

MUSICOTERAPIA Y AUTISMO: APUNTES PARA SU COMPREENSIÓN EN CLAVE DIDÁCTICA

Music Therapy and Autism: Notes for Understanding in a Didactic Key

Miguel RABAL MILLÁN 

Investigador Independiente

RESUMEN. El siguiente artículo pretende visualizar la musicoterapia y alguna de sus claves didácticas para optimizar el aprendizaje significativo de discentes con necesidades educativas especiales, más concretamente, en alumnado con autismo. El objetivo principal es el de abordar el concepto de musicoterapia y sus modelos más relevantes, adentrándonos en los beneficios de la música como herramienta facilitadora de habilidades sociales, comunicativas y de comportamiento en alumnado con autismo, así como la importancia de la relación musicoterapeuta-alumno y sus recursos en el aula. Por tanto, se trata de una metodología documental que arroja como resultados una perspectiva sobre el trasunto pedagógico de este tema. Se concluye la necesidad de una formación mayor, en general, para poder abordar del mejor modo los casos que se hallan en las aulas hoy en día.

Palabras clave: autismo; musicoterapia; claves didácticas; modelos.

ABSTRACT. The following article aims to visualize music therapy and some of its didactic keys to optimize the meaningful learning of students with Special Educational Needs, more specifically, in students with autism. The main objective is to address the concept of music therapy and its most relevant models, delving into the benefits of music as a facilitating tool for social, communicative and behavioural skills in students with autism, as well as the importance of the Music Therapist-student relationship. and its resources in the classroom. Therefore, it is a documentary methodology

that results in a perspective on the pedagogical transcript of this topic. It concludes the need for greater training, in general, to be able to best address the cases found in classrooms today.

Keywords: Autism; music therapy; teaching keys; patterns.

1. INTRODUCCIÓN: MUSICOTERAPIA EN PERSPECTIVA

Las aristas de la musicoterapia pueden ser muchas y muy variadas. Benenzon (2000) enfatiza la utilización del sonido, de la música, el movimiento y los instrumentos para obtener unos beneficios en la rehabilitación o recuperación de un paciente. Por su parte, la Sociedad de Nueva Zelanda de Musicoterapia, como atestiguó en su momento Bruscia (2013), vincula la idea anterior con la necesidad de servirse de ella también para la prevención, de forma que su utilización individual o grupal cumpla aún más funciones. Además, tal como Alvin (1997) hace constar, el efecto de una buena praxis a partir de la musicoterapia puede servir de resorte positivo tanto en niños como en adultos. En todos los casos, el elemento didáctico, tan relevante en esta aproximación preliminar, no puede ser obviado. Así, para la mayor parte de las pedagogías musicales activas, existe una utilización musical, especialmente de los instrumentos, orientada hacia la potenciación de los sentidos, de tal forma que la música, en sí, es una terapia de sensibilización y formación integral de la persona.

Con todo, cabe preguntarse por los modelos teóricos de la musicoterapia. En 1999, en el IX Congreso Mundial de Musicoterapia en Washington, se reconocieron, por parte de la comunidad de los musicoterapeutas de todo el mundo, cinco modelos teóricos. Hay muchos desarrollos teóricos, pero, desde este congreso, podemos afirmar que la musicoterapia cuenta oficialmente con cinco modelos que son los siguientes:

Modelo Nordoff Robbins o de Musicoterapia Creativa e Improvisacional.

- Modelo GIM (Guided Imaginery and Music) o de Imágenes Guiadas y Música.
- Modelo de Musicoterapia Analítica.
- Modelo Benenzon.
- Modelo de Musicoterapia Behaviorista.
- El *Modelo Nordoff Robbins* se creó entre los años 1976 y 1977. Este modelo también es conocido por la Musicoterapia Creativa e Improvisacional. Consiste en la improvisación musical que se establece entre el

paciente y el terapeuta con varios instrumentos musicales o canto, según las posibilidades del paciente, de sus condiciones neurológicas y lo más importante de sus funciones vitales. Este modelo es un acontecimiento que no solo influye a la persona que se está tratando, sino también la personalidad del terapeuta.

