



Inicios de un grupo de musicoterapia con pacientes en edad adulta con trastorno del espectro autista

Marta Hernández Sonseca ¹

Recibido: 2/11/2021 Aceptado: 8/11/2021

RESUMEN : En este trabajo se ha estudiado un grupo de mujeres autistas recibiendo sesiones de musicoterapia durante tres meses. El interés de este estudio se focaliza en conocer cómo ha sido el proceso inicial de formación del grupo en relación con la musicoterapia. Con esta intervención se ha pretendido demostrar que la aplicación de la musicoterapia en personas TEA favorece la expresión y comunicación, ayudando al control de impulsos y de conductas disfuncionales. La metodología llevada a cabo ha sido completamente vivencial basada en un enfoque de musicoterapia activa. Las actividades guiadas y estructuradas han propiciado una mayor participación y presencia de las pacientes. El repertorio sencillo, partiendo de sus intereses y con tendencia al ámbito infantil ha funcionado. La musicoterapia ha favorecido la expresión verbal, gestual y corporal de las pacientes y ha ayudado a la estabilidad emocional de las pacientes reduciéndose las conductas desadaptativas durante la sesión.

Palabras Clave: Musicoterapia, autismo, inicios, grupo, adultos.

Beginnings of a music therapy group with adult patients with autistic spectrum disorder

ABSTRACT: In this study, a group of autistic women receiving music therapy sessions for three months has been studied. The interest of this study is focused on knowing how the initial process of group formation in relation to music therapy has been. With this intervention it has been tried to demonstrate that the application of music therapy in ASD people favors expression and communication, helping to control impulses and dysfunctional behaviors. The methodology carried out has been completely experiential based on an active music therapy approach. Guided and structured activities have led to greater participation and presence of patients. The simple repertoire, based on their interests and with a tendency towards children, has worked. Music therapy has favored the verbal, gestural and corporal expression of the patients and has helped the emotional stability of the patients, reducing maladaptive behaviors during the session.

Key words: music therapy, autism, beginning, group, adults

Cómo citar: Hernández Sonseca, M. Inicios de un grupo de musicoterapia con pacientes en edad adulta con trastorno del espectro autista. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 5, 2021, 112-130
<https://doi.org/10.15366/rim2021.5.007>

¹ Máster Musicoterapia Avanzada y Aplicaciones UAM. martahsh@gmail.com

1. Introducción

1.1. Justificación del tema elegido.

El estudio de este tema surge en relación con las prácticas de musicoterapia realizadas en un centro ubicado en un municipio de la Comunidad de Madrid especializado en la rehabilitación y el fomento del bienestar de personas adultas que padecen autismo. En dicho centro atienden a 45 adultos diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en régimen de centro de día o residencia. Un día a la semana algunos de ellos participan de las sesiones grupales de Musicoterapia, llevadas a cabo por la profesora y musicoterapeuta Alicia Lorenzo.

Actualmente existe un grupo de musicoterapia ya consolidado formado por 6 varones, que llevan realizando este trabajo terapéutico desde hace meses. Desde primeros de marzo surgió la posibilidad de comenzar un nuevo grupo, en este caso formado por mujeres. Alguna de ellas ha participado anteriormente en otro grupo de musicoterapia, pero para las demás integrantes era su primera experiencia de musicoterapia.

Supone una gran oportunidad de estudio el observar cómo se crea un nuevo grupo desde sus inicios, de qué manera van creando el vínculo con la musicoterapeuta, cómo participan de las diferentes actividades musicales, qué tipo de comunicación se origina con la música a nivel individual y a nivel grupal entre las integrantes.

1.2. Problema al que da respuesta.

El autismo tiene una prevalencia de un 1% en la población mundial. Las personas que padecen este trastorno tienen limitadas sus funciones comunicativas y expresivas, además de presentar comportamientos agresivos, movimientos estereotipados y enfermedades crónicas. Se plantea urgente y de gran importancia dar soporte y herramientas a estas personas para que puedan sobrellevar su día a día y llevar una vida lo más autónoma y adaptada posible a la sociedad en la que viven.

La musicoterapia nos ofrece muchas herramientas para promover y facilitar la comunicación y la expresión con las personas TEA, ya que nos servimos de un lenguaje diferente al verbal, el lenguaje musical, para generar espacios de intercambio y comunicación. La música es un canal en el que poder expresar emociones, trabajar la motricidad, el gesto, la

atención, la coordinación, y un sinnúmero de elementos que ayudan a la persona a mejorar su bienestar y aumentar su capacidad de acción en su entorno.

