolery, M., y Aldridge, D. (2007). Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, pp. 1264–1271.
- Kim, J., Wigram, T., y Gold, C. (2008). The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviours in autistic children: A randomized controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, pp. 1758–1766.
- Kim, J., Wigram, T., y Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism*, 13, pp. 389–409.
- Moreno, A., Rodríguez, C., y Del Olmo, M.J. (2017). Rhythmic ostensive gestures: How adults facilitate infants' entrance into early triadic interactions. *Infant Behavior and Development*, 49, pp. 168–181.
- Oldfield, A. (2016). The Future of Music Therapy for Persons with Autism Spectrum Disorder. En C. Dileo. (Ed.), *Envisioning the Future of Music Therapy* (pp. 96-103). Temple University's Arts and Quality of Life Research Center.

- OMS (2017). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/> (1 de noviembre de 2017)
- Pasiali, V. (2004). The use of prescriptive therapeutic songs in a homebased environment to promote social skills acquisition by children with autism: Three case studies. *Music Therapy Perspectives*, 20, pp. 11–20.
- Pastó Serra, B. (2012). Musicoterapia y autismo infantil. En M. Mercadal-Brotons, y P. Martí Augé. (Ed.), *Música, musicoterapia y discapacidad* (pp. 173-181). Ed. Médica Jims, S.L.
- Reschke-Hernández, A. (2011). History of Music Therapy Treatment Interventions for Children with Autism. *Journal of Music Therapy*, 48(2); pp. 169- 207.
- Robbins, C., y Robbins, C. (1991). Self-Communications In Creative Music Therapy. En K. Bruscia. (Ed.), *Case Studies in Music Therapy* (pp. 55-72). Barcelona publishers.
- Rose, P., y Johnson, K. (2014). The effects of structured musical activity sessions on the development of a child with autism spectrum disorder: A case study. *Approaches: Music Therapy & Special Music Education*, 6(2), pp. 88-98. Recuperado de <http://approaches.primarymusic.gr>
- Simpson, K., y Keen, D. (2011). Music Interventions for Children with Autism: Narrative Review of the Literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41; pp. 1507–1514. DOI 10.1007/s10803-010-1172-y
- Tager-Flusberg, H., y Caronna, D. (2007). Language Disorders: Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Clinics of North America*, 54; pp. 469-481. doi:10.1016/j.pcl.2007.02.011
- Trevarthen, C. (2002). Autism, sympathy of motives and music therapy. *Enfance*, 54(1) pp. 86-99.
- Vaiouli, P. (2014). Joint engagement for toddlers at risk with autism: a family, music-therapy intervention. *Music Therapy Perspectives*, 32(2); p. 193.
- Warnock, T. (2012). Vocal connections: How voicework in music therapy helped a young girl with severe learning disabilities and autism to engage in her learning. *Approaches: Music Therapy & Special Music Education*, 4(2), pp. 85-92. Recuperado de <http://approaches.primarymusic.gr>
- White, B. (2015). ‘What sound can you make?’ A case study of a music therapy group for children with autism, learning disabilities and challenging behaviours. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, 7(2), pp. 197-206.
- Wigram, T. (1991). Music Therapy For A Girl With Rett's Syndrome: Balancing Structure and Freedom. En K. Bruscia. (Ed.), *Case Studies in Music Therapy* (pp. 39-53). Barcelona publishers.