El *Modelo GIM* se constituye a principios de la década de los 70. Helen Bonny en 1972 fundó el «Institute for Consciousness and Music», allí fue donde los musicoterapeutas empezaron a formarse para trabajar con este modelo. Trabaja principalmente con la posibilidad de la música de provocar la sinestesia como estados alterados de conciencia.

El *Modelo de Musicoterapia Analítica* nace a principios de los años 60 con el «Intertherapy-group», cuyo trabajo derivó en Musicoterapia Analítica. Es el nombre que se ha dado al uso analítico, informado y simbólico de la música improvisada por el terapeuta y el paciente. Se usa como herramienta creativa con la cual el paciente explora su propia vida, además de para poder crecer e incrementar su autoconocimiento.

El *Modelo Benenzon* comenzó en la década de los 60. Los doctores Ronaldo Benenzon y Bernaldo de Quirós, en 1965, crearon la Comisión de Estudios de la Musicoterapia en la República Argentina; además, a partir de esta se crea la carrera de Musicoterapia en el Instituto de Otoneurofoniología. Se fundamenta en el complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no; busca métodos y diagnósticos terapéuticos. Se extiende desde las fuentes de emisión del sonido, comprendiendo varios conceptos como, por ejemplo, la naturaleza y el cuerpo humano. El objetivo de este modelo es producir estados regresivos y aperturas de canales a esos niveles, emprendiendo, por medio de los nuevos canales de comunicación, el proceso de recuperación.

El *Modelo Behaviorista*, como otros, se crea a finales de la década del 60 y comienzos del 70, cuando su fundador Madsen (1972) publica su estudio *Research in Music Behavior. Modifying Music Behavior in Classroom*. Este modelo sostiene que la música por sí sola es un operador condicionante que refuerza la conducta. El impacto de la experiencia musical es observable y medible, y se puede establecer una relación causa-efecto entre la música y la conducta. La musicoterapia debe usarse con el análisis conductista y proponer programas individuales de tratamiento para poder encontrar la necesidad o necesidades de los pacientes.

2. FUNDAMENTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN NIÑOS CON AUTISMO

2.1. Aspectos generales

Los estudios realizados hasta la fecha, informan de que la música puede ser beneficiosa para las personas con autismo. Las técnicas predominantes para el tratamiento del mismo son canciones compuestas y la terapia de la música de improvisación. Estas técnicas de intervención se usan para facilitar las habilidades sociales, comunicativas y de comportamiento en los niños pequeños con autismo. La música ha sido utilizada por los terapeutas para facilitar comportamientos de comunicación y el compromiso social de las personas autistas. El aspecto no verbal de la música es visto como una forma de involucrar al paciente y al terapeuta. Se ha escrito mucho sobre los beneficios de la música para los individuos con autismo que se basan en la preferencia, la capacidad de respuesta y la predisposición de este grupo de personas a los estímulos musicales. Un número significativo de estudios han informado de que los individuos con autismo demuestran una preferencia por estímulos auditivos más que otros estímulos cuando los estímulos auditivos se presentan en forma de música. Entonces los individuos con autismo se sienten atraídos por los estímulos auditivos durante más tiempo que los niños con desarrollo típico (Thaut, 1987). El propio Thaut (1987) midió la sensibilidad musical de un grupo de niños con autismo utilizando las improvisaciones musicales y no encontró ninguna diferencia significativa en el ritmo ni la originalidad en comparación con compañeros de su edad cronológica. Esto parece demostrar que la sensibilidad musical de este grupo permanece intacta.

Los resultados de los estudios experimentales de musicoterapia sugieren que la percepción musical en las personas con autismo se puede conservar o mejorar. Se ha demostrado que los individuos con autismo identifican mejor el tono, detectan mejor los cambios en el entorno de la tonalidad respecto a las personas sin autismo. En todo caso, al referirnos a musicoterapia con personas autistas hay que tener en cuenta los siguientes factores:

La música es un medio de rehabilitación.