1.3. Hipótesis del trabajo.

La aplicación de musicoterapia en personas TEA favorece la expresión y comunicación, ayudando al control de impulsos y de conductas disfuncionales.

1.4. Objetivos del trabajo.

- Crear un vínculo afectivo para favorecer el trabajo de musicoterapia.
- Mejorar la comunicación y expresión de las pacientes a través de las sesiones.

Objetivos específicos:

- Trabajar la atención y la presencia a través de las actividades musicales.
- Desarrollar los aspectos verbales y no- verbales (gestos, contacto visual...) de la comunicación por medio de canciones y del trabajo de expresión corporal.
- Favorecer el control de conductas desadaptativas con el trabajo de musicoterapia.
- Potenciar la estabilidad y el equilibrio emocional a través de las sesiones de musicoterapia.

2. Marco teórico

El trastorno del espectro autista (TEA) se encuentra definido en el DSM-5 dentro de los trastornos del neurodesarrollo, grupo de enfermedades que comienzan en la etapa inicial de desarrollo del ser humano.

El término autismo proviene del griego “autt (o)” que significa *que actúa sobre uno mismo*, sumado al sufijo -ismo, que quiere decir proceso patológico, por lo que indica proceso patológico que actúa sobre uno mismo (Bonilla, 2016).

En 1910 se acuñó por primera vez el término de autismo por Eugene Bleuler, psiquiatra suizo que englobó esta peculiaridad como una característica más dentro de la esquizofrenia. Fue en el año 1943 con la publicación del artículo “trastornos autistas del contacto afectivo” del psiquiatra austriaco, reconocido como el padre del autismo, Leo Kanner, cuando comienza el punto de partida considerado por la comunidad científica de este síndrome. Kanner en su artículo revisa once casos de niños, ocho niños y tres niñas y saca conclusiones acerca de sus descripciones y los datos aportados por las familias. Sus conclusiones rompen con la idea de

Bleuler, sobre que el autismo es un rasgo de la esquizofrenia, sino que considera estas características como un nuevo síndrome que ha de ser valorado como tal. Concluyendo lo siguiente: "... debemos asumir que estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo normal con las personas biológicamente proporcionadas, al igual que otros nacen con deficiencias intelectuales o físicas innatas." (Kanner, 1943, p. 250).

Según Artigás- Pallarés (2017), antes de 1943 el pediatra investigador y psiquiatra austríaco Hans Asperger ya había atendido y diagnosticado de psicopatía autista a más de doscientos niños, publicando su tesis doctoral al respecto. Asperger consideraba esta psicopatía como una condición multidimensional, difícil de poner límites muy definidos, cuya característica en común era la relación de la persona con el mundo exterior y los objetos, además de otras cualidades que presentaban en sujetos concretos: torpeza motriz, hiperactividad, hiper o hiposensibilidad sensorial y en los casos más graves discapacidad intelectual, daño cerebral y epilepsia entre otros. Artigás- Pallarés (2017) pone en duda la hegemonía del discurso kanneriano y resalta la figura de Asperger como precursor en el estudio e investigación del Autismo.

Tanto Asperger como Kanner observaron la posibilidad de un factor genético hereditario complejo, ya que, en muchos de los casos, algún familiar ascendente de los pacientes presentaba rasgos similares a los de sus hijos (Artigás- Pallarés, 2017).

En 1979 Wing y Gould realizaron un estudio en Londres donde detectaron casos de autismo que no entraban dentro del perfil definido hasta entonces con los parámetros kannerianos. Concluyeron que para abarcar todas estas peculiaridades era necesario abarcar el estudio del autismo desde otra mirada y por ello crearon una nueva nomenclatura llamada "espectro autista", en la que incluyen alteraciones en las capacidades de reconocimiento social, comunicación social, imaginación y comprensión social y patrones repetitivos de actividad. A esta nueva mirada de diagnóstico se le ha denominado la tríada de incapacidad o tríada de Wing.

Chávez y Barrena (2008) resalta el trabajo de Ángel Riviére, psicólogo e investigador español, especialista de gran renombre en el mundo de habla hispana sobre el trastorno del espectro autista. Riviére crea un Inventario del Espectro Autista (IDEA), con 12 categorías desarrolladas a su vez en subcategorías que ayudan a realizar una mejor definición del diagnóstico de cada paciente.

- Trastornos de la relación social.
- Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (atención, acción y preocupación conjuntas).
- Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.
- Trastorno de las funciones comunicativas.
- Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.
- Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.
- Trastornos de las competencias de anticipación.
- Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental.
- Trastorno del sentido de la actividad propia.
- Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción.
- Trastorno de la imitación.
- Trastorno de la suspensión (capacidad para hacer significantes).

