



**Universidad de Chile**

**Facultad de Artes**

**Escuela de Posgrado**

**MUSICOTERAPIA DIRIGIDO A UN PACIENTE QUE PRESENTA EL  
SINDROME DE WEST**

Experiencia a “Daniel” en Centro Manantial.

Primera parte de monografía para optar a la especialización del Postítulo en terapias en  
Arte, mención Musicoterapia.

**Macarena Jara Salgado**

**Profesora en Educación Diferencial.**

**Mención en “audición y lenguaje” y “discapacidad intelectual”. USS**

**Profesor Guía: Rodrigo Quiroga.**

*Santiago, 2016*

## **I. Tabla de contenidos**

<b>II. Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>III. Marco Institucional.....</b>	<b>7</b>
<b>IV. Marco teórico.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Síndrome de West.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 El desarrollo de las habilidades sociocomunicativas en el síndrome de West.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 El desarrollo del juego en el síndrome de West.....</b>	<b>12</b>
<b>1.4 Tratamiento terapéutico para el Síndrome de West.....</b>	<b>13</b>
<b>2. Marco teórico musicoterapéutico.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Recursos de musicoterapia dirigido al síndrome de West y autismo.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1.1 Expresión Corporal.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.2 Expresión Instrumental.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Rol del terapeuta.....</b>	<b>23</b>
<b>V. Aproximación Diagnóstica.....</b>	<b>25</b>
<b>VI. Proceso Musicoterapéutico.....</b>	<b>27</b>
<b>VII Metodología.....</b>	<b>28</b>
<b>VIII Desarrollo del Proceso.....</b>	<b>30</b>

<b>IX Evaluación del Proceso Musicoterapéutico. ....</b>	<b>41</b>
<b>X Conclusión.....</b>	<b>44</b>
<b>XI Aprendizajes personales de la investigación.....</b>	<b>47</b>
<b>XII Referencia Bibliográfica.....</b>	<b>51</b>

## **II. Introducción**

La monografía que se presenta a continuación es la exposición y análisis del trabajo de Práctica Profesional del Postítulo de Musicoterapia realizado en el Centro de Rehabilitación Infantil y Adolescente “Manantial”, formado con profesionales del área de la salud y educación, con el fin de dar atención a niños con trastornos del desarrollo.

El tratamiento musicoterapéutico es dirigido a Daniel, paciente de 8 años que presenta síndrome de West o enfermedad de los “Espasmos Infantiles”. Esta patología es una alteración cerebral provocada por descargas eléctricas o epilépticas que producen: retraso global del desarrollo y el autismo. A través de los recursos de la musicoterapia se promueve favorecer la salud o estado de bienestar del paciente.

Durante el proceso se abordaran dos objetivos principales, disminuir conductas disruptivas del paciente, por medio de, la canalización de estados emocionales y tensión muscular, a través de, la expresión sonora y corporal. En segundo lugar, se intentara ofrecer experiencias de interacción lúdica con un otro (terapeuta), a partir de los recursos comunicacionales no verbales del paciente y musicoterapéuticos.

El trabajo monográfico, presenta en forma detallada la materia desarrollada. La primera parte, da a conocer todo lo referente al Centro de Rehabilitación Manantial, Centro al que asiste diariamente Daniel, en donde se desenvuelve, comparte con las educadoras, compañeros y profesionales a cargo, además, es en donde aprende y se rehabilita.

La segunda parte, es el marco conceptual, se encuentra dividido en 2 fundamentos importantes. En primer lugar, presenta aspectos teóricos sobre el síndrome de West a partir de diferentes perspectivas que la definen. En segundo lugar, el marco teórico musicoterapéutico, pretende fundamentar la importancia del encuadre de esta disciplina a través de sus diferentes recursos musicales.

La tercera parte, se encuentra: la aproximación diagnóstica, desarrollo del proceso musicoterapéutico, y evaluación.

Por último, se muestran las conclusiones, se analizan los resultados obtenidos a partir de los objetivos propuestos.

El proyecto realizado pretende fundamentar la importancia del canal musical que posibilita la comunicación vincular entre el paciente y el terapeuta y desarrollar experiencias sociales y lúdicas o de compartir con otros, por medio de, un sustento bibliográfico y práctico.

### **III. Marco Institucional.**

#### **Centro de rehabilitación infantil “Manantial”.**

La práctica musicoterapéutica, fue realizada en el Centro de rehabilitación infantil “Manantial”, ubicado en la calle Presidente Batlle y Ordoñez 4004, comuna de Ñuñoa. La institución fue creada en 1981 por ocho profesionales del área de la salud y educación, con el fin de dar atención a niños con trastornos del desarrollo. Es un centro privado, donde los niños presentan atención terapéutica de 8:30 a 16:00 horas. Atiende en la actualidad a 18 alumnos que provienen de distintos sectores socio-económicos distribuidos en un total de 3 grupos o niveles: infantil, funcional y juvenil, dirigidos por especialistas por auxiliares de párvulos o técnicos en educación diferencial. Durante la jornada, son atendidos en forma individual por Kinesiólogos, Fonoaudiólogos y Terapeutas Ocupacionales, con una frecuencia de tres atenciones semanales por especialidad.

