

MUSICOTERAPIA Y AUTISMO

1. Características cognitivo–sociales y neuropsicológicas del espectro autista

El autismo es la sombra que deja en el desarrollo una dificultad o imposibilidad para constituir ciertas funciones psicológicas cuyo momento crítico se extiende entre el año y medio y los 5–6 años (Rivière, 1997)

1.1. Introducción

Aunque el autismo fue descrito por primera vez hace ya más de 50 años, sigue habiendo un alto grado de debate, tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación, sobre su clasificación y las condiciones psicopatológicas que podrían ser similares. La expresión "Trastornos Generalizados del Desarrollo" (TGD), que incluye el Autismo clásico, el síndrome de Asperger, el síndrome de Rett, el Trastorno Desintegrativo y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado, se ha utilizado para referir este amplio conjunto de alteraciones neuroevolutivas que comparten los mismos síntomas básicos propios del autismo (APA, 1994), aunque con diferente intensidad.

Por su parte, la expresión Trastornos del Espectro Autista (TEA) se ha venido utilizando como sinónimo de Trastorno Generalizado del Desarrollo. Sin embargo, no hay un acuerdo total en cuanto a cuales son las categorías diagnósticas que han de incluirse bajo este epígrafe y aparte del criterio de compartir con mayor o menor intensidad el grupo de alteraciones básicas del autismo (déficits en la interacción social, déficits en la adquisición, desarrollo y uso del lenguaje y patrones restringidos y repetitivos de comportamiento) no se han propuesto otros criterios que delimiten más claramente el concepto, lo que ha facilitado que algunos investigadores excluyan algunos trastornos normalmente agrupados dentro de los TGD (como el Trastorno de Rett y el Trastorno Desintegrativo) o incluyan otras condiciones psicopatológicas, como el Trastorno Semántico–Pragmático (Sinha, Silove y Williams, 2002). Así, por el momento, aunque el concepto de trastornos del espectro autista tiene un gran potencial a efectos clínicos y de intervención psicopedagógica, no se puede decir que TGD y TEA coincidan completamente y esto puede llevar a errores en el estudio e interpretación de los síntomas característicos de este grupo de trastornos.

Por eso, debido a la falta de definición del término, en este trabajo hemos de asumir el riesgo conceptual que todavía hoy que supone hablar de trastornos del espectro autista y basaremos nuestro análisis en el criterio generalmente asumido para todos los TEA, ya mencionado, de la presencia(con mayor o menor intensidad) de la triada de alteraciones, asumiendo, también, que el autismo es el prototipo de todo este grupo de trastornos. Por tanto, de modo general, usaremos la expresión autismo para referirnos al conjunto de alteraciones que caracterizan y están presentes en todos los trastornos del espectro autista. Asumimos, además, que, dado que todos los trastornos del espectro comparten los mismos síntomas, es posible que compartan el mismo tipo de alteraciones neuropsicológicas, es decir, las mismas bases neuro–estructurales, funcionales y cognitivas. Esta idea de alteraciones comunes a las distintas manifestaciones del espectro subyace en la mayor parte de los estudios recientes, que tratan de identificar las estructuras cerebrales afectadas, así como los fundamentos neuropsicológicos, y cognitivos del autismo.

1.2. El desarrollo social–cognitivo en el autismo

El desarrollo de las funciones mentales al servicio de la relación

Los primeros síntomas del autismo y de los trastornos del espectro autista tienen lugar antes de los 36 meses de edad. En las primeras fases del trastorno las manifestaciones más evidentes son alteraciones en el desarrollo de la comunicación y de la interacción social, presentando un perfil característico, más o menos pronunciado, de deficiencias y adquisiciones en habilidades comunicativas y sociales, que va cambiando a

medida que tiene lugar el desarrollo del niño.

Cuando el niño con autismo aún no ha desarrollado el lenguaje, la alteración comunicativa y social consiste fundamentalmente en una dificultad clara para desarrollar habilidades de referencia conjunta. Estas habilidades empiezan a estar presentes en los niños sin discapacidad al final del primer año de vida, poniéndose de manifiesto por medio de actos como, por ejemplo, el uso del contacto ocular, las expresiones emocionales y los gestos preverbales con función comunicativa. Al final del primer año, las conductas de referencia conjunta típicas son actos en los que se combinan expresiones emocionales con conductas de mirada entre el adulto y un objeto interesante, o en los que se combinan las expresiones afectivas, contacto ocular y actos de señalar, mostrar, o dar objetos, con el propósito de compartir experiencias con los demás respecto a objetos o a sucesos interesantes. Desde finales de la década de los setenta se viene aportando gran cantidad de evidencia empírica en relación a las dificultades que tienen las personas con trastornos del espectro autista en conductas de referencia conjunta, que denotan esa dificultad precoz en la interacción social, como por ejemplo la ausencia o escasez de actos de mirada para compartir experiencias con otros, dificultades en expresión y comprensión de emociones, conductas visuales y auditivas atípicas, fracaso en acciones de atención conjunta (no señalan hacia objetos o sucesos para dirigir la atención del adulto, no suelen seguir los gestos de señalar que hacen otros, no suelen alternar la mirada entre un objeto y otra persona) y graves limitaciones en actos de referencia social en los que se busca información emocional en el otro para saber cómo sentirse y comportarse ante situaciones de incertidumbre, deficiencias en habilidades de imitación y repertorio limitado y repetitivo de conductas de juego funcional y simbólico (Adrien et al. 1991; 1993; Baron-Cohen, 1989; Canal y Rivière, 1993; Canal, en prensa; Curcio, 1978; Dawson y Adams, 1984; Kasari y Sigman, 1996; Kasari, Sigman, Mundy y Yirmiya, 1988; Mundy, Sigman, Ungerer y Sherman, 1986; Osterling y Dawson, 1994; 1999; Sigman y Kasari, 1995; Sigman, Kasari, Kwon y Yirmiya 1992; Stone et al. 1990; Wetherby y Prutting, 1984).

En estos primeros momentos del desarrollo de habilidades comunicativas, los niños también progresan en su capacidad para ser agentes causales de la conducta de otros. Gracias a su experiencia intersubjetiva, a la repetición sistemática de situaciones de interacción con los adultos, han desarrollado la habilidad para que otra persona haga cosas para ellos. Mediante actos de carácter regulador, los niños combinan contacto ocular, gestos y expresiones emocionales con propósitos instrumentales, haciéndose cada vez más eficaces en los procedimientos para lograr que los demás realicen acciones como acercarles un objeto, retirarles un estímulo que les desagrada, obtener ayuda, o lograr que su madre, por ejemplo, se acerque a ellos cuando se sienten solos. Los niños con autismo son más eficaces en el uso de estas conductas con función reguladora que en las conductas, más sociales, de referencia conjunta antes mencionadas. Sin embargo, se han descrito deficiencias específicas sutiles en el despliegue de comportamientos destinados a regular la conducta de los demás, como ausencia de expresiones emocionales combinadas con los actos de señalar, escasez de contacto ocular, y baja frecuencia de emisiones vocálicas concomitantes con estas acciones (Canal y Rivière, 1993; Capps, Sigman y

Mundy, 1994; Dissanayake y Crossley, 1996).

Este perfil característico de los niños con autismo, con habilidades relativamente preservadas, como las que tienen una función reguladora o instrumental, y habilidades afectadas, como son las de referencia conjunta, marca de manera dramática el desarrollo comunicativo y social posterior. A lo largo del segundo año, las dificultades para combinar el contacto ocular con la expresión y comprensión de emociones y los gestos deícticos en actos de referencia conjunta son más evidentes y su escaso desarrollo afectará de manera irremediable al proceso mediante el cual se aprende a obtener información a través de la conducta social y comunicativa de los otros. En lugar de progresar en la capacidad para adoptar un papel progresivamente más activo en los intercambios sociales, los niños con autismo se hacen cada vez más pasivos desde el punto de vista comunicativo y social, más aislados y más concentrados en actividades repetitivas y estereotipadas hacia objetos o centradas en el propio cuerpo (Rivière, 2000; Rivière y Martos, 2001). Así, las deficiencias tempranas en referencia conjunta se convierten en uno de los indicadores más poderosos para el diagnóstico precoz del autismo (Baron-Cohen, et al. 1996), constituyen un importante indicador para el pronóstico a corto

y largo plazo respecto al desarrollo cognitivo, el social y del lenguaje (Mundy, Sigman y Kasari, 1990; 1994) y empiezan a ser consideradas por algunos autores un elemento importante para comprender las estructuras y procesos neurológicos que podrían estar afectados en este grupo de trastornos.