Riviére (1997) habla de la importancia de humanizar los cuidados y la atención necesaria a las personas que padecen este trastorno, sugiriendo una nueva mirada humanista que surge de la empatía hacia las personas que padecen este trastorno. Para ello expone veinticinco puntos redactados en primera persona, en el que el emisor es la persona con TEA que se dirige al cuidador o persona a cargo, expresando sus necesidades, tanto educativas, terapéuticas, afectivas y en definitiva de derechos humanos de las personas afectadas por el trastorno autista. Comenta la necesidad de vivir en un mundo calmado sin hiperestímulos, organizado y predecible para sentirse seguros, establecer la comunicación con ellos a través de gestos y mensajes claros, dando alternativas al lenguaje oral, ofrecer actividades variadas no repetitivas, entender que ciertas conductas agresivas no son hacia el cuidador de manera intencionada, diciendo expresamente “ya tengo un problema de intenciones, no interpretes que tengo malas intenciones”, observar a la persona y conocer bien sus intereses y motivaciones, la importancia de poner límites para tomar conciencia de sí mismos y del entorno y proporcionar consecuencias claras y directas a sus actos, poner el foco en la educación y el tratamiento terapéutico como las mejores vías de ayuda, evitando en la medida de lo posible los tratamientos farmacológicos, la educación ha de estar orientada de manera positiva y funcional, ofreciendo herramientas útiles para el desenvolvimiento de la vida cotidiana,

evitando comparar con el desarrollo habitual del ser humano ya que es totalmente distinto. Por último, termina esta lista dando un valor humano a la persona con TEA más allá de su trastorno: “Ten en cuenta que antes de ser autista soy niño, adolescente o adulto. Por muy grave que sea mi trastorno del desarrollo, es mucho más lo que me une que lo que me separa de las otras personas.”

El trastorno del espectro autista ha ido evolucionando y variando en sus definiciones y características a lo largo de los siglos XX y XXI, hasta llegar a la quinta versión del Manual diagnóstico de los trastornos mentales, DSM- 5 (2013), donde caracterizan este trastorno en base a dos criterios:

...el deterioro persistente de la comunicación social recíproca e interacción social (criterio A), y los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos (criterio B). Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o impiden el funcionamiento cotidiano (Criterios C y D).”

Así mismo, en el citado manual se considera al autismo como Trastorno del Espectro Autista reemplazando al término Trastornos Generalizados del Desarrollo vigente en la anterior edición, DSM- IV y fusionando cuatro de los cinco subtipos: trastorno autista, trastorno desintegrativo, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

La prevalencia del trastorno del espectro autista ha ido aumentando con el paso del tiempo, hasta llegar cerca de un 1% de la población en países como Estados Unidos. Está por investigar si las causas de este aumento se deben a una mayor eficacia en la detección y diagnóstico de los casos o si verdaderamente está habiendo un aumento debido a otros factores por investigar.

Según Ruggieri (2016) el porcentaje en pacientes varones es más elevado que en las mujeres, pudiendo variar la proporción de 1, 4 a 1 o 15,7 a 1. A pesar del menor número de casos detectados en mujeres, es frecuente que la gravedad en ellas sea mayor y presenten cuadros clínicos de discapacidad intelectual asociada. Tanto en el DSM V como en el trabajo de Ruggiere (2016) se sugiere que esto puede ser debido a una detección incorrecta de los síntomas en mujeres, ya que puede haber variabilidad en la expresión del trastorno, siendo en ellas más sutil la manifestación en los casos que no presentan discapacidad.

El DSM V (2013) propone dos factores como posibles causantes del trastorno, por un lado, los factores ambientales: edad avanzada de los padres, bajo peso al nacer, exposición fetal al valproato podrían contribuir al riesgo de presentar TEA, y por otro lado los factores fisiológicos y genéticos como ya apuntaban Kanner (1943) y Asperger. Bonilla (2016) afirma que “el autismo tiene alta heredabilidad (más del 80%)”.

La comorbilidad de este trastorno es alta, presentando asociaciones con uno, dos o más trastornos mentales. Los más frecuentes son la discapacidad intelectual y las alteraciones estructurales del lenguaje. Otros pueden ser el TDAH, trastornos en la coordinación, trastorno de ansiedad y trastornos depresivos. Como sugieren Pérez et al. (2009) los trastornos de depresión y ansiedad son los más comunes en personas con trastorno autista, en su estudio invitan a reflexionar sobre la importancia de detectar de manera temprana estos trastornos comórbidos con el fin de mejorar notablemente el funcionamiento psicosocial de estas personas.