El principal objetivo de trabajo en este centro es brindar atenciones individuales, personalizadas, en un ambiente grato, que les estimula a desarrollar sus capacidades cognitivas y motoras y a afianzar su autoestima, su visión corresponde a que los niños y jóvenes sean incluidos en la sociedad en forma plena e integral.

Respecto al el lugar físico se puede mencionar que es una casona y sus espacios principales son:

-5 Salas de clases acondicionadas. - Sala común, para almorzar y tomar café. - Sala de estimulación sensorial (gimnasio). - Cocina. - Baños acondicionados para los niños. - Baños para los trabajadores. - 1 Patio con áreas verdes y árboles frutales. - Ramplas de accesos. - Equipos audiovisuales.

Este centro recibe alumnos en práctica desde diferentes universidades en las áreas de la salud que ellos como institución abordan. El taller de musicoterapia se realiza desde sus inicios y se originó por la necesidad de incorporar nuevas vía de expresividad por la comunicación pre- verbal en los pacientes del centro. Otros aportes importantes son la creación de las series musicales: “Aprendiendo aprendo hablar” y “Cantando hablo mejor”. Además, los pacientes participan en talleres de integración sensorial, psicomotricidad, actividades de vida diaria y manualidades; “frutos de manantial”. Todos los niños han mejorado su calidad de vida, algunos adquiriendo marcha (sensorio-motriz), más lenguaje. Aquellos a los que su severo daño se lo impide, están siendo entrenados hacia sistemas de comunicación alternativa.

## **IV. Marco teórico.**

En el siguiente marco teórico, se dará a conocer información sobre la condición especial del estudio de caso. Diagnosticado con síndrome de Down, síndrome de West, y trastorno del espectro autista (TEA). Se debe entender que según la literatura el autismo es un síntoma característico y predominante en el síndrome de West. Sin embargo, no es considerada un tipo de autismo atípico, ya que, su causa es provocada por daños neuronales y epilépticos del cerebro, mientras que en el autismo es una causa desconocida. En relación a estas tres patologías, se dará más énfasis a esta patología epiléptica.

### **1. Síndrome de West.**

El síndrome de West es una encefalopatía epiléptica, denominada la enfermedad de los “Espasmos Infantiles”, es un tipo especial de ataque epiléptico que afecta fundamentalmente a niños antes de los 2 años. (Ramírez, 2010). Presenta un pronóstico global grave. (Albia, 2002). Las investigaciones, señalan que estas convulsiones musculares se expresan en forma de flexión, (el cuerpo se dobla) o extensión, (el cuerpo se despliega). Sin embargo, otros datos médicos señalan que, el problema central no es el desarrollo de movimientos epilépticos, ya que, la expresión de la patología puede ser muy leve, hasta interpretada como una expresión de susto o un dolor en el cuerpo. Sino, enfatizan en las consecuencias de las descargas neuronales o en su nombre clínico hipsarritmias, que producen: retardo mental, retraso psicomotor, autismo y la misma epilepsia.

Las características de autismo se inician con pérdida de la comunicación no verbal, disminución de la expresividad y desinterés por el mundo de los objetos. (Asociación



Andaluza de la Epilepsia, 2016). Según el DSM- V, la define en una alteración grave en la reciprocidad de la comunicación y en la interacción social, y por presentar patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades; síntomas que deben estar presentes en las primeras fases del desarrollo. (Szilvasy, Baranger, 2013).

Para continuar la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), ha incorporado nueva información diagnóstica en la terminología de “discapacidad intelectual”, que integra la definición del síndrome de West, para proporcionar una educación basada en la comunidad y apoyos individualizados. Este enfoque enriquece la definición biomédica con aspectos psicosociales en el diagnóstico, es decir, incluye registrar las capacidades del sujeto y sus limitaciones descritas junto con medidas de apoyo para funcionar en la vida diaria, en relación a su nivel contextual: microsistema (familia), mesosistema (comunidad) y macrosistema (sistema social), con el fin de mejorar la calidad de vida. (Verdugo, 2010).

Para concluir, el Seminario Internacional “Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas”, abrió un espacio común de reflexión e intercambio con miras a contribuir en un Chile más inclusivo. Señala que, las personas con discapacidad tienen el derecho a la igualdad y a la plena inserción social, debido a que, los niños con síndrome de West no presentan una enfermedad transitoria, sino una condición permanente, por el cual, surge la necesidad de sensibilizar las consciencias de diversidad en el mundo y flexibilizar e incluir otros tipos de participación social. (Seminario Internacional “Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas”, 2004).

## **1.2 El desarrollo de las habilidades sociocomunicativas en el Síndrome de West.**

Las habilidades sociocomunicativas son un conjunto de conductas necesarias que nos permite interactuar con los demás. Según la neurobiología esta capacidad es desarrollada por las “neuronas- espejos” presentes en el cerebro humano. Su función principal es interpretar las emociones y acciones de otros que nos promueven el desarrollo social. (Martínez M., 2015). Otros estudios, complementan que estas capacidades vinculares se adquieren en las primeras interacciones de la diada madre-hijo y en actividades del juego imitativo. (Palacios, 1999, citado por Soto, 2007). Ambas experiencias, implican el desarrollo de la “atención o referencia conjunta”. Esto refiere a conductas o comportamientos utilizados para seguir o dirigir la atención de otra persona hacia un acontecimiento u objeto para compartir un interés en ese evento u objeto determinado. (Siller, 2002, citado por Soto, 2007).