- La música puede relajar o alterar (consecuentes con los casos).
- 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. Esto se debe a que, 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 y de su naturaleza tenemos que servirnos cuando hablamos de musicoterapia.

- Hay que saber distinguir cuando se emplea sonido con distintas formas, matices o timbres (melodía, armonía, voz, coro, instrumentación, etc.) y cuando el sonido deja de ser tal y se convierte en ruido (desaconsejable siempre en el campo autista).
- Para ello, debemos considerar los principios básicos de musicoterapia según Rolando Benenzon (1995, 2000). En este sentido, el Término ISO resume la noción de la existencia de un sonido o conjunto de sonidos o fenómenos sonoros internos que nos caracteriza y nos individualiza, resumiendo nuestros arquetipos sonoros, nuestras vivencias sonoras gestacionales intrauterinas y nuestras vivencias sonoras de nacimiento e infantiles hasta nuestros días.

Estas energías sonoras forman el ISO universal, el ISO gestáltico, el ISO cultural y el ISO grupal (Benenzon, 1995). El ISO universal contiene en el inconsciente las energías sonoras características de todo el género humano, heredadas de milenios y milenios, tales como el ritmo binario que imita el latido cardíaco, las sonoridades y el movimiento del agua (líquido amniótico), los sonidos de inspiración y espiración, la escala pentafónica (intervalos de segunda y tercera), la tónica y la dominante, el acorde perfecto, el ostinato, el canon, el silencio. El ISO gestáltico contiene las energías sonoras que se producen desde el momento de la concepción de cada individuo. Esto quiere decir que la respuesta de tranquilidad y/o de contención que pueda producir una canción de cuna al ser reconocida gracias a la memoria del no verbal. El ISO cultural está formado por movimientos energéticos sonoromusicales que se forman a partir del nacimiento y cuando el individuo recibe los estímulos sonoros del ambiente que lo rodea. El ISO Grupal está íntimamente ligado al esquema social en que el individuo se desenvuelve. Este ISO es fundamental para conseguir, en un contexto no verbal, la integración en un grupo terapéutico. Esto debido a que fluye en el grupo como la síntesis en sí misma de la identidad sonora de cada uno de los pacientes.

Es así como este fenómeno de sonido y movimiento debe ser descubierto por el musicoterapeuta, pues ha de servirle como primera instancia de comunicación con el paciente, facilitando la respuesta mental y emocional de éste. A partir de esa información, el musicoterapeuta está en condiciones de determinar las estrategias más adecuadas para su trabajo terapéutico (Alvin, 1997).

Para entender la terminología anterior desde un prisma práctico es preciso acercarse al concepto de objeto intermediario, el cual es un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre el paciente mediante relación, sin desencadenar estados de alarma intensos (Benenzon, 1981).

El término objeto intermediario es tomado del psicodrama, a partir de las observaciones de las reacciones del paciente al ser éste estimulado por medio

de títeres. Si el paciente se encuentra bajo un estado de alarma o con alteraciones del esquema corporal, el títere actúa como vínculo de comunicación entre éste y el terapeuta, logrando así una mejor relación entre ambos. La idea fue adquirida por la musicoterapia, considerando como objeto intermediario los instrumentos musicales y los sonidos emitidos por éstos. Esta mayor distancia que hay entre el objeto intermediario (instrumento musical) y el musicoterapeuta permite su vinculación tan íntima con el ISO del paciente y del musicoterapeuta. Por lo tanto, la correcta elección de un objeto intermediario en la relación terapéutica dependerá de la habilidad del musicoterapeuta en descubrir la identidad sonora de su paciente o el ISO gestáltico. El objeto intermediario está ligado especialmente con el ISO gestáltico y, en menor grado, con el ISO universal y complementario.

2.2. Análisis de métodos en musicoterapia y rol del musicoterapeuta

Según Poch (1998), la clasificación más general de los métodos en musicoterapia tiene que ver directamente con el nivel de participación que el paciente tenga en la terapia. Según ella, los métodos se dividen en métodos activos y métodos pasivos. Esta denominación responde al hecho de implicar una acción externa o interna por parte del paciente.