Bonilla (2016), al igual que otros autores insisten en la importancia de la detección precoz del trastorno del espectro autista a través de una valoración y evaluación multidisciplinar para una intervención lo más temprana posible enfocada en mejorar la comunicación e interacción social y disminuir la ansiedad y agresividad.

Debido a la gran diversidad de individuos y síntomas que presentan que se puede encontrar dentro del espectro autista se hace complicado el diagnóstico precoz necesario y la búsqueda del tratamiento adecuado para cada una de las personas afectadas, que si bien presentan patrones parecidos cada persona es única y presenta unas necesidades concretas.

Aunque hoy en día no existe un tratamiento que cure esta condición, sí existen diferentes estrategias para mejorar la vida de las personas con TEA. Las últimas tendencias están a favor de trabajar desde intervenciones psicoeducativas y conductuales con el objetivo de ayudarles a adquirir habilidades para la vida diaria y poder integrarse en la sociedad de la mejor manera posible.

Thaut (2008) menciona a diferentes investigadores que observan una especial sensibilidad y reacciones positivas hacia la música por parte de los niños autistas, como, por ejemplo: memoria musical en el plano melódico elevada, reconocimiento de fragmentos musicales y un gran interés hacia los instrumentos. Basándose en diversos estudios afirma que “El hecho de que la música es atractiva para los niños autistas, y de que pueden participar de

manera exitosa en actividades musicales, contribuye al valor de la musicoterapia en el tratamiento del autismo” (Thaut, 2008). Incluso en el estudio de revisión realizada por Gold et al. (2006) afirman que las investigaciones estudiadas demuestran que la musicoterapia resultó ser superior a otro tipo de intervenciones similares en las que no se utilizó la música.

El trastorno del espectro autista se mantiene a lo largo de la vida de las personas, por lo tanto, la cualidad beneficiosa que presenta la música para este trastorno sigue siendo valiosa en la edad adulta de las personas con TEA tal como muestran los estudios realizados en 2007 por Accordino, Comer y Heller, obteniendo resultados positivos en los ámbitos de comunicación, habilidades sociales y cambios de comportamiento (Calleja- Bautista 2016).

El estudio realizado por Fernandes (2016) en una ciudad portuguesa con una muestra de 13 adultos con TEA afirma que la musicoterapia ayuda a abrir los canales de comunicación favoreciendo una mayor conexión con el mundo emocional propio, permite a las personas entrar en un estado de calma a través de la parte lúdica y de expresión libre, contribuye a una mejora del contacto social y fomenta actitudes de respeto y de consideración hacia el otro.

Retomando al autor ya citado Rivière (1997), en su exposición de consejos para el tratamiento humanizado con TEA, el número 6 dicta lo siguiente: “Es fundamental que me proporcionen medios para comunicarme. Pueden ser movimientos, gestos, signos y no necesariamente palabras.” Y es en este aspecto de la comunicación no verbal dónde la musicoterapia puede tener cabida y asumir un papel fundamental para tratar con pacientes con autismo.

Tras la amplia experiencia clínica de terapia a través de la música con esta patología, Chávez y Barrena enumeran veinte objetivos que consideran imprescindibles para cubrir las necesidades de las personas con TEA (Chávez y Barrena, 2008). Thaut (2008) resalta los siguientes objetivos como los más comunes encontrados en los estudios revisados:

1. Mejorar la coordinación motriz gruesa y fina.
2. Aumentar la atención.
3. Desarrollar la consciencia corporal.
4. Desarrollar el autoconcepto.
5. Desarrollar las habilidades sociales.
6. Desarrollar la comunicación verbal y no verbal.

7. Facilitar el aprendizaje de conceptos preacadémicos y académicos básicos.
8. Interrumpir y alterar patrones de conducta ritualistas y repetitivos.
9. Reducir la ansiedad, las rabietas y la hiperactividad.
10. Educar la percepción sensorial y la integración sensoriomotora (auditiva, visual, táctil y kinestésica).

En cuanto a las técnicas más frecuentes que favorecen la consecución de los objetivos, Thaut (2008) hace referencia a ejercicios de vocalización (cantar vocales), cantar con acompañamiento de percusión corporal, movimiento mediante la danza o ejercicios rítmicos, juegos musicales, interpretación instrumental a través de técnicas de imitación e improvisación y audición musical.

En su artículo “Romper el silencio” Chávez y Barrena (2008), concluyen que la musicoterapia favorece de manera general y en problemáticas particulares el desarrollo óptimo de los doce aspectos del desarrollo de la persona con autismo descritos por Riviére y citados anteriormente en este artículo: “destreza de relaciones, acción y atención conjunta, teoría de la mente, comunicación, lenguaje expresivo y receptivo, anticipación, flexibilidad, asignación de sentido a la acción, imaginación, imitación y suspensión”.