En relación al inicio de la comunicación, se describe que nace en el vínculo relacional con la madre, y luego con otros (Palacios, 1999, citado por Soto, 2007). Sin embargo, otras investigaciones señalan, que este proceso vincular se establece desde el embarazo. La psicobiología la denomina la “interacción temprana”, plantea que la relación comunicacional se desarrolla a través de los ritmos y sincronías que ocurren durante el proceso intrauterino (Rey, 2014).

Durante el embarazo el feto inicia su proceso de desarrollo, a través de, la interacción de “recibir y responder” a estímulos sensoriales del: tacto, visión, olfato, y audición, que permite construir recursos comunicacionales futuros del infante, y estos serán revividos

cuando se presente un escenario de juegos rítmicos entre el niño y otro, movimientos sincronizados como fueron desarrollados en el útero de la madre, escucha de sonidos del agua, respiración y ritmos cardiacos, junto con todas las vibraciones acústicas integrados de su ambiente, serán estímulos atractivos al que podrán responder estos niños especiales en su vida diaria (Rev. Atención temprana, 2016).

Otros autores señalan que el feto es sensible a los estados emocionales y actitudes de la madre, y que esto constituye una comunicación, un vínculo, entre la madre y su hijo intrauterino. Verny y Kelly (1988) plantean que el vínculo casi perfecto entre madre e hijo después del nacimiento no es más que la continuación de un proceso vinculante que comienza en el útero, es decir, la aceptación y el deseo de una madre hacia su hijo establecen un vínculo entre ellos, de modo contrario, si es considerado un hijo no deseado o no genera lazos vinculares con el niño, puede dar origen a graves desequilibrios en el niño. (Tomatis, 1990, Dolto, 1996, Verny y Kelly, 1988, citado por, García, 2007).

### **1.3 El desarrollo del juego en el síndrome de West.**

Para comenzar, el juego y el movimiento, constituyen expresiones vitales del ser humano. A partir de esto, el infante, establece relaciones con el medio y con los demás, por medio de experiencias corporales, y afectivas, que responden a necesidades de conocerse e integrarse socialmente. (Walsh, 2013). También, Vygotsky, expresa que el juego nace en los niños por una necesidad innata de su edad. Estos imitan y representan simbólicamente las actividades de los adultos y adquieren experiencias sociales (Vygotsky, 1933, citado por Toro, 2013). Sin embargo, en el caso de niños con trastornos del neurodesarrollo pueden

aparecer dificultades para desarrollar el juego simbólico, en la imitación o representaciones reales del mundo exterior, que requiere comprender las claves sociales implícitas en el juego para poder predecir nuestras conductas y la de los demás. Además, se encuentran limitados por su desorden sensorial y conductas restringidas (Walsh M., 2013, párr.18). También otro estudio, afirman que, los niños con rechazo social manifiestan indiferencia a los juguetes, intenta autoagredirse, o aislarse de otros. (Centro Estatal para la Detección y Atención del Autismo, citado por Torres, 2015).

Por otro lado, Rivière (1997) plantea que, los infantes del espectro autista no son ajenos a la actividad lúdica y requieren desarrollar el aprendizaje lúdico, al igual que todas los niños o personas en desarrollo. (Rivière, 1997, citado por, Torres, 2015). Otras investigaciones, señalan que, los niños con autismo presentan interés en objetos que producen sensaciones de “luz, sonido, y movimiento”. No obstante, el autor no evidencia evaluaciones del área social, a partir juegos que representen los intereses personales y selectivos de los niños con el espectro autista. (Wing, citado por Torres, 2015).

#### **1.4 Tratamiento terapéutico en el Síndrome de West.**

En primer lugar, ante la detección del síndrome se señala la importancia de asistir a un tratamiento de “intervención temprana”. Se define en un conjunto de actividades que permiten minimizar las consecuencias del deterioro en el desarrollo del niño a largo plazo. Este tratamiento tiene sus fundamentos teóricos en el proceso de neuroplasticidad, es decir, refiere a la capacidad del cerebro para adaptarse y cambiar como resultado de la conducta y la experiencia realizada. Además, se conoce que la experiencia de mayor influencia en el

cerebro es el apego, de esta manera es capaz de responder a mensajes no verbales y claves emocionales durante la vida. (Zalaquett, 2014).

En segundo lugar, el tratamiento del síndrome de West es intervenido por un tratamiento tradicional y complementario. El tratamiento farmacológico está orientado en suspender espasmos y desaparición de hipsarritmia en un período breve. También, existe el tratamiento quirúrgico. (García, Meneses, Perla, 2015). Además, existe apoyo de equipos multidisciplinarios fisioterapéuticos (médicos especialistas, kinesiólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, entre otros.) en el área basado principalmente en el desarrollo psicomotor, (Albia, 2002) y desarrollo de terapias complementarias. (González, Martínez, Avendaño, Carvajal, Escobari, Tapia, Schnitzler, 2006).