Es gracias al contexto intersubjetivo alcanzado antes de los 18 meses que los niños normales aprenden el lenguaje, porque disponen de medios no lingüísticos que aseguran la referencia sin apenas errores. A esta edad los niños participan un conjunto amplio de actividades sociales estructuradas que los adultos proporcionan de manera repetitiva, en las que adaptan y simplifican de modo natural su lenguaje (Bruner 1983); ya han desarrollado las habilidades de referencia conjunta; y su capacidad de imitación les permite, no sólo repetir, sino también asimilar cada vez más actos instrumentales, vocalizaciones y palabras. También antes de los 18 meses se ha producido un progreso notable en el desarrollo cognitivo general, que permite un mayor dominio de funciones mentales como la noción de objeto permanente y las nociones de causalidad y de medios-fines.

A lo largo del segundo año los niños aprenden a participar más activamente en la forma de relacionarse con otros, que primero entienden de manera no lingüística. La clave del progreso en este aprendizaje no es sólo genética, aunque la herencia lo haya permitido. La clave es que el niño, por su experiencia con los otros en un mundo social estructurado, donde despliega todo su repertorio de habilidades de referencia conjunta, llega a entender a los otros como seres intencionales. La evidencia de este logro antes de los 24 meses está disponible en estudios recientes sobre el papel de la imitación y sobre cómo los niños aprenden palabras nuevas.

La imitación cumple un papel muy importante en todo el desarrollo simbólico y del lenguaje. Debe entenderse como la primera, si no la principal, forma de aprendizaje cultural que usa el niño. Por medio de la imitación el niño no se limita simplemente a repetir de manera mecánica sonidos, palabras, o acciones que oye o ve. Con la imitación el niño va más allá de la producción de espectáculos interesantes, reproduciendo las relaciones intencionales del adulto con el mundo (Carpenter y Tomasello, 2000). El niño percibe las acciones del adulto como medios en relación a fines y elige las que quiere para repetirlas. Los trabajos de Meltzoff (1995) y de Carpenter, Akhtar y Tomasello (1998) han mostrado que los niños normales de 18 meses pueden discriminar entre acciones intencionales y acciones accidentales de los adultos con los objetos y que imitan las acciones intencionales y no las accidentales.

En cuanto al aprendizaje del vocabulario en el segundo año de vida, no sólo está comprobado que los niños de entre 12 y 18 meses que pasan más tiempo en actividades sociales estructuradas con sus progenitores, donde tiene lugar la referencia conjunta, tienen más vocabulario al final del segundo año (Morales et al. 2000; Mundy, Sigman y Kasari, 1994; Mundy y Gomes, 1998, Tomasello, 1988; Tomasello y Farrar, 1986), sino que se ha demostrado que los niños aprenden palabras nuevas reconociendo la intencionalidad comunicativa del adulto. Tomasello (2001) revisa diversos estudios en los que se observa otro y pueden aprender y usar, por ejemplo, el nombre de un objeto que denomina el adulto mientras lo busca entre otros muchos, basándose tan solo en la expresión emocional del adulto (sorpresa agradable más sonrisa) cuando lo encuentra. También aprenden el nombre de acciones intencionales nuevas distinguiéndolas de acciones no intencionales que tienen lugar inmediatamente antes de la acción relevante; o el nuevo nombre de un objeto escondido basándose sólo en la expresión emocional (de enfado) del adulto contingente al hecho de no poder abrir la caja donde está escondido. Lo importante de estos estudios es que investigan la capacidad del niño para reconocer la intención comunicativa del adulto y aportan evidencia de que los niños de 18-24 meses reconocen que el lenguaje de los adultos es relevante en el contexto de la interacción y de las acciones instrumentales, lo que vendría a demostrar que a edades tan tempranas los niños disponen de funciones mentales que les permiten comprender a los otros como seres intencionales y desarrollar así medios comunicativos de carácter lingüístico.

Parece haber, entonces, dos aspectos que dominan los niños para desarrollar la función lingüística (Carpenter y Tomasello, 2000): a) comprenden que el adulto quiere que el niño atienda hacia algo concreto (un objeto o un suceso), es decir, entienden las intenciones del adulto hacia su conducta atencional; y b) dominan la imitación en el contexto comunicativo, es decir, utilizan la palabra recién oída hacia el adulto del mismo modo y para el mismo propósito comunicativo que la usó el adulto hacia ellos. Así, el aprendizaje de palabras

nuevas incluye una forma especial de comprender la acción intencional de los otros, que implica comprender intenciones comunicativas; y una forma especial de aprendizaje cultural que consiste en usar la imitación como medio para interactuar y comunicarse con el otro.

Nos encontramos, por tanto, que los niños de 18–24 meses se comunican con mucha eficacia por medio de actos no verbales acerca de lo que ven u ocurre en su entorno, participan y se implican activamente en actos recurrentes con los adultos e imitan en un contexto comunicativo, cada vez mejor, gran cantidad de verbalizaciones y acciones intencionales de los demás. A esta edad, por tanto, se ha afianzado su capacidad para comprender que la atención, conducta y emoción de los otros merece ser atendida. Se ha producido una revolución social–cognitiva en palabras de Carpenter y Tomasello (2000), que abre el camino a nuevas funciones mentales de carácter cognitivo y social, apoyadas por el desarrollo cognitivo general, basadas en la experiencia intersubjetiva y aprendidas de modo natural (no explícito e incidental) como el lenguaje, la actividad simbólica o la teoría de la mente, (Rivière, 1997; 2001).

En síntesis, desde un punto de vista cognitivo–social, la capacidad para desarrollar símbolos lingüísticos descansa, por un lado, en el desarrollo de habilidades de referencia conjunta y, por otro, en saber imitar al otro en el contexto comunicativo y en entender su intención comunicativa. Este conjunto de habilidades tienen varios aspectos en común, que explicarían su sincronía evolutiva (Carpenter y Tomasello, 2000). En primer lugar, todas ellas, en mayor o menor medida, se apoyan en la creciente capacidad de los niños para adoptar la perspectiva del otro respecto a un objeto o suceso, o respecto a ellos mismos, en el contexto de la interacción. Segundo, requieren que el niño atribuya al otro estados mentales como atención, interés, afecto, intenciones y experiencias previas en relación al objeto o al suceso. Tercero, todas ellas parecen ser esenciales para la adquisición y desarrollo de los símbolos lingüísticos. Finalmente, todas ellas reflejan el deseo del niño por compartir experiencias, o estados mentales con los demás. Y es que los símbolos lingüísticos, como decía Rivière (1990), son la parte final de la historia, el principio y el recorrido es el camino que trazan los niños en el deseo de comunicarse. Además de las características mencionadas, estas habilidades precisan el apoyo de otras capacidades cognitivas de naturaleza menos social, como memoria de trabajo, cierta flexibilidad cognitiva para poder combinar la atención propia con la atención del otro y la capacidad para inhibir respuestas prepotentes que podrían interferir en el proceso de referencia conjunta.

En los niños con trastornos del espectro autista, están ampliamente documentadas, como hemos mencionado, las graves dificultades en referencia conjunta y también se ha documentado la relación entre deficiencias en referencia conjunta y dificultades lingüísticas posteriores (Mundy, Sigman y Kasari, 1990; 1994; Mundy, Sigman, Ungerer y Sherman, 1986; 1987), comprobándose que las diferencias individuales en referencia conjunta correlacionan con diferencias individuales en lenguaje cuando el niño es mayor. Sin embargo, debido a la escasez de diagnósticos precoces, aún hay pocos estudios sobre las dificultades de los niños pequeños con autismo para utilizar la imitación como medio de interacción social temprana y para comprender la intencionalidad comunicativa de los otros, así como la posible relación del déficit en estas habilidades intersubjetivas (o en otras, como la comprensión de emociones) y el desarrollo comunicativo y social posteriores.

En cuanto a la imitación, aunque no haya trabajos específicos sobre el uso de esta habilidad en el contexto comunicativo, desde hace años está clara la existencia de un déficit específico en los niños con trastornos del espectro autista, mostrando, cuando menos, un retraso evidente en la imitación motora (Curcio, 1978; Dawson y Adams, 1984; DeMeyer et al, 1972; Hammes y Langdell, 1981). Aunque estos trabajos iniciales no dejaban claro si la dificultad en el desarrollo de la imitación se debe a problemas cognitivos de carácter general, algunos grupos de investigación que han realizado diversos estudios durante la pasada década (Charman et al. 1997; Dawson, Meltzoff, Osterling, Rinaldi y Brown, 1998; Dawson, Meltzoff, Osterling, y Rinaldi, 1999; Hobson, 1993; Meltzoff y Gopnik, 1993; Rogers y Pennington, 1991; Stone, Ousley y Littleford, 1997) han constatado dificultades para imitar expresiones faciales y acciones con objetos tanto familiares o muy simples, como nuevas o complejas en niños autistas pequeños, pero no tanto en niños con autismo más mayores (Stone, 1997), lo que sugiere que las dificultades en imitación de los niños con autismo

podrían afectar específicamente al momento evolutivo en que se desarrollan las importantes funciones que dependen de la experiencia intersubjetiva como el lenguaje, el juego simbólico, o la comprensión de estados mentales. Alternativamente, las dificultades tempranas en imitación podrían ser consecuencia de una disfunción en el control ejecutivo (Rogers y Bennetto, 2001) no tan evidente en edades posteriores.