3. Método

3.1. Participantes.

En este grupo de musicoterapia han participado 3 mujeres adultas con TEA con una edad comprendida entre 35 y 55 años que se encuentran en el centro en régimen de residencia. El grupo comenzó en marzo con dos integrantes de las cuales una de ellas no pudo continuar por presentar mayor severidad del trastorno y una dificultad para el trabajo en grupo. A partir de la segunda sesión se integraron dos nuevas participantes y el grupo se consolidó y se mantuvo estable a lo largo del tratamiento. A continuación, una breve descripción general del nivel de comunicación y de conducta de las pacientes (denominadas por la inicial de su nombre):

M. Suele estar sentada y sigue las instrucciones. Presenta un lenguaje oral deficiente. Responde a preguntas sencillas con una sola palabra. Durante las sesiones balbucea de manera inteligible

palabras inconexas con lo que está ocurriendo en el momento. Suele cerrar los ojos y quedarse en un estado adormecido, muestra alegría cuando le gusta alguna canción.

S. Paciente que ha participado anteriormente en sesiones de musicoterapia en el centro con la misma musicoterapeuta. Se muestra con motivación para el baile y el movimiento y ofrece momentos de comunicación. Es más activa, se levanta de la silla si así lo precisa y se mueve por la sala realizando algún movimiento estereotipado o repitiendo frases. Ofrece momentos de comunicación con la mirada y su presencia suele ser intermitente.

E. Presenta un lenguaje mucho más avanzado que sus compañeras y una mayor posibilidad de comunicación, esto le permite aprender las letras de las canciones y establecer conversaciones. Muestra interés por el trabajo con la música. Se observa en ella cierta tensión que ha expresado en varias ocasiones con manifestaciones agresivas y presenta movimientos con el tronco estereotipados.

Las tres pacientes acuden a la sesión con su cuidadora, persona que los acompaña todos los días durante el turno de tarde. Ejerce un papel fundamental en las sesiones, ella se encarga del bienestar de las pacientes, atiende sus necesidades básicas, pone límites y sabe reconducir sus actitudes disfuncionales, ofrece información a la musicoterapeuta sobre las pacientes en ese momento, ayudando de esta manera que el trabajo de musicoterapia sea lo más fructífero posible.

3.2. Procedimiento.

La intervención ha consistido en una sesión semanal de una hora de duración durante los meses de marzo, abril, mayo y junio. En total 15 sesiones, de las cuales 12 se han podido observar y recopilar datos para esta investigación.

Las sesiones son totalmente prácticas enmarcadas dentro de una concepción de musicoterapia activa, las actividades fomentan la participación musical de las pacientes a través del canto, el movimiento y la danza, tocar instrumentos y la improvisación clínica.

3.3. Recopilación de datos.

Para la recopilación de datos los instrumentos usados han sido:

- Cuaderno de campo: para anotar todo lo acontecido en la sesión, programación y secuenciación de actividades, cambios y acontecimientos imprevistos durante la misma.
- Hoja de registro: documento con una tabla dividida en tres columnas (una para cada paciente) y en 15 filas, donde vienen enumerados con los parámetros musicales y conductuales a observar en cada sesión. Esta hoja se rellena al finalizar recordando con la ayuda del cuaderno de campo lo acontecido.
- Observación participante: la principal información se recopila a través de la propia observación, realizada con una actitud atenta, activa y participativa.
- Grabación de ficheros de audio y video: en determinadas ocasiones se ha recurrido a este instrumento de recogida de datos para poder escuchar y visualizar lo ocurrido en cierto momento musical con el fin de analizar con mayor precisión.
- Entrevista a la cuidadora y a la directora del centro: cuestionario acerca de su perspectiva del efecto de la musicoterapia en las pacientes, con el fin de obtener información relevante a la que no tenemos acceso por darse fuera de las sesiones de musicoterapia.

3.4. Sesiones de Musicoterapia.

Las sesiones de musicoterapia han ido enfocadas en conseguir los objetivos propuestos con esta población y este grupo en concreto. Crear un vínculo afectivo y ofrecer un espacio de seguridad han constituido los pilares básicos en la primera parte del proceso de la terapia para favorecer el proceso de musicoterapia. En el planteamiento de las sesiones se ha procurado buscar un equilibrio entre actividades de movimiento, trabajo vocal e instrumental y experiencias de improvisación.