En tercer lugar, existen diferentes recursos terapéuticos complementarios, dirigidos a fomentar la calidad de vida y bienestar. Se encuentra la hidroterapia, caninoterapia, equinoterapia, y la musicoterapia. Las tres primeras terapias nombradas, centran su proceso en desarrollar la estimulación e integración sensorial, conectando el cerebro a recursos de la naturaleza. Fomentan en particular algunas habilidades cognitivas (atención, memoria, y percepción) y desarrollo motor (esquema corporal, motricidad, relajación muscular, entre otros). (Delgado y Gómez, 2014). (Pérez, Santisteban, Salas, Chirino, Solís, 2013). Sin embargo, según el neuropediatra Ruggiere, señala que cada niño es especial, y para poder enseñar conocimientos básicos, es importante primero enseñarle al niño a comunicarse e intentar compartir las cosas (Ruggiere, 2014). Así afirma otro autor, que la capacidad y la posibilidad de establecer contacto y comunicación con otros es la base más importante para el desarrollo humano. (Wigram, 2005).

A partir de la necesidad de encontrar un canal de interacción surge la importancia de la musicoterapia, entendida la música y sus formas expresivas, como un vehículo comunicativo entre el paciente y un otro. (Olalla M., 2014)

## **2. Marco teórico musicoterapéutico.**

“La Musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativo, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos” (Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT), 2011, citado por Sánchez O., 2015).

### **2.1 Recursos de musicoterapia dirigido al síndrome de West y autismo.**

Esta disciplina está fundamentada, por medio de, múltiples metodologías, técnicas e intervenciones posibles de ser utilizadas en los diferentes niveles de atención de la salud y para aportar a los equipos interdisciplinarios una mirada basada en un recurso comunicacional diferente: las experiencias musicales. (Rodríguez C., 2016).

Gauna (2009) plantea que, la musicoterapia potencia los recursos expresivos y saludables del paciente, esta acción terapéutica, la denomina, los núcleos de salud, esto refiere a la capacidad por medio de la “acción expresiva” de “quebrar” la inmovilidad que acoge a toda situación de enfermedad o falta de salud. En la situación de los infantes y/o niños reconocemos aún más fuertemente esta “capacidad para la salud”, propia de la

plasticidad emotiva y expresiva que los niños espontáneamente sustentan. (Gauna, 2009, citado por Matamala, 2014).

El espacio terapéutico, debe ofrecer el desarrollo de la autoexpresión y autodescubrimiento del paciente con autismo, ya sea en forma sonora, corporal e instrumental. (Evans R., 2007, citado por, López L., 2016).

### **2.1.1 Expresión Corporal**

Los autores evidencian dos características importantes en el trabajo corporal en autismo.

La expresión corporal-sonora o el lenguaje del cuerpo es una forma comunicativa del mundo psíquico y emocional de las personas, sus significados y repercusiones internas serán revelados en el tono muscular y expresiones posturales. Otro autor define el cuerpo en el “principal instrumento intermediario”, que aparece en la primera relación de contacto con su madre y a partir de él, desarrolla la expresión. (Benenzon, 1998, 2005 y Gauna, 2001). Otros investigadores afirman que, a través del movimiento corporal, el sujeto puede sacar a luz aquello que se encuentra reprimido, en forma inconsciente o consciente, y que incluso no es necesario verbalizarlo. La interacción y el movimiento muscular son considerados una oportunidad comunicativa para niños que no desarrollan el habla (Lapierre, y Aucouturier, 1980). Y, así favorecer la socialización, y el placer por jugar en niños que presentan autismo. (Benenzon, 2015 y Kepner, 1992).

En segundo lugar, otros autores señalan que la importancia de trabajar con el cuerpo en niños con síndrome de West, es para ayudar a minimizar las consecuencias de la irregularidad del ritmo circadiano. Los científicos lo denominan, el “reloj del cerebro”, este

ordena y controla los tiempos del cuerpo, en relación a cuando dormir o estar despierto. La dificultad que presentan estos niños, es que este proceso natural funciona a ratos o en forma interrumpida. Es decir, no existe un programa interno que defina las horas de sueño y de actividad cotidiana. Este caos temporal, es causa de problemas sociales, inatención, aumento de conductas hiperactivas y oposicionistas. Por este motivo, se requieren actividades corporales estimulantes y de relajación. (Milagros, 2014). De modo que, a través de los patrones de la música aprenderá a coordinar movimientos rítmicos en la vida diaria y vivenciar contactos interactivos, a través de la sincronía sonora y del movimiento. (Evans, 2007, citado por, López, 2016).

### **2.1.2 Actividades corporales.**

***El ritmo “ordenador”:*** El aprendizaje del ritmo binario en ejercicios de respiración, en caminata guiada, subir y bajar escaleras permite que el niño con autismo participe de una actividad dinámica – motora que le divierte y, sin darse cuenta le llevará progresivamente a una conciencia de ser actor voluntario. (Evans, 2007, citado por, López, 2016). Se propone que el terapeuta y paciente frente a frente, cogido por los hombros siguen una melodía a ritmos binarios; bailar. (Río, 1998).