En cuanto a las dificultades de los niños con autismo para comprender la perspectiva del otro y la intencionalidad comunicativa, hay trabajos que ponen de manifiesto su dificultad para desarrollar funciones mentales (además del lenguaje) que dependen de la experiencia intersubjetiva. Así, por ejemplo, en cuanto al desarrollo simbólico, la evidencia de las alteraciones es amplia, y se considera incluso que los déficits en juego simbólico son un síntoma diferenciador del autismo respecto a niños de la misma edad mental con discapacidad intelectual o sin ninguna discapacidad (Charman et al. 1997; Ungerer y Sigman, 1981). El trabajo de Charman et al. (1997) es claramente ilustrador de la clase de dificultades que tienen los niños con autismo en las actividades simbólicas de juego. En su estudio con niños de 20 meses de edad mental comprobaron que, en realidad, ni los niños con autismo, ni los niños con discapacidad intelectual mostraban

un repertorio amplio de juego simbólico espontáneo (definido básicamente como sustitución de objetos durante el juego). Pero cuando la actividad estaba estructurada por el adulto, proporcionando ésto orientaciones y ayudas sistemáticas en un contexto de interacción, todos los niños con discapacidad intelectual demostraron ser capaces de realizar acciones de juego simbólico, pero ningún niño con autismo fue capaz de hacer uso de las orientaciones y ayudas del adulto. Además de constatar la dificultad intersubjetiva de los niños autistas, este trabajo viene a demostrar dos cosas; a) que la ausencia de juego simbólico espontáneo sería insuficiente para diagnosticar un trastorno del espectro autista; y b) caso de que no exista juego simbólico espontáneo, el criterio diferencial estaría en que el niño con autismo no se beneficiaría de las ayudas y orientaciones que le proporciona el adulto durante el juego, lo que apoyaría el argumento a favor de que estas conductas mantienen una gran relación de dependencia con la experiencia intersubjetiva.

Por su parte, aunque la extensa serie de investigaciones sobre las dificultades de los niños con autismo en la adquisición y desarrollo de la capacidad de teoría de la mente no aborda específicamente las dificultades para atribuir intenciones comunicativas, la generalidad de los estudios viene a demostrar que los problemas de estos niños para comprender estados mentales en los demás son claramente específicos y, lo que es más importante, sus dificultades para entender intenciones conductuales en los otros parecen ocurrir desde edades muy tempranas, en cualquier caso antes de que el niño tenga 18 meses si consideramos las habilidades de referencia conjunta como precursoras de la capacidad de teoría de la mente, y son universales a todos los trastornos del espectro (para una revisión ver Baron-Cohen, 2001). En síntesis, puesto que la evidencia demuestra que los niños con trastornos del espectro autista tienen dificultades para entender las intenciones conductuales de los otros (Phiplips, Baron-Cohen y Rutter, 1992; 1998), se puede pensar que tienen el mismo tipo de problemas en la comprensión de intenciones comunicativas.

De las habilidades intersubjetivas a la conducta lingüística cognitiva y social

más complejas

Como hemos visto, el desarrollo del lenguaje y la conducta social parecen apoyarse en el dominio de habilidades intersubjetivas que tiene lugar durante los dos primeros años de vida.

Entre los dos y los cinco años, al tiempo que desarrollan su capacidad general para la representación mental, los niños progresan en sus habilidades de referencia conjunta, en la capacidad simbólica e imaginativa, y en la capacidad para imitar en el contexto comunicativo y social. Todo esto les va permitiendo una menor dependencia de las situaciones altamente estructuradas y repetitivas que tenían lugar en edades más tempranas, una mayor comprensión de la intencionalidad, de la capacidad de comprender a los otros como poseedores de un mundo interno de experiencias, deseos, creencias, etc., así como un progreso rápido y considerable en la adquisición del vocabulario y en la integración de estructuras sintácticas cada vez más

complejas.

A medida que los niños crecen el vocabulario avanza desde la comprensión y uso de nombres de objetos cotidianos y personas conocidas hacia nombres nuevos no familiares. Al final de los 2 años se produce una expansión notable en el vocabulario expresivo y comprensivo. Los niños no sólo han descubierto que las cosas, los sucesos, las personas, etc. tienen nombre, sino que empiezan a entender que algunas palabras sirven para describir las características de los objetos y que se pueden utilizar para comunicarse con los demás acerca de los objetos (Nelson, 1973). Los medios de los niños para adquirir activamente información de los adultos se incrementan y perfeccionan. Además de utilizar gestos como señalar o mostrar, combinan esos medios no verbales con palabras y expresiones emocionales. De este modo se percibe un incremento en las habilidades conversacionales de los niños, que responden con palabras, o combinaciones simples de dos palabras, al lenguaje de los adultos asumiendo su rol como hablantes en los intercambios conversacionales.

Respecto al sistema lingüístico, entre los 2 y los 5 años el lenguaje de los niños progresa desde estructuras sintácticas de tipo telegráfico, propias de los 20–24 meses, a frases más parecidas al lenguaje adulto, incrementándose su longitud y apareciendo cláusulas morfológicas y reglas sintácticas antes ausentes. Las frases simples de dos palabras yuxtapuestas se hacen progresivamente más complejas, incorporando artículos, preposiciones, pronombres, conjugando los verbos y manteniendo concordancias entre agentes, acciones y objetos o sucesos. Por su parte, los adultos empiezan a depender menos de elementos del contexto para comprender las expresiones comunicativas de los niños, que ya no se limitan a describir acciones o elementos presentes, sino que su contenido se expande hacia sucesos ocurridos en otros momentos o lugares, o a sucesos imaginarios.

Este progreso extraordinario en la capacidad del niño para utilizar el lenguaje responde a su necesidad de aprender un sistema que le sirva para progresar en la referencia conjunta. El lenguaje constituye la intersección entre el progreso en las habilidades cognitivas y en las habilidades intersubjetivas. Puesto que los niños con autismo muestran graves deficiencias en el desarrollo de la interacción social en edades tempranas y sus medios para lograr una referencia conjunta son muy limitados, su necesidad de progresar en un sistema de comunicación que sirve a este propósito, como es el lenguaje, será también escasa, ya que será muy difícil para ellos comprender tal necesidad de aprender a hablar (Lord y Paul, 1997).

En los niños con autismo la variabilidad en la adquisición y desarrollo del lenguaje es muy grande. Se estima que cerca del 50% de las personas con trastornos del espectro autista adquieren un lenguaje funcional, pero, excepto un reducido grupo, la mayoría lo adquieren más tarde y a un ritmo más lento que quienes no tienen un trastorno del espectro. Esta estimación se basa fundamentalmente en estudios epidemiológicos aunque su validez no está del todo contrastada. Siguiendo con estimaciones sobre el desarrollo del lenguaje en autismo, también se afirma (Kurita, 1985) que en un 25% de los casos los padres informan de que su hijo progresó inicialmente en el aprendizaje de palabras hasta los 12–18 meses, llegando a adquirir menos de 10. Pero que a partir de esa edad se produjo una regresión gradual, posiblemente motivada por las dificultades de los niños para participar en intercambios comunicativos no verbales con sus progenitores.

La mayoría de los niños con autismo que adquieren un lenguaje funcional lo hacen atravesando el laberinto de las ecolalias (repetición literal del lenguaje de otros, bien inmediatamente o bien tiempo después de haber escuchado la palabra o frase que se repite). La ecolalia puede considerarse una forma equivalente a emisiones de una palabra o a etiquetas de un suceso u objeto. A veces no es fácil diferenciar entre ecolalias e imitaciones espontáneas de palabras o frases. Por lo general las ecolalias son más literales, más largas y con una entonación más monótona que las imitaciones espontáneas de los niños sin discapacidad (Schuler y Prizant, 1985). Las ecolalias constituyen una forma peculiar de aprender a hablar que usan los niños con autismo y pueden servir a una amplia variedad de funciones comunicativas (Prizant y Duchan, 1981; Prizant y Rydell, 1984; 1993) (por ejemplo pedir, protestar, aceptar, declarar, llamar, autorregular la conducta propia, o memorizar), por lo que no han de considerarse formas inadecuadas o simples disfunciones del lenguaje que es mejor ignorar. Por el contrario han de considerarse en relación a su función en las interacciones comunicativas

y sociales del niño y un camino alternativo que usan los niños con autismo para desarrollar la función simbólica y el lenguaje.