La estructura y secuenciación de las actividades ha sido la siguiente:

- Canción de bienvenida, en la cual se da nombre a todas las participantes y cada una de ellas tiene un momento especial en el que es el centro y recibe la atención de los demás miembros del grupo.
- Canción o actividad de movimiento, con el objetivo de movilizar a las pacientes corporalmente. Por ejemplo, canciones para mover y tomar conciencia de las distintas partes del cuerpo, o actividad de stop&go por la sala con diferentes indicaciones en la manera de moverse: de puntillas, saltos, de gigante...

- Canciones variadas: infantiles, populares o de nueva composición partiendo de sus intereses.
- Actividad instrumental con estructura guiada.
- Canción de despedida, se vuelve a nombrar y dar un espacio a cada una de las participantes y de manera improvisada se realiza un resumen cantado de lo acontecido en la sesión.

Las canciones de bienvenida y de despedida se repiten a lo largo del proceso de musicoterapia y constituyen un marco en la estructura de la sesión. Representan un ritual en el que el paciente siente seguridad por lo conocido y puede predecir aquello que va a ocurrir.

Esta estructura es flexible a lo largo de las sesiones, exceptuando la canción de bienvenida y de despedida que siempre es estable, las demás actividades pueden variar de lugar o incluso ser sustituidas en una sesión concreta con el fin de adaptar la terapia a las necesidades precisas de las pacientes.

Algunas de las actividades de éxito realizadas con las pacientes han sido las siguientes:

- La alondra: Danza- canción en círculo con la temática de un pájaro. Es una canción en modo menor, con tempo lento que nos trae un ambiente relajado y tranquilo. En las estrofas se realizan movimientos (relacionados con la letra) con los brazos para abrir y coordinar toda la parte superior del cuerpo. En la parte del estribillo se repite un movimiento de pasos laterales y un salto con el objetivo de trabajar la motricidad gruesa inferior y la coordinación.
- A la mesa: breve canción en tonalidad mayor para trabajar el contexto de comidas y de sentarse a la mesa. Surge del interés de una paciente hacia las comidas (repitiendo palabras a lo largo de las sesiones relacionadas con comidas). La canción tiene una parte A con letra fija y una parte B en la que vamos introduciendo de manera musical, con gestos y percusión corporal las comidas que las pacientes van sugiriendo. Cada una de ellas tiene un momento individual de expresión y su propuesta se convierte en una propuesta musical. Esta actividad fue variándose a lo largo de las sesiones: con comidas favoritas, comidas del día en su centro, con elementos para poner la mesa, etc.
- Las figuras: canción de nueva creación inspirada en los intereses de una de las pacientes que realizó una revelación sobre su gusto de las formas geométricas. La canción está en tonalidad

mayor y con un aire de estilo infantil. Esta canción tiene tres estrofas, cada una de ellas trata sobre una figura asociada a un instrumento musical de pequeña percusión u objeto: círculo-tambor (o platillo), triángulo- triángulo, cuadrado- pañuelo, se decidió introducir este último elemento no sonoro debido a que una de las pacientes en una sesión anterior tiró una campana con mucha fuerza y como consecuencia por su comportamiento no podía tocar instrumentos durante unas sesiones. El pañuelo le permitió poder participar e integrarse en la actividad, enriqueciendo la canción con un elemento diferente que promueve el movimiento. Cada paciente tiene un elemento y en su estrofa tocan o mueven el pañuelo y la musicoterapeuta se adapta a su ritmo y energía. En el estribillo todas cantan y mueven los pies llevando el pulso

4. Resultados

La sesión de una hora ha sido un formato adecuado para estas pacientes, a final de sesión mostraban cansancio y necesidad de cambio, habiendo sido suficiente el trabajo.

Se ha necesitado tiempo para que las pacientes vayan entendiendo la dinámica de trabajo, al comienzo de la terapia las usuarias no participaban de continuo, había pérdida de atención y conductas desadaptativas. Con el tiempo esto fue tomando forma, y a mitad de proceso se pudo observar un cambio positivo, las pacientes mostraban interés, mayor comunicación no verbal con la mirada y gestos, relación afectiva con la musicoterapeuta, la atención permanecía durante mucho más tiempo y realizaban las actividades con mayor participación e implicación.

La elección del repertorio y actividades a trabajar ha supuesto un reto, las primeras propuestas eran difíciles de llevar a cabo. Las actividades que mejor han funcionado han sido sencillas, partiendo de sus intereses y con tendencia al ámbito infantil.

Las actividades guiadas y estructuradas han propiciado una mayor participación y presencia de las pacientes, y a su vez se ha podido observar gestos de satisfacción por el trabajo realizado, por el contrario, en propuestas de improvisación clínica la atención no permanecía y alguna de las pacientes no entendía lo que estaba ocurriendo. Se decidió no realizar improvisaciones en esta primera fase de terapia.