***Ritmo de intercorporalidad:*** El terapeuta percute rítmicamente en el cuerpo del autista. (Evans, 2007, citado por, López, 2016). Las palmadas deben ser sincronizadas a un ritmo binario. Explica que el niño experimenta su propio yo y percibe su esquema corporal (Río V. 1998). De la misma manera, las experiencias que incorporan la percusión corporal, permite resolver problemas de rigidez y trabajar sobre el tono muscular, contribuyendo a



afirmar el conocimiento del esquema corporal. (Sabatella 2001, citado por Maldonado, 2010).

**Uso de aros:** La propuesta lúdica de entrar y salir del aro permite al niño asimilar su “yo”, ya que, el ula-ula delimita cuerpos; espacios. Además, observando a su “terapeuta-espejo”, aprende proporciones y conceptos espaciales. (Río, 1998).

**Contactos corporales:** La terapia corporal en niños que presentan autismo se inicia en un encuadre de observación y un espacio idóneo para el movimiento o expresiones del cuerpo. El terapeuta registra los recursos comunicativos del paciente, en relación a sus expresiones no verbales y verbales, y espera que el niño busque comunicar algo de la forma que pueda, luego responde el terapeuta en gestos de leve expresión e intenta entrar al mundo del niño con autismo en forma espontánea o sin imponer o forzar una propuesta comunicativa. Ejemplo: tomar su mano. Autores señalan que el terapeuta psicomotor debe estar atento y cauteloso ante la posibilidad de recibir conductas de agresividad en niño con autismo, por ejemplo: pellizcan, arañan y/o muerden. (Lampierre y Aucouturier ,1980).

### **2.1.3 Expresión Instrumental**

El uso instrumental, es la expresión de la identidad sonora (ISO), representada por los sonidos, energías acústicas y motrices que caracterizan a cada individuo. (Benenzon, 2015). Durante la terapia, la elección del objeto sonoro y la observación de su uso, serán dos factores importantes a evaluar en la sesión. En primer orden, el de tipo “exploratorio”, el sujeto experimenta la textura, la forma, el color, el sonido, movilizándolo sus resonancias étnicas. En segundo orden, el “instrumento de catarsis”, da posibilidad a la descarga de

tensión y aparecen los primeros ritmos estructurados. En tercer orden, el “objeto enquistado”, es simplemente manipulado (acariciado, chupado, como si fuera parte del propio cuerpo del paciente), sin un fin interpretativo. Y, por último orden, el “objeto Intermediario”, es todo elemento capaz de permitir el pasaje de energías de comunicación entre un individuo a otro. (Benenzon R., 1998).

También, existen variados instrumentos musicales y de fácil ejecución que permitan que el niño a su nivel o forma de expresión encuentre significados musicales. Por tanto, no se mide la calidad sonora o logros de aprendizajes, según indicadores de técnicas instrumentales, sino se persigue su fin terapéutico. (Calvet y Schumacher, 2007), citado por Benavides, 2010).

La improvisación instrumental con el terapeuta se desarrolla luego de haber realizado un proceso previo de interacción con el mundo sonoro. Existen 5 niveles de contacto ordenados en forma progresiva, desde la escucha sonora del paciente hasta el inicio al diálogo musical. A partir de este encuadre se identifica el rol del musicoterapeuta, el uso de la música y la participación del paciente en el tratamiento. (Wigram, 2007).

### **Niveles de uso instrumental por el paciente.**

*El paciente escucha al terapeuta:* La musicoterapeuta aspira a comunicarse con su paciente, y darle una posibilidad para querer atreverse a dirigir su atención hacia fuera, hacia el terapeuta y el entorno. El paciente necesita sentirse contenido en una forma de contacto de “mamá-bebé”. Por tanto el modo de expresión es familiar, a través, de los sonidos, movimientos y ritmos de respiración; atmosfera de contención. (Wigram, 2007).

***Música con pausas:*** La música ayuda al paciente a percibir algo separado de sí mismo, por medio de pausas entre las estrofas que el terapeuta realiza. El objetivo de esta etapa es desarrollar el autoconocimiento de un paciente. Oír las reacciones musicales de su terapeuta hace al paciente poco a poco más consciente de sus propias expresiones. Se puede observar desarrollo en las tres áreas siguientes.

- Tiempo: Las reacciones se vuelven más rápidas, las pausas más cortas.
- Calidad: Las reacciones son más marcadas y existe mayor atención.

Reconocimiento de sonidos y música: lo que muestra en este nivel son los recuerdos y aprendizajes de la experiencia del paciente.

***Paciente realiza sonidos:*** En este nivel el paciente es consciente de sí mismo y de su capacidad para hacer sonidos para llamar la atención. La interacción se basa ahora en la iniciativa del paciente y aumentar la conciencia de comunicación de sí mismo.

***Diálogo sonoro:*** El paciente es ahora consiente de nuestra interacción. Se realizan juegos de turnos rítmicos y que la interacción se transforme en un diálogo sonoro.