Métodos activos: llamados también creativos, se basan en la «improvisación musical» como método de «proyección interna». Esta consiste en la «expresión libre y creativa» de sentimientos y emociones a través de un instrumento. Estas improvisaciones en ningún caso se las evalúa según parámetros musicales ni estéticos y con ellas se persigue el logro de los siguientes objetivos: fomentar la libertad interior (en caso de enfermos neuróticos o psicóticos); la creatividad; el conocimiento y valoración de sí mismo; la relación y respeto por los demás; y el conocimiento de su entorno.

Métodos pasivos: conocidos igualmente como receptivos, suponen actividades internas y esenciales, capaces de provocar cambios en el estado de ánimo del paciente. Su mecanismo básico es la audición musical (música envasada o música que ejecute el musicoterapeuta), la que puede abarcar los siguientes aspectos: como medio de diagnóstico, como estimuladora de imágenes y de la creatividad y como modificadora del estado de ánimo.

Los niños autistas, en general, responden mejor y con más frecuencia a la música que a otros estímulos auditivos, por lo que la musicoterapia adquiere más valor en el tratamiento de estas personas. Los estudios destacados que se han hecho hasta ahora usando musicoterapia con personas autistas están desarrollados con profusión por Simpson y Keen (2011), quienes utilizaron una canción para enseñar a tres niños que poseían bajo nivel de habilidades de comprensión verbal,

para ofrecerles apoyo visual en forma de símbolos gráficos. La condición musical facilitó las habilidades receptivas de los participantes. Después de tres semanas de intervención se hizo la evaluación. Los resultados mostraron poca generalización de estas habilidades en otros contextos.

En el uso de la improvisación, Edgerton (1994) informó de que la musicoterapia aumentó comportamientos comunicativos musicales y no musicales en un grupo de 11 niños con edad entre 6 y 9 años durante sesiones individuales. Los comportamientos comunicativos se midieron utilizando la Lista de Verificación de las respuestas comunicativas, Hoja de Hechos Score (CRASS), específicamente diseñada para el estudio de medición de los actos musicales y no musicales.

En el uso de música como una intervención para la socialización se han hecho varios estudios. Los estudios revisados usaron música como intervención para el desarrollo de las habilidades sociales en los niños con autismo. Con la excepción de Katagiri (2009), estos estudios incluyeron la participación como un foco de la investigación. El investigador referido llevó a cabo sesiones individuales para enseñar la codificación y la decodificación de cuatro emociones: la felicidad, la tristeza, la ira y el miedo. Para ello puso como instrucción cuatro condiciones diferentes. Sin control de contacto, con control de contacto donde las instrucciones verbales eran acompañadas de efectos visuales, utilizando la música previamente grabada y diseñada para reflejar la emoción e instrucciones verbales y por último canciones que reflejaban emociones con textos especialmente compuestos para ello. Los participantes demostraron un aumento en la decodificación en todas las condiciones. Con la condición de música de fondo era lo más eficaz. Las mejoras en las habilidades de decodificación fueron más significativas que los cambios en las capacidades de codificación. Los investigadores no evaluaron si las aptitudes adquiridas durante la intervención se generalizaban a otras situaciones de la vida y si las personas mantenían las habilidades.

La relación terapeuta-paciente es la base para el logro de los objetivos musicoterapéuticos. Los pacientes necesitan que su musicoterapeuta no sólo sea técnicamente preparado, sino que sea humano, sensible a su problemática y que responda a su situación en un plano emocional. El musicoterapeuta que trabaja permanentemente en el desarrollo de su capacidad de responder emocionalmente a su paciente es capaz también de enfrentar de mejor forma situaciones de alta carga emocional y encuentra más interesante su práctica profesional.