Tomar un tiempo cada sesión de comunicación verbal ha facilitado el crear vínculos y conocer los intereses de las pacientes.

Las canciones inspiradas en sus intereses han fomentado un mayor vínculo e implicación con el trabajo de musicoterapia.

Algunas conductas desadaptativas, tales como gritos, tirar instrumentos y deambular por la clase, han ido desapareciendo paulatinamente, quedando aún otras conductas fijadas como repetición de palabras fuera del contexto, hablar con voces graves impostadas y ciertas estereotipias.

El uso de baquetas en las actividades instrumentales con instrumentos de percusión de parche facilita motrizmente a las pacientes pudiendo obtener un mejor sonido en su interpretación.

La repetición de las actividades ha ayudado a aprender el repertorio y a mejorar el nivel de expresión verbal, corporal e instrumental.

Sus respuestas musicales tales como entonación, ejecución instrumental y movimiento han ido mejorando y ajustándose a lo largo de las sesiones.

La cuidadora afirma que el momento previo a la sesión muestran alegría y entusiasmo y que tras la sesión suelen estar más relajadas y contentas, no habiendo notado cambios a un nivel más profundo y permanente a lo largo de la semana.

La directora del centro afirma que llevan incluyendo la musicoterapia desde los inicios de la Asociación en el año 1981 y los resultados que han visto a lo largo de este tiempo han sido los siguientes: un mayor bienestar y desarrollo personal, mejoras en la comunicación, interacción y reciprocidad social y emocional, así como un mayor desarrollo en la coordinación, el equilibrio y por último disminución de los estados de ansiedad y mayor relajación de los usuarios.

5. Discusión

En esta investigación hemos podido comprobar los efectos positivos de la musicoterapia en personas adultas con TEA, tal como dicen los autores Accordino, Comer y Heller, citados por Calleja- Bautista (2016) las cualidades beneficiosas de la música siguen siendo valiosas para personas que padecen trastorno del espectro autista durante la edad adulta.

El trabajo de musicoterapia a lo largo del proceso ha generado un ambiente de calma en el grupo y una participación lúdica y distendida en las actividades, tal como comenta Fernandes en su estudio realizado en Portugal con trece personas adultas con TEA.

La musicoterapia ha ofrecido a este grupo un amplio espectro de posibilidades de comunicación: canciones, sonidos, gestos, movimientos, más allá del lenguaje verbal. Proporcionar diferentes vías y espacios comunicativos es fundamental como comenta Riviére para las personas con trastorno del espectro autista.

En este proceso no se ha podido observar con fiabilidad lo mencionado por diversos autores citados por Thaut (2008) acerca de una especial sensibilidad hacia la música y respuestas musicales elevadas por parte de los pacientes con TEA. El autor recién citado resalta diez objetivos principales en el trabajo de musicoterapia, la mayor parte de ellos han estado presentes en las actividades realizadas en las sesiones con este grupo, resaltando los siguientes en orden de importancia: reducir la ansiedad, las rabietas y la hiperactividad, desarrollar la comunicación verbal y no verbal, aumentar la atención y mejorar la coordinación motriz gruesa.

Por otro lado, comenta las técnicas más apropiadas para la consecución de los objetivos, para este trabajo las técnicas más adecuadas han sido las siguientes: cantar, movimiento corporal y danza, y expresión instrumental dentro de un marco estructurado. La improvisación y audición musical no se han considerado tan oportunas en la fase inicial del proceso de musicoterapia.

Se ha podido observar como la musicoterapia ofrece muchas posibilidades para el desarrollo y acompañamiento a las personas con TEA debido al gran poder comunicativo de la música como lenguaje preverbal, permitiendo adaptar el trabajo a las necesidades concretas, tal como concluyen Chávez y Barrena (2008) la musicoterapia satisface las necesidades de las

personas con TEA, ya que la música es un elemento espacio- temporal que da orden y estructura, pudiendo predecir aquello que va a suceder ofreciendo seguridad y a su vez la experiencia musical proporciona medios alternativos de comunicación no verbal facilitando la expresión a los pacientes.

6. Conclusiones

Los inicios de un grupo de musicoterapia con pacientes con TEA pasan por una fase de acomodación y adaptación al trabajo, se ha necesitado tiempo para que las pacientes se adapten a la forma de trabajar y conozcan las rutinas y actividades. En el caso de personas con TEA esto es de vital importancia ya que los cambios y novedades les desestabilizan y necesitan un tiempo para conocer los nuevos códigos y personas que están con ellos.