Es posible que los niños con un trastorno del espectro autista que usan ecolalias aprendan a hablar asociando las palabras o frases que repiten a situaciones específicas. A medida que usan una y otra vez la misma ecolalia asociada a la misma situación, aprenden a usar sus repeticiones (que no son más que lenguaje global no analizado) con propósitos comunicativos, descubriendo a su manera cómo funciona, qué efectos produce en los otros su emisión verbal. En la medida en que usen sus expresiones ecológicas con propósitos comunicativos y se les proporcione apoyo para romper dichas emisiones en fragmentos más pequeños con función comunicativa, desarrollarán su capacidad para analizar el lenguaje y para descubrir las reglas sintácticas.

Cuando un niño con autismo empieza a usar ecolalias los especialistas encuentran un motivo para el optimismo, puesto que las ecolalias son formas, peculiares eso sí, de desarrollo simbólico, que constituyen la puerta de acceso al sistema lingüístico para estos niños que tienen una grave dificultad para la comunicación simbólica. Pero no son en sí mismas símbolos. Sino lo que algunos investigadores (Prizant y Weterby, 1987; Weterby, 1986) han denominado estrategias de reconstrucción. Las estrategias de reconstrucción son formas presimbólicas que utilizan los niños para representar sucesos o secuencias de acciones que desean. Por ejemplo, un niño puede pedir agua dando a su madre un vaso vacío, pedir un juego a su padre diciendo corre que te pillo, o apagar la luz de la habitación para decir que se quiere ir. El segundo ejemplo es algo distinto de los otros porque incluye habla y puede parecer una ecolalia. Comparte con los otros el hecho de que sólo se comprende si se conoce el contexto donde esa expresión verbal fue aprendida, y en que mantiene cierta similitud con los símbolos que los niños normales producen en las primeras fases del desarrollo simbólico: los símbolos enactivos. Es necesario que nos detengamos brevemente en esta cuestión.

Todo el desarrollo simbólico descansa sobre el proceso cognitivo-social de suspensión (ver Rivière, 1997; 1998 a y b; Rivière y Español, 2000; Rivière y Sotillo, 1999). Aunque los símbolos por excelencia son las palabras, los primeros símbolos son gestos o acciones instrumentales que toman la forma de símbolos enactivos. En la creación de símbolos enactivos la suspensión actúa sobre la acción instrumental con los objetos. Los niños normales seleccionan una parte de la acción que normalmente se realiza con el objeto dejando en suspenso el resto de la secuencia. Por ejemplo, llevarse un vaso vacío a la boca es una parte de la acción de beber. Es una acción suspendida y, en tanto que es ineficiente (el niño no bebe nada), tiene un carácter significativo: el otro entiende, de manera instantánea, que el niño representa una secuencia de conducta utilizada normalmente para calmar la sed, que representa el agua. Este proceso de semiosis implica una estrategia de construcción. El niño construye un símbolo situando su acción ineficiente de beber de un vaso vacío en un contexto de interacción con el adulto, realizando una acción con el objeto culturalmente investida. La acción no consiste simplemente en agarrar el vaso, o en dárselo al adulto. La acción consiste en aplicar un esquema funcional sobre el vaso, en usarlo del modo en que habitualmente se usa pero sin agua. En síntesis un símbolo enactivo es una acción instrumental ineficiente sobre un objeto utilizado del modo en que las personas usan ese objeto. Esta característica de los símbolos enactivos debe ayudarnos a comprender la importancia del juego funcional con los objetos, como contexto privilegiado en el que aprender a aplicar a los objetos sus funciones instrumentales convencionales. Los símbolos enactivos sólo son posibles si el niño sabe

cómo se usan normalmente los objetos y esto lo aprende en las actividades de juego. Sólo así el niño podrá posteriormente seleccionar una parte prototípica de la acción con los objetos, dejando en suspenso el resto, para representar la totalidad de la secuencia instrumental. Como es una parte de la acción que todos hacemos con ese objeto, los símbolos enactivos implican un conocimiento social y se generan gracias a que el niño ha aprendido el modo convencional en que las personas de su entorno usan los objetos.

Es posible, por tanto, establecer cierta similitud entre los símbolos enactivos y las conductas de reconstrucción, incluyendo las ecolalias, que utilizan algunos niños con autismo. En todos los casos se ha seleccionado un trozo de la secuencia de acción. Pero existen entre los símbolos enactivos y las estrategias de

reconstrucción diferencias muy notables, que también son trasladables al caso de las ecolalias. Diferencias que ponen de manifiesto la gran dificultad de los niños con autismo en el desarrollo simbólico y del lenguaje como medio convencional de comunicación. En las estrategias de reconstrucción la comprensión de lo que el niño trata de comunicar recae en su totalidad en el otro, mientras que los símbolos enactivos se comprenden inmediatamente y con facilidad. Es cierto que en las conductas de reconstrucción parece existir cierta anticipación o comprensión de la relación entre el objeto, o secuencia de conducta seleccionada por el niño con autismo, y sus consecuencias (el niño espera que el adulto le de agua cuando le entrega un vaso vacío, o le lleve fuera de la habitación cuando apaga la luz). Pero el niño no acierta a seleccionar la acción prototípica más adecuada y el adulto tiene que conocer muy bien al niño, haber tenido cierta experiencia en su trato, para saber que es así como generalmente pide esas cosas. ¿Por qué? Porque en realidad el niño con autismo en las estrategias de reconstrucción y en las ecolalias no selecciona representaciones culturalmente investidas, no realiza acciones instrumentales ineficientes derivadas del uso funcional del objeto, el niño te da el vaso, no hace como si bebiera sin beber en realidad, apaga la luz, no hace como si la apagara sin apagarla, dice corre que te pillo, no hace como si corriera.

La diferencia establecida entre símbolos y ecolalias implica reconocer que éstas consisten en series de sonidos entrelazados, pero no son realmente palabras con significado tal y como lo entiende todo el mundo. Las ecolalias parecen constituir una gestalt de sonidos cuyas partes (palabras) pueden no tener significado para el niño. La incapacidad del niño con autismo para analizar las partes de las emisiones verbales puede estar relacionada con dificultades en referencia conjunta y en comprender la intencionalidad comunicativa de los demás, ya que los niños con autismo tienen serios problemas para dirigir la atención del otro y para responder apropiadamente a los intentos de los demás por que atiendan a estímulos o sucesos concretos (Carpenter y Tomasello, 2001). En consecuencia, perderán la oportunidad de percibir y diferenciar las modificaciones sutiles que los adultos hacen en su lenguaje cuando se refieren de diferentes formas al mismo objeto, y que tienen una función de andamiaje para comprender las diferentes partes de sus emisiones verbales. Veamos un ejemplo que se repite muchas veces en situaciones de interacción. Se trata de un niño que señala hacia un peluche en nuestro laboratorio. Su madre (como casi todas las madres) suele decir cosas como las siguientes:

¡Anda! ¡Un patito de peluche!. Un patito como el que tu tienes en casa. ¿Te gusta tu patito? . ¡Qué bonito es este patito de peluche!. Este lenguaje, repetitivo hasta la saciedad, permite al niño sin discapacidad reconocer las partes de las emisiones verbales, e identificar la emisión verbal relevante (patito) gracias a que su madre ha hecho el trabajo de romper y reconstruir de distintas formas su intención comunicativa, proporcionando una ayuda fundamental para que el niño entienda lo relevante del mensaje de su madre (este objeto que señalas se llama patito de peluche) y gracias a que el niño domina las habilidades para la referencia conjunta. Muchos niños con autismo, por sus dificultades en referencia conjunta, son incapaces de reconocer las partes de los mensajes verbales de los otros y se quedarán con una de las emisiones, la más simple o la más repetida. En cualquier caso, su forma de aprender a usar las emisiones verbales no estará basada en el dominio de las habilidades intersubjetivas fundamentales, ni en un desarrollo simbólico normal, sino en un mero aprendizaje asociativo.