Es importante, en primer lugar, que sea capaz de reconocer su identidad sonora (su propio ISO). A partir de esa información, este profesional está en condiciones de determinar las estrategias más adecuadas para su trabajo terapéutico. En segundo lugar, la correcta elección de un objeto intermediario en la relación terapéutica dependerá de la habilidad del musicoterapeuta en descubrir la identidad sonora de su paciente (ISO gestáltico). Además, deberá acceder a terapia personal, como

una forma de permanente autoevaluación y para, al mismo tiempo, desarrollar sistemáticamente las siguientes destrezas (Florenzano *et al.*, 1999):

- Empatía. Este término indica la capacidad para apreciar, comprender y aceptar la situación emocional del otro, tanto en el lenguaje verbal como no verbal, expresándole al paciente su interés y disposición para ayudarlo.
- Conductas no verbales. Las componen la postura corporal; los movimientos del cuerpo; la expresión facial; la inflexión de la voz; la velocidad y la entonación del habla. Todos estos elementos comunican una actitud de preocupación y calidez hacia el paciente en forma más directa que cualquier comunicación verbal. Asimismo, la conducta no verbal del paciente entrega claves importantes acerca del estado emocional y, muchas veces, es posible evaluarlo a través de ellas.
- Capacidad de reflejar emociones. Aquellos musicoterapeutas que son capaces de leer las emociones de sus pacientes y responder adecuadamente a ellas tienen pacientes más satisfechos y dispuestos a colaborar en su tratamiento. La regla general en cuanto al manejo de los sentimientos expresados por el musicoterapeuta es responder a los sentimientos y emociones del paciente apenas éste los expresa.
- Legitimación. Esta destreza, ligada a la anterior, se refiere expresamente a aceptar y validar la emocionalidad del paciente. El legitimar no significa estar de acuerdo con sus razones, sino señalarle que es posible entender por qué siente de tal o cual manera.
- Apoyo personal. El musicoterapeuta debiera esforzarse para que su paciente se dé cuenta de que él está en disposición de entenderlo o ayudarlo, de la manera más racional y efectiva posible.
- Trabajo en equipo. Cuando se plantea la tarea del diagnóstico y tratamiento como un esfuerzo conjunto entre psicólogo, fonoaudiólogo, kinesiólogo, neurólogo, terapeuta ocupacional, profesor de educación diferencial, musicoterapeuta, etc., cualquiera que sea el diagnóstico, el paciente se beneficia de este trabajo colaborativo, que tiene como objetivos primordiales la unión de criterios, el intercambio de experiencias y el enriquecimiento profesional de los involucrados.

Los principales objetivos del musicoterapeuta son los siguientes:

- La musicoterapia estimula no solamente en lo puramente somático, motriz y sensorial, sino también, y lo que es más importante, en un amplísimo campo psíquico, cognitivo, comprensivo (percepciones, emociones, afectos, consciencia).

- 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.
- La música ha conseguido la capacidad de establecer la comunicación entre el paciente (niño con autismo) y el profesor (terapeuta). Este logro ha sido conseguido gracias a que, a través de ella, se establece una nueva interrelación. Los niños autistas tienden a mostrar un gran interés por la música y a manifestar conductas musicales. Estas conductas son las siguientes:

Repetir segmentos de canciones escuchadas en la televisión u otro tipo de grabaciones.

- Reproducir el ritmo espontáneo.
- Atracción por ciertos sonidos, timbres o fuentes sonoras.
- Movimientos espontáneos con cierto tipo de música.
- Las actividades musicales terapéuticas que generalmente dan buenos resultados son canto, tocar instrumentos y movimiento con la música. En primer lugar, las canciones pueden ser adaptadas a todos los niveles de funcionamiento. El canto es una fuente de estimulación en todas las áreas de funcionamiento, además de una vía hacia la comunicación verbal, y para finalizar una experiencia estética y catártica. Por otro lado, tocar instrumentos supone una conducta musical tangible y estructurada, además ofrece la oportunidad de hacer música desde un nivel simple hasta un nivel complejo. Los instrumentos incrementan la participación en la actividad musical; la cohesión grupal; la atención; y la percepción auditiva, visual y táctil. De este modo estimula la liberación de emociones y aporta un sentimiento de logro. El musicoterapeuta debe tener presente la importancia de la evaluación continua del individuo con el objeto de terapia, su desarrollo o, por el contrario, su retroceso. Lo que puede llegar a crear dificultad es realizar un proceso terapéutico continuado con el mismo o los mismos individuos, es decir, realizar con los mismos pacientes varias sesiones seguidas. Se deben tener claros los objetivos que se quieren conseguir para poder analizar los resultados.