### **Actividades terapéuticas de expresión vocal o canto.**

El inicio de la terapia con el uso del canto en niños con alteración en la comunicación, se desarrolla por la escucha musical del paciente al terapeuta y en la exploración de las posibilidades expresivas de la voz, (susurros, murmullos, gritos gemidos, entre otras) y la expresión de estados emocionales (sorpresa, miedo pena, entre otros) (Sabbatella, 2001. p100. La canción infantil contextualizada en la vida emocional del paciente puede ser

utilizada como una estrategia de comunicación evocando sensaciones, emociones, recuerdos, modificando estados de ánimo. (Gabriel, 2007, citado por Gómez, 2010) .En relación a la expresión vocal del terapeuta, es necesario saber proyectarla y disminuir niveles de ansiedad en los pacientes. (Evans, 2007, citado por, López, 2016). De este modo, el niño podrá desarrollar sensaciones con mayor receptividad durante la terapia. (Rio V. 1998).

***Canción de saludo:*** Se inicia la sesión musicoterapéutica con la canción de bienvenida cantando el nombre del paciente, esta es una forma directa de llamar su atención, un momento dedicado a él, donde el contacto visual, la expresión facial y el tono de voz del profesional invitan al paciente a participar activamente en la sesión, también para que diferencie claramente los tiempos y espacios de cada actividad en esta rutina (Federico, 2007, citado por Gómez, 2010). El trabajar la expresión vocal a partir del canto del propio nombre permite el refuerzo de la identidad del sujeto. (Sabbatella, 2001).

***Canción de despedida:*** La utilización de una canción final le transmitirá al paciente que esperamos ver lo en un próximo encuentro y reforzará positivamente su participación desarrollada. (Gabriel, 2007, citado por Gómez, 2010).

***Baño sonoro por medio de la voz:*** Se basa esta experiencia musicoterapéutica en la comunicación que se establece entre la madre y su bebé. De entre las múltiples formas de comunicación existentes, será la voz en sus aspectos supra segmentales de timbre, entonación, prosodia y ritmo, el medio privilegiado para conformar un “baño sonoro”, junto con experiencias táctiles y visuales facilitará en el niño, la gradual

percepción de un “*cuerpo íntegro unificado*” generador de vivencias sensoriales enriquecedoras. (Anzieu, 1998).

***Intercambios a través de los sonidos vocales (el grito):*** La expresión del grito en la sesión por el paciente, es considerado según autores un significado simbólico primitivo del lenguaje, proyectado del interior para ir hacia el otro en el espacio. La secuencia repetitiva de los gritos produce el lenguaje monosilábico hasta bisilábico en este caso. Ejemplo: “mamá”. (Lampierre y Aucouturier, 1980).

## **2.2 Rol del terapeuta.**

Existen en la actualidad diferentes modelos de tratamiento en el área de comunicación social en el autismo. Algunos modelos son conductuales, evolutivos y basados en terapias psicoeducativas. Según la descripción de cada uno por los autores se sostiene que presentan una característica en común. Se refiere a que el terapeuta ofrece un aprendizaje nuevo hacia el paciente y lo dirige con las estrategias propias de su modelo para establecer una interacción comunicativa. Se intenta disminuir las conductas desadaptativas y enseñar nuevos sonidos y/o palabras establecidos de nuestro vocabulario semántico. Uno de los recursos utilizados es el “sistema comunicativo por intercambio de imágenes y gestos”. Este es un sistema alternativo de comunicación para personas que no usan el lenguaje oral y aplicado en niños con autismo. Consiste en establecer un medio comunicativo por medio de, un símbolo, estos pueden ser objetos, imágenes, dibujos o gestos. Un prerrequisito de la terapia es una conducta predispuesta del paciente en la sesión. Se requiere atención, cercanía y postura corporal determinada por el terapeuta para seguir la secuencia de

actividades e intentar seguir instrucciones. Sin embargo, algunas prácticas de este sistema alternativo, no responde al tratamiento de niños con autismo severos que no toleran los objetos, cercanía con otro, y ser dirigido. Más aún, el material entregado en ocasiones parece ser muy abstracto, poco significativo o carece de atracción para el niño con autismo, esto hace aumentar la inatención, y el estrés del paciente. (Salvado, 2012).

Otra línea de intervención, promueve un tratamiento a partir de los recursos expresivos del paciente. A partir del silencio y la observación, se registran las conductas del niño que rechazan la interacción comunicativa. Luego, el terapeuta imita sus sonidos guturales, y movimientos corporales. No con el fin de reforzar conductas estereotipadas, sino, se intenta entrar al mundo del autista a partir de sus capacidades comunicativas y potenciarlos en forma espontánea y progresiva, por medio de la imitación de la expresión corporal, no verbal, y por objetos de interés del paciente. (Lapierre A., 1977). Otro autor, postula a identificar los niveles de contacto del paciente y a través de la música genera actividades que aumenten el desarrollo comunicativo. Inicia este tratamiento creando una atmosfera de contención del niño y de escucha sonora, basado en el desarrollo de la diada madre- bebé al nacer y desarrollo de la referencia conjunta (Wigram, 2007). Más tarde, Schumacher y Calvet, también basan en estos procesos evolutivos, y afirman el tratamiento de niños con autismo, se inicia desde la imitación sincronizada de las acciones y expresiones corporales y vocales de la paciente. El rol del terapeuta es centrar su atención en las expresiones sonoro- corporales del paciente para luego experimentar como: “homologo”, y por ende generar un espacio de atención conjunta. (Calvet y Schumacher (2007), citado por Benavides, 2010).