En síntesis, el aprendizaje asociativo, y no el desarrollo simbólico, de los niños con autismo, que denota una estrategia global en la adquisición del lenguaje (Prizant, 1983), puede ser una de las características del proceso cognitivo que sustenta el uso del lenguaje ecológico, como también ocurre en el caso de las estrategias de reconstrucción, en ausencia de otras estrategias más cognitivo-sociales como las implicadas en la referencia conjunta y en el desarrollo simbólico. Así, en el ejemplo del vaso antes expuesto, el niño con autismo parece asociar la conducta de dar el vaso al adulto y la consecuencia de obtener agua. Es lo mismo que ocurre con la mayor parte de las ecolalias: el niño asocia un trozo del discurso habitual en un determinado contexto con una consecuencia concreta.

Además de las ecolalias, existen otras conductas que denotan esta forma de comunicación global que no se basa en el proceso natural de desarrollo simbólico y que se apoyan en el aprendizaje asociativo. Es el caso de las conductas problemáticas (ver Carr y Duran, 1985; Durand y Carr, 1991; Taylor y Carr, 1992). Se ha

comprobado que muchos niños con autismo muestran conductas agresivas, autoagresivas o de destrucción de objetos porque las han asociado a la retirada o a la obtención contingente de estímulos.

Es decir, en muchas ocasiones las conductas problemáticas sirven para evitar la

presencia de objetos o sucesos como tareas difíciles, para protestar por cambios en rutinas habituales o para obtener atención de personas importantes para el niño. Estos comportamientos y el modo en que se han instaurado como medios para lograr cambios en el entorno físico y social, deben verse como manifestaciones de un déficit en el desarrollo comunicativo simbólico. Por lo que su abordaje también ha de ser considerado desde la perspectiva de potenciar y desarrollar en los niños medios comunicativos más convencionales y fáciles de comprender por el contexto social.

Pero, aunque el aprendizaje asociativo permita adquisiciones que parecen portentosas, con emisiones ecológicas muy largas y hasta complicadas, es necesario recordar que los niños con autismo que alcanzan lenguaje oral, disponen de otras capacidades de gran valor para su forma peculiar de aprender a hablar (Schuler, 1995) como la capacidad para memorizar, reconocer y reproducir secuencias de sonidos (por ejemplo frases) y la capacidad para recordar y construir organizaciones viso-espaciales. La investigación sobre cómo los niños con autismo procesan información sugiere la preponderancia de estos procesos de aprendizaje desvinculados del significado (Frith, 1991), que hacen posible un funcionamiento excepcionalmente bueno en relación a otros niños de la misma edad mental cuando se han de memorizar, por ejemplo, listas de palabras que no guardan relaciones significativas, posiblemente como consecuencia de sus problemas para codificar y categorizar información.

Así, los niños con autismo parecen irremediabilmente abocados a aprender el lenguaje por medio de estrategias globales, no analíticas, memorizando trozos de información verbal asociada a situaciones perceptivas concretas, no necesariamente sociales por naturaleza. Este estilo cognitivo responde a un modo relativamente inflexible de procesar información, que se apoya en otra característica fundamental del modo en que los niños con autismo atienden a estímulos de su entorno. Los niños con autismo parecen encontrar dificultades notables en el procesamiento de estímulos transitorios, que cambian según cambia el contexto comunicativo y social, frente a su relativa capacidad para procesar estímulos estables en las situaciones. Así, les resulta mucho más fácil procesar estímulos relativos a objetos principalmente, porque lo fundamental es reconocer características como la forma, orientación espacial u otras propiedades físicas; y les resulta complicado procesar estímulos de carácter social donde lo importante es reconocer, por ejemplo, el impacto de la conducta propia en la del otro, que implica un reconocimiento de la causalidad social, y el procesamiento simultáneo de señales sociales (verbales y no verbales) organizadas secuencialmente en un plano temporal.

Es posible que los niños con autismo encuentren dificultades para relacionar entre sí el conjunto de estímulos transitorios que están presentes en las situaciones de referencia, y no sepan extraer el significado, lo relevante, de los mensajes verbales emitidos por otros en relación a otros elementos del contexto intersubjetivo, en relación a los objetos o sucesos a que se refieren los distintos componentes de las emisiones verbales. En este sentido, los datos aportados por Frith (1991) y por Happé (1996) sobre la presencia de una coherencia central débil en niños con trastornos del espectro autista y buen potencial cognitivo, sustentarían la hipótesis de que estos niños han de limitar sus procesos de aprendizaje lingüístico a estrategias en las que se elude la necesidad de analizar y dar sentido (coherencia) al conjunto de estímulos (verbales y no verbales) presentes en una situación de referencia conjunta. Esto les dificultaría la adquisición de procedimientos flexibles para generar lenguaje espontáneo, sintácticamente correcto, basados en la comprensión de la relación entre el significado de las palabras y el significado del resto de estímulos presentes en el contexto intersubjetivo.

Igualmente, los déficits de los niños con autismo en teoría de la mente, es decir en los procesos cognitivos que se ocupan de atribuir estados mentales a los demás, como creencias, intenciones o deseos, podrían ser la causa de la inflexibilidad cognitiva que sustenta el modo en que los niños con autismo aprenden el lenguaje y su

uso, así como las formas de interacción social y lingüística más complejas, basadas en el reconocimiento de estados mentales en los demás (Frith, 1991). Hay diversas investigaciones que demuestran las relaciones entre capacidades de teoría de la mente y diversos aspectos pragmáticos del uso del lenguaje de las personas con trastorno del espectro autista (Baron-Cohen, 1988; Frith, 1989; Eales, 1993; Happé, 1993; Tager-Flusberg, 1993; 2000). Los trabajos citados dejan claro que para dominar los aspectos pragmáticos del lenguaje es extremadamente importante entender las intenciones, de los otros, sus creencias, sus intereses, emociones, pensamientos y otros estados mentales. En muchos trabajos se ha encontrado que los niños con autismo tienen dificultades en la gran mayoría de las habilidades pragmáticas del lenguaje (Carpenter y Tomasello, 2000;

Mundy y Neal, 2001; Tager-Flusberg, 2000), mostrando un repertorio muy escaso de funciones comunicativas, problemas para entender la intención comunicativa del otro (que es distinto de entender el significado de cada palabra usada en el mensaje verbal); problemas para entender los mensajes verbales como medios para ampliar el conocimiento del oyente; dificultades para utilizar el lenguaje como herramienta con la que comunicar, no sólo sucesos, sino estados mentales o emocionales; no tener en cuenta lo que es interesante, importante o nuevo para el oyente; hacer preguntas o comentarios embarazosos o inapropiados; usar neologismos o un lenguaje pedante; y dificultades para entender el lenguaje metafórico, las ironías, el sarcasmo y las bromas. Este tipo de dificultades, en mayor o menor medida, tienen lugar en todas las manifestaciones del espectro autista, en todas las edades, niveles de habilidad y niveles de desarrollo del lenguaje. Sin embargo, la forma específica en que se relacionan capacidades de teoría de la mente y las dificultades en habilidades pragmáticas aún no está clara y se carece de un modelo evolutivo sólido que relacione causalmente estos dos ámbitos.

2. Intervención de musicoterapia en personas con autismo

2.1. Introducción

Aspectos que el musicoterapeuta debe tener en cuenta (patología autista)

- La música es un medio de rehabilitación, nunca la panacea o el remedio
- La música puede amansar a las fieras, y también puede alterar, estresar o amargar.
- Toda la música puede servir como terapia, pero es necesario poseer las técnicas suficientes para poder aplicarla de forma individual o grupal.
- Es imprescindible un conocimiento exhaustivo del individuo objeto de la terapia. Dentro de una misma patología, cada individuo es distinto y requiere una terapéutica puntual y concreta
- La música se constituye por el ritmo y el sonido. De estos dos elementos de su naturaleza tenemos que servirnos cuando hablamos de musicoterapia.
- Hay que saber distinguir cuándo se emplea sonido con distintas formas, matices o timbres (melodía, armonía, voz, coro, instrumentación. etc.) y cuándo el sonido dejade ser tal y se convierte en ruido (desaconsejable siempre en el campo autista).
- Dentro de las múltiples definiciones de que ha sido objeto la musicoterapia, Y huyendo de catálogos

empíricos especulativos y científicos, incomprensibles para Musicoterapia y Autismo la mayoría (a veces también para el inventor), al instructor, monitor o terapeuta le interesa quedarse con un concepto englobador de los dos objetivos primordiales que persigue:

a) La musicoterapia dinamiza no solamente en lo puramente somático, motriz, sensorial, sino también, y lo que es más importante, en un amplísimo campo psíquico

– cognitivo, comprensivo (percepciones, emociones, afectos, consciencia).

b) La musicoterapia relaja en el estrés, la ansiedad, la angustia de base. Esta relajación predispone a la concentración, a la toma de contacto con la realidad exterior, a la autodefinición, a la comunicación. Facilita la sociabilidad y el acercamiento con otros individuos.