Los conceptos de música estimulativa, preventiva, curativa, etc., no se encuentran en la naturaleza. Alguien dijo que la melodía regula la conducta de los sentimientos o que la armonía sintetiza los comportamientos espiritualizados. La música por medio del terapeuta individualiza su canal benefactor, es decir, así

la música puede estimular o deprimir; una melodía puede avivar sentimientos, emocionar o no.

La música como «medicina» puede prever y curar a un individuo, aunque no haya músicas específicas para estas tareas, como algunos pueden afirmar. Si así fuera los pacientes no acudirían a ninguna terapia, sino a una farmacia musical. Los musicoterapeutas son los encargados de la importancia para que se proporcione la música adecuada que aporte beneficios y remedios psicosomáticos a la humanidad. Todas las vías terapéuticas y procedimientos psicológicos tienen su por qué, su método y su filosofía, no deben depender las unas de las otras. Es la virtud de la música la que debe apreciar los cambios del individuo.

2.3. Recursos músico-terapéuticos

Hay niños con autismo que tienen la dificultad de realizar su primer contacto con el instrumento, un ejemplo sería golpear un tambor. Este tipo de dificultades se debe a la resistencia del niño para relacionarse con el exterior. Una vez superada esta barrera (dependiendo del tipo de paciente puede durar un largo periodo de tiempo), cuando el niño comienza a interactuar con el instrumento, se inicia un proceso cuantitativo y, poco a poco, cualitativo-rítmico. Otras variantes a este son las expuestas a continuación.

Ritmos con elementos. Los objetos serían cuerdas, cintas o pañuelos, individualmente con el terapeuta o en parejas. Un ejemplo de esta variante sería tapando y descubriendo partes del cuerpo mediante un ejercicio rítmico con pañuelos. Es muy interesante y enriquecedor para abordar situaciones de juego, ritmos, escenografía, teatro, etc.

Improvisaciones rítmicas. Esto se refiere a las improvisaciones para medir la capacidad activa y creativa del individuo. Con personas autistas de niveles bajos las improvisaciones pueden ayudar a descargar agresividad y a la experimentación de los sonidos creados por ellos mismos. Aunque debe tenerse en cuenta que no hay que dejar que aporreen el tambor u otro instrumento porque puede llegar al embrutecimiento y eso ya no sería una terapia.

Sonido. Es la otra parte constitutiva de la música. Utilizaremos sonido, no 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 relacionados con la música, como pueden ser la melodía, la música instrumental o vocal. Todas estas variantes y formas del sonido tienen un valor terapéutico muy especial. Por ello es muy importante conocer al máximo sus diferencias. Es experimentado que al niño con autismo 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. Se sabe que el niño autista se relaja con músicas barrocas (entre otras). De las cualidades del sonido, el timbre juega el papel terapéutico más importante.

Música e intercomunicación emocional. Consiste en una concentración coordinada de sonidos, ritmos, respiraciones... donde el niño autista y el terapeuta comparten sensaciones, contactos con la realidad somática del otro, sincronizan movimientos. La tarea de averiguar la identidad sonora de cada individuo es esencial en musicoterapia, es decir, la concordancia de la música con el estado anímico del paciente, el instrumento adecuado... La utilización de la voz como elemento dinámico y relajado supone un contacto directo y cálido para el niño. El musicoterapeuta debe ser un artista de la voz, es decir, saber las alturas tonales, junto a las intensidades, para situar al niño en el límite de la frontera entre la ansiedad, el nerviosismo, la angustia... y la placidez, la serenidad y el recogimiento. Los niños autistas normalmente no soportan los sonidos agudos (estos tonos provocan que suelen taparse los oídos para poder aislarse), así que nunca se debe gritar a un niño con autismo.