## **V. Aproximación diagnóstica.**

### **Identificación del paciente.**

- **Nombre:** Daniel.
- **Edad:** 8 años.
- **Diagnóstico:** Síndrome de Down, Trastorno del Espectro Autista y Síndrome de West.

### **Anamnesis**

Daniel no presentó problemas durante la gestación y nace por cesárea. Fue operado al mes y medio debido a una cardiopatía y durante sus primeros 7 meses se alimenta vía sonda nasogástrica, ya que, presenta ausencia en el reflejo de succión. Posteriormente, continúa su alimentación con mamadera.

Su marcha es inestable debido a su retraso psicomotor.

Recibe tratamiento farmacológico para su hipotiroidismo, bronquitis recurrentes, y espasmos epilépticos, además del uso de lentes a su permanencia debido a su miopía e hipermetropía.

Actualmente vive con sus padres y su hermana menor de 3 años.

### Características del paciente.

Daniel, paciente del centro manantial, sufre de espasmos musculares que le generan gran tensión corporal y que alteran el funcionamiento del día con mucha irritación, cansancio, ansiedad o aumento de estereotipas, y aislamiento social. Se muestra inatento al contexto, rechaza ser forzado a estar con otros. Durante el día realiza frecuentes movimientos estereotipados, “sentado en el suelo moviendo su abdomen hacia delante y atrás”. Puede incluso, por su hipotonía muscular realizar graves autolesiones en la cabeza. Esta a veces está protegida con un casco, sin embargo frecuenta sacárselo.

Se describen algunas áreas de desarrollo y necesidades del paciente.

Área	Descripción	Necesidades.
<b>Desarrollo comunicativo-social.</b>	Realiza sonidos guturales, vocálicos y silábicos (“¡apá!, ¡amá!”), en forma repetitiva (ecolalias), expresa malestares a través de gemidos o gritos (de baja y altas intensidades), y por expresiones corporales. (Ejemplo: Dejarse caer al suelo y rechazar ser levantado, en ocasiones golpeando su cuerpo y en particular la cabeza contra el suelo).	* Especialista que promueva la interacción comunicativa con otros.  * Canal y/o recurso de expresión que permita canalizar su mundo psíquico-emocional con otros.  * Actividades lúdicas. (adaptadas para el paciente).
<b>Desarrollo</b>	Gatea, camina en forma inestable por	* Especialistas en el área de



<p><b>psicomotor</b></p>	<p>cortos trayectos y más largos con otro, se sienta en lugares cómodos y flexibles (colchonetas), presenta mucha fuerza en sus manos para agarrar objetos. Realiza conductas estereotipadas (balanceo de tronco o la zona abdominal y de cabeza). Se destaca por su hipotonía muscular y su hipersensibilidad.</p> <p>Realiza frecuentes autolesiones con su cabeza y otras conductas disruptivas.</p>	<p>psicomotricidad que ayuden a fortalecer la relajación del tono muscular dañado por los espasmos.</p> <p>* Recursos psicomotores.</p> <p>* Disminuir conductas disruptivas en particular evitar golpes en la cabeza.</p>
<p><b>Intereses Personales.</b></p>	<p>Escucha música con sonidos onomatopéyicos de los animales en forma reiterada. También demuestra interés por algunos instrumentos musicales, peluches y juguetes que inviten al movimiento. Ejemplo: espirales, pelotas medianas, burbujas, ula- ula, entre otros.</p>	

## **VI. Proceso Musicoterapéutico.**

### **Objetivos.**

Que el paciente pueda:

- Explorar los instrumentos musicales como medios expresivos en relación a sus sonidos, formas de tocar, y cualidades propias, junto con sus recursos comunicativos: la voz y la expresión corporal.
- Disminuir autolesiones en su cabeza y/o estados tensionales, en un ambiente musicoterapéutico propicio para la expresividad y contención de estados emocionales (relajación corporal).
- Experimentar contactos comunicativos con un otro (terapeuta), a partir de los recursos comunicativos del paciente y por medio de, un encuadre musicoterapéutico que permita generar una interacción lúdica por la comunicación no verbal, y sonoro-musical.

## VII Metodología.

El proceso musicoterapéutico, es desarrollada en 16 sesiones. Cada una de ellas se encuentra dividida en tres partes: inicio, desarrollo y cierre. La siguiente información detalla las actividades y estrategias que se realizaron en cada momento y el setting de trabajo.

### 1.- Cronograma.

La sesión fue realizada el día viernes por la mañana. Presento una duración 1 hora.

Sesión	Asistencia	Observación
1	✓	<ul style="list-style-type: none"><li>• El proceso de intervención se desarrollo entre Agosto- Diciembre.</li><li>• El paciente solo faltó a dos semanas por resfriado. Fueron recuperadas las sesiones.</li><li>• Otras sesiones también fueron recuperadas por feriados y vacaciones.</li></ul>
2	✓	
3	✓	
4	✓	
5	✓	
6	✓	
7	✓	
8	✓	
9	✓	
10	✓	
11	✓	
12	✓	
13	✓	
14	✓	
15	✓	
16	✓	

## 2.- Setting/Recursos.

- Instrumentos musicales (Guitarra, tambor, maracas, sonajero, flauta, teclado, y uso de la voz cantada).
- Juguetes (peluches, espirales, pelotas de goma y ula-ula).
- Colchonetas y sillón de aire.