El musicoterapeuta, aparte de su experiencia personal y la de otros que puede plasmar en jeroglíficos, esquemas, metodología... debe probar y constatar la verdad de los argumentos científico – terapéuticos que expone. No vale decir y contar lo que han dicho y contado otros, por muy bien que quede la cita o referencia. La evaluación continua del individuo objeto de terapia, su evolución, la catalogación en el afianzamiento o retroceso de sus desarrollos, serán nuestra mejor cita y referencia.

Es fácil diseñar una sesión. Muy difícil un proceso terapéutico continuado con el mismo o los mismos individuos. Divagar sobre el poder de la música y airear procedimientos sin concretar, no conduce más que a una oquedad empírica donde aterriza con frecuencia el terapeuta, víctima de su propia confusión. Hay que tener las ideas muy claras, aunque sean pocas.

Los conceptos de música estimulativa, preventiva, curativa, etc., no existen en la naturaleza intrínseca de la música. A alguien se le ocurrió decir y estandarizar (por ejemplo) que la melodía regula la conducta de los sentimientos, o que la armonía sintetiza los comportamientos espiritualizados, o que el sonido electrónico sinuosoidal despierta los contactos con la realidad a la vez que incide en la descarga agresiva. Muchos copiaron estos principios y los hicieron suyos, sin caer en la cuenta de que precisamente la música, por el contexto amplísimo de su naturaleza, no se atiene a derramar sus bondades a estados anímicos globalizados, sino que, por medio del terapeuta, individualiza su caudal benefactor. Y así una misma música puede estimular o deprimir, una melodía puede avivar sentimientos, emocionar vivencias o no, y un proceso armónico puede sublimar el espíritu o ahondar en el aburrimiento más insoportable.

La música, como medicina, efectivamente puede prever y curar. Pero no hay músicas específicas para estas nobles tareas, como algunos afirman. Si así fuera, ni siquiera hablaríamos de terapia; acudiríamos a la farmacia musical y pediríamos una pastilla de rojo pasión para curarnos de la angustia que nos deprime o de una arritmia psico-afectiva.

Los musicoterapeutas, misioneros en la fantástica tarea de llevar y proporcionar la música adecuada que aporte bienestar, rehabilitación y remedios psicosomáticos a la humanidad, lo primero que tendríamos que hacer es entendernos entre nosotros mismos. Poco lograremos por y con la música si no aunamos criterios, experiencias, conocimientos, vivencias. Si cada uno utilizamos nuestro sistema, nuestro librito particular. Si copiamos cuadros, esquemas, jeroglíficos, dibujos inanimados referenciales, simbologías grafitadas propias o ajenas que se quedan olvidadas e indescifrables en un espacio virtual. Si hablamos teóricamente, sin mojarnos en un trabajo diario programado y constatado. Si creemos que la referencia a seguir está en unos cuantos famosos del tema y no creemos en nosotros mismos.

La medicina musical todavía no está en venta, ni en el escaparate de ningún nombre ni hombre. La tenemos que ir elaborando cada día. Sacar de la flor de la música la esencia que a cada individuo le huele mejor.

Todas las vías terapéuticas y procedimientos psicológicos y pedagógicos pueden ser aplicables, y de hecho lo

son. No se puede hablar de las vías conductistas, psicodinámicas o naturalistas por separado. No se puede enaltecer a una u otra con detrimento de una tercera. Todas tienen su porqué, su método, su filosofía. Cuando tratamos de desgranar estas vías, nos quedamos en si al individuo objeto de la terapia debemos o no exigirle ciertos comportamientos de acción. Si es la virtud de la misma música quien tiene que procesar los cambios del individuo. Si es conveniente o no el premio, el aplauso, o simplemente debemos impulsar los desarrollos positivos con dosis naturales de afecto, cariño, comprensión, estímulos. Enredarse en dilemas y guerras con respecto a la utilización primordial de una u otra vía no conduce más que a confrontaciones inútiles en el campo de la psicología.

En cuanto al perfil que debe poseer el musicoterapeuta, para algunos (instructores del carné) no es imprescindible ser un buen músico. De acuerdo. Pero sólo haría falta que añadieran, y alguno casi lo hace, que ni siquiera es necesario saber música. Esta posición es tan aberrante, ridícula y desorientadora como afirmar que un psiquiatra o un psicólogo pueden ejercer su misión sin tener ninguna noción de los comportamientos humanos. Curiosamente, en este empeño terapéutico (tan de moda hoy) se apuntan

muchísimos neófitos atrevidos, y además hablando ex cathedra. No deja de sorprender que algún psiquiatra sin ilustración musical sí pueda presentarse como musicoterapeuta. Sin ninguna duda, el mismo que se ha metido en establo de buey siendo topillo, se llevaría las manos a la cabeza y echaría a patadas al musicoterapeuta que se atreviese u osara ejercer la psiquiatría.

¿Quién tiene la culpa de esta infiltración de competencias? ¿No estamos contribuyendo los profesionales a un desprestigio de nuestra terapia? ¿Por qué no diseñamos los que estamos todos los días a pie de obra el perfil específico del terapeuta musical? Este lema de que todo vecino pueda meter la mano en tu guisado cuando tú no puedes sugerir ni un poquito más de sal en el suyo, no deja de ser kafkiano. Lo malo, en este nuestro país, es que no valga ni sea presentable toda una vida dedicada a una tarea. Que no sirva la profesionalidad constatada, la experiencia acumulada, las técnicas, el esfuerzo, la motivación vocacional. Los españoles somos así de listos – ingenuos. Nos llama, sugiere y extasia la palabra hablada o escrita de cualquier extranjero sobre las virtudes de la patata de secano, aunque afirme que este tubérculo cuelgue de las ramas de un árbol de hoja caduca.

Ya está bien que en los congresos, cursos, seminarios del tema terapia musical, la guinda sea el mismo erudito o erudita con la misma conferencia caduca y empírica de hace quince años. Con la misma irreverencia, falta de pudor y de objetividad. Ya está bien, colegas españolitos que aplaudimos como necios y nos llamamos al orden y a la cordura si alguno discrepa y se subleva como yo lo estoy haciendo en estos momentos. ¿O es que conocéis, colegas, a algún superdotado musicoterapeuta americano, europeo, asiático o africano que haya descubierto la panacea en terapia musical? ¿Existe algún principio nuevo, alguna máxima irrefutable, algún hallazgo sorprendente, alguna técnica o procedimiento prodigioso de alguien que no se llame Perico el de los Palotes y sí Peric Palotoff, y que yo desconozca?

¿Sabiduría, conocimientos y acopio de técnicas musicales para ejercer la terapia musical? Pues bien claro y patente: cuanto más, mejor. Sería fantástico que el musicoterapeuta conociese la historia de la música desde la época de los hombres de Atapuerca hasta nuestros días. Que supiese coordinar el nacimiento, el estilo, las distintas formas musicales, con el proceso económico – social – religioso del momento. Que además de una rigurosa ilustración musical para poder crearla, plasmarla, desgazarla y analizarla, fuese un gran instrumentista de todos los timbres de cuerda, viento y percusión. Que pudiera ofrecer en su terapia música en directo, para que cada uno de los individuos congregados en la sesión fuese capaz de identificarse de una forma más cercana con su ISO sonoro.

Además de músico, el terapeuta musical debe ser un buen psicólogo natural y un pedagogo minucioso y ordenado. Debe estar asesorado por psicólogos, médicos y pedagogos. El músico, para ejercer su tarea terapéutica, tiene que ser discreto, respetuoso con los individuos a su cargo. Debe ser pertinaz en su trabajo, programador de objetivos y metodologías clarividentes. Debe saber imponerse a decaimientos y frustraciones,

y abordar cada día la tarea ilusionante de utilizar la música como terapia.