Durante la terapia musical hay que reservar un periodo para el juego, canciones personales con nombre del paciente y su entorno familiar. Se puede utilizar una improvisación ordenada entre el terapeuta y los pacientes, el relato de cuentos y su escenificación. En relajaciones, la persona autista se adapta corporalmente al sonido concordante. Pero antes es muy importante permanecer a su lado, hablarle, susurrarle y combinar movimientos y ritmos que están sonando. De este modo el paciente asumirá la posición correcta con cada sonido, por ejemplo, el tumbarse en la colchoneta cuando sea la hora de relajarnos.

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras la revisión bibliográfica en cuanto a musicoterapia y tratamientos de sujetos con autismo, se extraen conceptos clave, todos ellos relacionados con nuestra futura profesión como docente. Dichos conceptos son válidos para la profesión en sí o para la especialización en tratamientos musicales con niños con NEE. Entre ellos destaca la importancia del rápido diagnóstico; la comunicación, especialmente en el caso de un niño con autismo ya diagnosticado, ya que los padres son los que mayor información pueden aportarnos acerca de sus gustos, molestias o inquietudes, de este modo, la conexión entre el profesor o musicoterapeuta será más fácil de establecer. Debemos conocer a nuestro paciente; la música como un medio o herramienta efectivo para llegar a promover avances en la persona a tratar; la actitud del musicoterapeuta como algo muy importante e influyente en los resultados.

En cuanto a modelos se refiere a la hora de afrontar un caso de un niño/a con autismo, de todos los anteriormente tratados (Modelo Nordoff Robbins o de Musicoterapia Creativa e Improvisacional, Modelo GIM [Guided Imaginery and Music] o de Imágenes Guiadas y Música, Modelo de Musicoterapia Analítica, Modelo Benenzon y Modelo de Musicoterapia Behaviorista) no podría decantarme por ninguno en concreto, ya que considero que, a grandes rasgos, la combinación de aspectos o partes (según el caso) de todos ellos sería más efectiva que centrarse en un modelo solo. La utilización de los métodos (activo o pasivo) también dependerá del sujeto a tratar.

Otro de los factores influyentes que he considerado en una sesión de musicoterapia ha sido la conexión del individuo con su respectivo ISO, por ello y su importancia, la comunicación con los familiares es esencial. Como ha sido comentado con anterioridad, la actitud en el musicoterapeuta es algo muy importante para abordar un tratamiento, sea en este caso el autismo, ya que la empatía, la sensibilidad, la ilusión y el cariño hacen que el acercamiento y el entendimiento con el niño sea más fácil.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvin, J. (1997). *Musicoterapia*. Paidós Ibérica.
- Benenzon, R. (1995). *Manual de musicoterapia*. Paidós.
- Benenzon, R. (2000). *La nueva musicoterapia*. Lumen.
- Bruscia, K. (2013). *Definiendo Musicoterapia*. Amarú.
- Edgerton, C. L. (1994). The effect of improvisational music therapy on the communicative behaviors of autistic children. *Journal of Music Therapy*, 31(1), 31-62. <https://doi.org/10.1093/jmt/31.1.31>
- Florenzano, R., Carvajal, C., & Weil, K. (1999). *Psiquiatría*. Editorial Mediterráneo.
- Katagiri, J. (2009). The Effect of Background Music and Song Texts on the Emotional Understanding of Children with Autism. *Journal of Music Therapy*, 46, 15-31. <https://doi.org/10.1093/jmt/46.1.15>
- Madsen, C. (1972). *Research in music behavior modifyng*. Lansing Norfok.
- Poch, S. (1998). *Compendio de Musicoterapia*. Herder.
- Simpson, K., & Keen, D. (2011). *Music Interventions for Children with Autism: Narrative Review of the Literature*. Faculty of Education, Australian Catholic University.
- Thaut, M. H. (1987). A New Challenge for Music Therapy: The Correctional Setting. *Music Therapy Perspectives*, 4(1) 44-50. <https://doi.org/10.1093/mtp/4.1.44>