Dedicar un tiempo para la comunicación verbal con las pacientes ha ayudado a generar un vínculo afectivo y conocer sus intereses para poder partir de ellos en el trabajo musical. El partir de sus intereses para crear canciones y buscar repertorio ha favorecido a aumentar la presencia e implicación de las pacientes en el proceso de musicoterapia.

En una primera fase del proceso es más adecuado realizar actividades guiadas y estructuradas que den seguridad y confianza en el trabajo. Repetir las actividades es fundamental para aprender e ir mejorando los aspectos expresivos en las pacientes.

El trabajo de musicoterapia ha ayudado a la estabilidad emocional de las pacientes reduciéndose las conductas desadaptativas dentro de la sesión.

La musicoterapia ha favorecido la expresión verbal, gestual y corporal de las pacientes.

Por lo tanto, podemos confirmar la hipótesis planteada al inicio de este trabajo: La aplicación de musicoterapia en personas TEA favorece la expresión y comunicación, ayudando al control de impulsos y de conductas disfuncionales.

Las limitaciones de este estudio se encuentran principalmente en ser una muestra muy reducida de personas y dentro de esta muestra cada paciente es diferente presentando unas necesidades diversas, con lo cual resulta difícil poder generalizar.

Debido a la situación de pandemia mundial ocasionada por la enfermedad Covid- 19 se han tenido que adoptar las medidas pertinentes de seguridad sanitaria, tales como el uso de la

maskarilla y distancia interpersonal. Esto ha afectado enormemente al trabajo de musicoterapia con personas con TEA. La maskarilla dificulta visualizar la expresión facial y emocional, la vocalización, lectura de labios, la escucha directa, esto es de vital importancia para pacientes con TEA que presentan serias dificultades en el ámbito de la expresión oral. Por otro lado, la distancia interpersonal de seguridad ha limitado las actividades a realizar, no pudiendo incluir aquellas donde el contacto físico interviniese.

Sería conveniente ampliar la muestra de trabajo, realizando un trabajo de investigación de cómo es la primera fase de proceso de musicoterapia grupal de diferentes grupos de personas con trastorno del espectro autista.

A su vez, el tiempo de trabajo realizado para este estudio es corto para observar la evolución de un grupo que inicia en un proceso de musicoterapia, por ello para futuras investigaciones sería beneficioso ampliar el tiempo de duración de la terapia y conocer la evolución del grupo a lo largo del tiempo y se considera oportuno aumentar las sesiones a dos por semana para así realizar un trabajo más provechoso y profundo y de esta manera poder corroborar la hipótesis planteada y la consecución de los objetivos con mayor fiabilidad.

7. Referencias

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM- 5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.

Arróniz- Pérez, M. Luz, & Bencomo- Pérez, Ricardo. (2018). Alternativas de tratamiento en los trastornos del espectro autista: Una revisión bibliográfica entre 2000 y 2016. *Revista De Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes*, 5 (1), 23-31. doi: 10.21134/rpcna.2018.05.1.3

Artigas Pallarés, J. (2017). Deconstruyendo a Kanner. *Revista De Neurología*, 64 num. Supl 1., p. S9-S15.

- Calleja- Bautista, M., Sanz- Cervera, P., & Tárraga- Mínguez, R. (2016). Efectividad de la musicoterapia en el trastorno de espectro autista: estudio de revisión. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 152- 160.
- Chávez, S. y Barrena, F. (2008). Romper el silencio. Musicoterapia aplicada a personas con TEA. *Música, Terapia Y Comunicación*, 28, 15- 26.
- Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. H. (2008). *An introduction to music therapy: Theory and practice*. American Music Therapy Association. 8455 Colesville Road Suite 1000, Silver Spring, MD 20910.
- Fernandes, P. R. S. (2016). Musicoterapia e Perturbação do Espetro do Autismo. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16, 725- 730. doi.org/10.1111/1471-3802.12209
- Gold, C., Wigram, T., & Elephant, C. (2006). Music Therapy for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database os Dystematic Reviews*, (2). doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub2
- Kanner, L. (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2 (3), 217- 250.
- Mulas, F., Ros- Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol*, 50(3), 77- 84.
- Pérez, P.y Martos, J. M. P. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de Neurología*, vol. 48, num. Supl. 2, p. 31-34.
- Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y autismo. *Definición, etiología, educación, familia en el autismo*. Madrid.

Ruggieri, V. L., & Arberas, C. L. (2016). Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. *Rev Neurol*, 62(1), 21-26.

Wing, L., Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 9(1), 11-29.