2.2. Conceptos musicales y su aplicación terapéutica–pedagógica en las personas con autismo

DESARROLLOS

–Ritmos binarios naturales

El autista es arrítmico por naturaleza. El hecho de aplicar el aspecto rítmico de la música a la psicología autista se basa en el principio lógico de rehabilitación: Tratamos de compensar a la persona con aquellos desarrollos de los que carece. El concepto 'ritmo' no se ajusta a la proporción medida de campos binarios. No pretendemos que el autista se convierta en un bailarín capaz de seguir unas pautas rítmicas de baile. Nos referimos a un ritmo estructurado, generalizado, que le ayude a tomar una conciencia esquematizada de su propia realidad con respecto a la realidad exterior. Mediante la insistencia y el aprendizaje del ritmo binario respiratorio, del ritmo ocular en el parpadeo, del ritmo en la danza – baile cogido, agarrado y conducido por el terapeuta, del ritmo de dos tiempos al caminar desplazando los pies, del ritmo coordinado binario al subir y bajar alternativamente un brazo y otro brazo, una pierna y otra pierna... conseguiremos un comportamiento somático equilibrado. El autista se va centrando en una actividad dinámico – motora que le divierte, y, sin darse cuenta, le llevará progresivamente a una conciencia de ser actor voluntario.

En los casos de dificultades motoras y niveles más bajos, proporcionamos al individuo un ritmo binario de incorporación. El terapeuta percute rítmicamente en el cuerpo del autista. Ejecuta movimientos pausados sincronizados utilizando tempus y ostanatos con cadencias de velocidad en la acción. El autista se siente arropado, protegido, tocado. Experimenta sensaciones visibles de bienestar, estimulantes y relajantes, y va archivando comportamientos rítmicos naturales. Los niveles perceptivos – cognitivos se van ensanchando palpablemente, al igual que el aprendizaje de su esquema corporal.

Para tales motivaciones rítmicas, nos servimos de una música binaria pausada que está sonando. Es el elemento guía conductor referente. Nos hemos preocupado de buscar la música adecuada que converja con las apetencias anímicas del individuo y sus capacidades dinámicas.

La utilización del ritmo binario tiene otras variantes:

–Ejecución rítmica con instrumentos de percusión. Hay autistas a los que les cuesta ejecutar su primer golpe sobre el instrumento (un tambor, por ejemplo). Las dificultades se basan en la resistencia del autista para proyectarse al exterior, al contacto con una realidad externa, al miedo al comprobarse artífice de un sonido que él mismo ha provocado. Una vez superado este handicap (que puede durar un periodo largo de tiempo), y cuando el autista comienza a golpear el tambor, se inicia un proceso cuantitativo de golpes, y poco a poco cualitativo

– rítmico. Algunos autistas llegan a ejecutar rítmicamente en compases binarios con alternancia manual. Otros se quedan en un simple golpeo, pero afianzados y más reforzados en su autonomía de acción consciente (desaparecen algunas estereotipias). Otras variantes son: ritmos con elementos (tales como cuerdas, cintas, pañuelos). Individualmente (con el terapeuta) o en parejas. Se puede seguir un proceso rítmico binario.

Cambiando la posición de los tacos en el golpeo, deslizando las cuerdas en extensión. Tapando y descubriendo las distintas partes del cuerpo (esquema corporal), mediante un ejercicio rítmico con pañuelos. Moviendo los aros (con el terapeuta en misión de espejo) espacialmente, siguiendo comportamientos rítmicos, etc...

El ritmo ternario (adquirido), tres partes, supone una iniciación a la danza. Se utiliza con autistas de mayor nivel, una vez superado el proceso binario. Es muy interesante y enriquecedor para abordar situaciones de

juego, ritmos, escenografía, teatro, etc.

–Improvisaciones rítmicas

–Repeticiones rítmicas

–Memorización rítmica.

Improvisaciones para medir la capacidad activa y creativa del individuo. En la mayoría de los casos (con autistas de niveles más bajos) ayudan a descargar agresividad y a la experimentación variante de los sonidos creados por uno mismo. (No hay que dejar al autista que aporree el tambor u otro instrumento sin ningún control, porque puede llegar al embrutecimiento, y eso no es terapia).

–Sonido.

Es la otra parte constitutiva de la música. Utilizaremos sonido, no ruido (estudio de la definición de sonido y ruido) El sonido se puede aplicar terapéuticamente utilizando las distintas formas en que se presenta y en todas las variantes y componentes. Es importante que el terapeuta conozca y sepa definir conceptos como sonido, música, melodía, armonía, música instrumental, vocal, a capella, sonidos agudos, graves, medios, voz, voces blancas, sopranos, mesosopranos, tenor barítono, bajo, formas musicales (madrigal, motete, monodia, polifonía, gregoriano, sonata, suite, concierto, sinfonía, intermezzo, balada, nocturno, pasión, oratorio, jazz, pop, folklore, etc. Todas estas variantes y formas del sonido tienen un valor terapéutico muy especial. Por eso es primordial conocer cuándo, de qué y por qué se constituyen. Sería tarea ardua e inacabable abordar aquí estos temas.

Por ejemplo: es notorio y experimentado que al autista le agrada la voz más que ninguna otra forma o presentación del sonido. Dentro de la voz, prefiere la tonalidad media grave. No admite la repetición continuada de voces blancas ni sopranos. Jamás el sonido electrónico sinusoidal.

Por ejemplo: sabemos que el autista se relaja con músicas barrocas (entre otras), preferentemente con los conciertos grosos para clave, sobre todo en la parte de adagio.

De las cualidades del sonido, el timbre juega el papel terapéutico más importante.

Después de conocer el tan aireado principio de ISO, y no por ello, en la mayoría de los casos, bien interpretado, aunque sea un principio de sentido común, el teorema Música = estado anímico debe tenerse en cuenta y ser aplicado a lo largo de todas las sesiones, sea cual sea la actividad específica terapéutica que se está llevando a cabo.

La concordancia de la música con el estado anímico del individuo que acude a nuestra terapia, debe extenderse al timbre predilecto (cuerda, viento, percusión...), al instrumento predilecto, a la voz a coro predilecto o a la combinación instrumental – voces predilecta. El autista es más exigente de lo que aparenta en el requisito de la utilización de su ISO emocional y tímbrico. La tarea de averiguar la identidad sonora de cada individuo es esencial en musicoterapia.

El timbre – voz es el instrumento más cercano y terapéutico de los que dispone el terapeuta musical. La utilización de la voz como elemento dinámico y relajatorio supone una forma de contacto directa y cálida con el autista. La capacidad por parte del terapeuta de saber proyectarla, modularla y regularla, es un elemento clave para los logros que se pretenden. Las alteraciones, intensidades, guturalidades, chasquidos, quejidos, gorgoritos, risas, llantos... que puede emitir el instrumento voz, abarca el cúmulo de posibilidades rítmicas y las cualidades de altura tonal, intensidad, duración y timbre.

El musicoterapeuta debe ser un artista de la voz. Para ello es necesario un entrenamiento continuado, una constante educación de la misma, una colaboración con el logopeda, al que se le deben pedir técnicas de aprendizaje. El autista valora la voz, la palabra, precisamente aquello de lo que él (en muchos casos) carece, víctima de su hermetismo del habla.

Las alturas tonales, junto a las intensidades (otras cualidades del sonido), sitúan al individuo autista en el límite de la frontera entre la ansiedad, el nerviosismo, la angustia... y la placidez, serenidad y recogimiento.

Nunca se deben emplear tonos agudos durante la terapia. La música empleada para audición..., dinamismo motor, juego, expresión, experimentación espacial, relajación, no debe pasar la colina de las cien vibraciones por segundo (agudos correspondientes a una soprano). A menor número de vibraciones las tonalidades son más graves, pudiendo llegar a catorce, que sería la tonalidad de la voz de un bajo dentro de un cuarteto.

El autista huye de los tonos agudos, se tapa los oídos, se aísla. Una tonalidad media (la preferida) correspondería a 30 – 40 vibraciones por segundo (la de un tenor, aproximadamente).

Las intensidades deben regularse sin que en ningún caso excedan los 30 – 40 decibelios.

Gritar a un autista es una locura; nunca debe hacerse.

Durante la terapia musical debe reservarse un tiempo para el juego. Para las canciones específicas y personales con el nombre del autista y su entorno afectivo familiar. Para una improvisación ordenada y dirigida tanto por parte del terapeuta como de los individuos que acuden a la sesión. Para el relato de cuentos y su escenificación. Debe planificarse una experimentación tímbrica sonora (mediante órgano – piano), donde el autista conecte con el teclado a la vez que el terapeuta va cambiando registros y timbres instrumentales. En algunos casos, este contacto le sirve al individuo también como ejercicio psicomotriz de digitalización.

En las relajaciones (manipuladas, libres, individuales, grupales), el autista se acomoda corporalmente al sonido concordante con su ISO. Al principio es necesario estar a su lado, hablarle, susurrarle, combinar estructuras motoras con movimientos y ritmos que están sonando. Si es así llegaremos a una situación asumida por la experiencia diaria, en la que el autista relaciona el momento, la música, la situación, con el tiempo de sedación, y asumirá la posición de tumbado en la colchoneta simplemente con escuchar y ahora es la hora de relajarnos.

Podríamos hacer un recorrido de la capacidad terapéutica de cada instrumento para cada patología. Esto supondría alargarnos demasiado. Las propiedades terapéuticas de cada instrumento varían según cada país (por el instrumento más típico, familiar o cercano) y por la familiaridad y contacto del individuo con el instrumento. El piano, por su capacidad melódica, por poder construir acordes, por poder acompañar, por su gama de octavas y capacidad de sonidos graves y agudos, y por la facilidad del individuo que lo toca para proyectarse sobre él, es quizás dentro de la cultura europea el instrumento que facilita mejor la terapia musical.

Realicé un porcentaje basado en realidades experimentadas en cuanto a la predilección de timbre e instrumento por parte del autista (Seis niños autistas, la música y yo). Las cifras se mantenían en un 50% en cuanto a las preferencias por cuerda y viento. La guitarra, el saxofón y el piano parecían ser los instrumentos más queridos.

–Música e intercomunicación emocional a base de un ejercicio que yo llamo yoga del sonido.

En resumen, consiste en una concentración coordinada de sonidos, ritmos, chasquidos, respiraciones, percusiones... donde individuo autista y terapeuta comparten sensaciones, sincronizan movimientos, contactos con la realidad somática del otro, intercambios de esquemas corporales. Uno sentado al frente del otro, sufren el bombardeo programado de otros terapeutas de apoyo, que, desde todos los espacios de la sala, juegan con

percusiones, intensidades del sonido, alturas, silencios, etc... Muy interesante, aunque relatar todo el proceso nos ocuparía un extenso tratado.

3. Musicoterapia de improvisación

3.1. Definiciones de musicoterapia

Juliette Alvin:

"La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación, reeducación y el adiestramiento de adultos y niños que padezcan trastornos físicos, mentales y emocionales".

Kenneth Bruscia:

"La musicoterapia es un proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio".

Asociación Nacional de musicoterapia (Argentina):

"Aplicación científica del arte de la música para lograr objetivos terapéuticos"

.

Rolando Benenzon:

"Auxiliar de la medicina que, con las demás técnicas terapéuticas ayuda a la recuperación del paciente o previene futuros trastorno físicos y mentales."

"Podemos definir la Musicoterapia como la aplicación científica del sonido, la música y el movimiento a través del entrenamiento de la escucha y la ejecución instrumental sonora, integrando así lo cognitivo, lo afectivo y lo motriz, desarrollando la conciencia y potenciando el proceso creativo. Así podemos: facilitar la comunicación, promover la expresión individual y favorecer la integración grupal y social".

3.2. Improvisación musical

"Cualquier combinación de sonidos espontáneamente creados dentro de una estructura con un principio y un final" Asociación de Musicoterapeutas de Gran Bretaña

" El arte de crear música de manera espontánea mientras se toca, más que como ejecutar una composición ya escrita". Diccionario HARVARD de la música

3.3. Improvisación clínica

"Improvisación musical con un sentido y propósito terapéutico específico en un entorno que facilita la respuesta y la interacción" Asociación de musicoterapeutas de Gran Bretaña.

Técnicas de intervención en improvisación clínica:

O Musicoterapia creativa de Nordoff–Robins.

O Terapia de improvisación de Juliette Alvin

O Musicoterapia analítica de Priestley.

O Terapia de improvisación experimental de Riordon–Bruscia

Objetivos generales

O Favorecer la comunicación. Posibilita el intercambio de ideas o sentimientos de otras personas, tanto si se escucha como si se ejecuta.

O Mejora las relaciones interpersonales. Los sonidos que penetran dentro del grupo son percibidos por todos de manera que favorecen un clima que permite expresarse y relacionarse con sinceridad, integridad y plenitud.

O Desarrollar el conocimiento de uno mismo. Las actividades musicales pueden ayudar a la adquisición del conocimiento de uno mismo y de los demás, obteniendo así experiencias gratificantes consigo mismo.

O Desarrollar la capacidad de autoexpresión. La música tiene el poder de evocar, asociar e integrar. Es un recurso excepcional de autoexpresión y liberación emocional.

Formato de las sesiones

Fases de la sesión

O Calentamiento

O Observación

O Desarrollo

Medios de expresión

Canales de comunicación

Medios musicales

Niveles de experiencia

O Cierre

Valoración

"La valoración es el análisis de las necesidades de una persona, de sus problemas y sus habilidades y ha de ser completada antes de iniciar el tratamiento" (Cohen y Gerike, 1972).

La valoración como recogida de información referencial puede constar de:

O Entrevista al paciente o a su familia.

O Observación del cliente en diferentes situaciones o tareas.

O Ver la interacción del cliente con otras personas.

O Revisar expedientes anteriores del paciente.

O Información del equipo interdisciplinar.

Evaluación

Proceso que determina el progreso que hace el paciente para conseguir los objetivos marcados por la terapia. También es un proceso que nos sirve para determinar si la estrategia del tratamiento era correcta o no. Por lo cual la evaluación es un proceso que evalúa tanto la evolución del paciente como la eficacia de la intervención y las estrategias de tratamiento.

4. Terapia de improvisación libre *Juliette Alvin*

4.1. Características del modelo.

La musicoterapia de Alvin se puede describir como un modelo estrictamente musical e inclusivo por naturaleza. Es estrictamente musical porque todo el trabajo de los pacientes se centra en hacer música o escucharla. Es inclusivo porque utiliza todo tipo de material musical concebible.

La improvisación en el enfoque de Alvin es libre por varios aspectos:

O Cualquier intento de crear sonidos o música nueva

O No requiere ninguna habilidad especial.

O El paciente elige por si solo, el terapeuta no impone normas, restricción dirección o influencia en la improvisación del paciente.

4.2. Utilización clínica

O Individuos o grupos con:

Problemas del desarrollo

Problemas de relación consigo mismo y con los otros

Necesidad de liberación emocional

O No hay prerequisites del paciente

O Contraindicaciones: cuando la música funciona de protección o escape contra el mundo real, o con pacientes con dificultades neurológicas y de percepción (problemas de audición, alucinaciones, epilepsia musicógena)

4.3. Objetivos

O Área de desarrollo intelectual

Conocimiento sensorial y percepción, operaciones mentales como atención, organización de ideas y retención y la comprensión de sentimientos.

O Área de desarrollo físico:

Destreza de motricidad gruesa y fina, coordinación sensoriomotriz, etc.

O Área de desarrollo socio-emocional:

Autoconocimiento, comunicación, autoexpresión, identificación con los otros e integración grupal.

4.4. Proceso del tratamiento

Fase 1

Durante esta primera fase el paciente se relaciona con el mundo físico de los objetos por medio de actividades que le conectan corporalmente con el entorno:

O Técnicas activas. Cualquier forma de participación o juego musical: Improvisación libre, ejercicios motrices, juegos visuales de notación simple, encajar sonidos

O Técnicas receptivas. El terapeuta trabaja para formar una relación paciente-terapeuta. Los instrumentos se utilizan como objetos intermediarios proporcionando: por un lado una barrera segura entre uno y otro y por otro un punto de contacto.

El terapeuta improvisa con el cliente de un modo personal pero no amenazante.

El terapeuta ajusta su música a las reacciones de escucha del paciente.

Fase 2

La segunda fase se dedica a establecer una relación paciente-terapeuta que facilite el Autoconocimiento y ayude al paciente a resolver conflictos personales que le llevaron al aislamiento.

O Técnicas activas. La improvisación libre como técnica más eficaz de favorecer el Autoconocimiento, resolver conflictos y crear una relación con el terapeuta.

O Técnicas receptivas. Grabar la improvisación y escucharla después.

Fase 3

Esta fase ayuda al paciente a relacionarse con padres, compañeros u otros grupos. Implica traer a la situación de terapia a los padres o situar al paciente en un grupo.

O Transferir la relación paciente-terapeuta a la del padre

O Técnicas de grupo activas.

Improvisación musical. Con instrumentos de altura indeterminada o con la escala pentatónica

La improvisación comienza con un silencio que permita la preparación de todo el grupo.

Se suele buscar nombre para el grupo y para la improvisación.

O Técnicas receptivas

Escucha de la música grabada como medio de integración, hace que la experiencia sea real para todos los miembros del grupo

4.5. Evaluación

O Se basa esencialmente en la información musical

La escucha

La improvisación en los instrumentos

El canto

O Las respuestas en estas áreas se analizan para determinar la habilidad del paciente para formar tipos de relaciones y su nivel de desarrollo en los campos:

Físico

Intelectual

Socio-emocional