Momento	Desarrollo
<b>Inicio</b>	Todas las sesiones inician con la canción de saludo “¡Hola, Daniel!”
<b>Desarrollo</b>	<p><b>Sonoro- corporales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitación de expresiones corporales que realiza Daniel.</li> <li>• Juego de imitación de sonidos guturales.</li> <li>• Juegos a través de elementos psicomotores: colchonetas, ula-ula y pelotas.</li> <li>• Actividades de percepción corporal o intracorporal.</li> </ul> <p><b>Improvisación instrumental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sincronización de sonidos vocales propuestos por Schumacher K., y Calvet.</li> <li>• Improvisación del instrumento musical.</li> <li>• Escucha de música cantada por el terapeuta. (canciones y melodías compuestas por el musicoterapeuta y uso de canciones infantiles (onomatopeyas de los animales)</li> </ul>

<b>Cierre</b>	Se concluye la sesión con la canción de despedida, preguntando al paciente, como se siente, tomando la mano del paciente.

### **VIII Desarrollo del proceso.**

La siguiente descripción del proceso musicoterapéutico presenta tres ejes que se analizarán en forma transversal y progresiva. Estos son: la “expresión corporal-sonora”, “frecuencia de autolesiones y características del estado de ánimo”, “interacción comunicativa con el terapeuta”. Estos indicadores son desarrollados a partir de los objetivos propuestos, que buscan la canalización de emociones y tensiones, la relajación corporal y disminución de conductas disruptivas, y una experiencia de compartir con otro.

En relación a las conductas disruptivas que expresa Daniel, con los movimientos de su cuerpo, es importante describir el extraño síntoma corporal de poca tensión muscular (hipotonía) que le dificulta tener firmeza en caminar y otras actividades motoras, junto con una hiperlaxia o flexibilidad más de lo común en sus articulaciones y a la vez repentinas contracciones en sus músculos que ocasionan tensión en la zona afectada y movimientos fuertes que llevan a todo el cuerpo doblado a pegarse en la cabeza en particular, y dejar caer el cuerpo en el suelo. Durante estos episodios se presenta muy irritable, y aumentan o se evidencian conductas de aislamiento social propia característica del autismo. Se resiste a estar con otros y rechaza objetos que encuentra cerca de él.

Por tanto, la sala de intervención se presenta acolchada (colchonetas) en cada sesión, para cuidar su integridad física y recursos musicales adaptados en resistencia y blandos o uso con terapeuta.

Para continuar, se describen los siguientes cambios observados dentro del espacio musicoterapéutico.

<b>Fases</b>	<b>Cantidad de sesiones realizadas</b>
Fase 1: “Exploración y sonoro-musical”	4
Fase: 2“Catarsis y contención musical”.	6
Fase 3: “El objeto intermediario y el juego”.	6

El primer eje temático: “**La expresión sonora-musical**” o el uso instrumental, fue una propuesta musicoterapéutica desarrollado de manera transversal en este proceso terapéutico. En este cuadro son descritos tres hitos significativos que evidencian un cambio terapéutico en el paciente a través de la expresión instrumental en forma: exploratoria, catártica y uso del objeto sonoro en un canal comunicativo y vincular con el terapeuta.

<b>Fase 1: “Exploración y sonoro-musical”</b>
<b>Descripción de la “Expresión sonora-musical”.</b>
<p>En la primera etapa de intervención del proceso musicoterapéutico, el paciente usa los instrumentos en forma exploratoria, es decir, los observa y toca instintivamente en varias partes el objeto escuchando su sonoridad.</p>
<b>Ejemplo</b>
<p>La experiencia se desarrollo de la siguiente manera.</p> <p><i>“Sesión 1: La sala se encuentra ordenada con instrumentos musicales.</i></p> <p><i>Observa el setting de instrumentos y se dirige primero hacia la guitarra. Realiza unos cabezazos sobre las cuerdas, luego escucha su sonido. Después, hace sonidos de besos y gritos en el agujero del cuerpo medio del instrumento (roseta). Empieza a percutir y a rasguea las cuerdas, hasta que al cabo de un rato, acuesta su cabeza en la caja de la guitarra. Luego toca el tambor con sus pies y manos, la flauta es guiado a soplar, las maracas las choca con fuerza, y un teclado de goma, toca con sus dedos, cabeza, pies, y deja caer su cuerpo sobre el objeto”.</i></p>
<b>Fundamento teórico musicoterapéutico</b>
<p>El propósito del uso instrumental es de carácter terapéutico, y su expresión musical por el paciente revela su identidad sonora (ISO), representada por los sonidos, energías acústicas y motrices que lo caracterizan. Sus primeras interacciones con el material sonoro</p>

o de exploración, corresponde a un proceso innato y atractivo para el paciente. (Benenzon, 1998 y 2015).

### **Fase: 2“Catarsis y contención musical.”**

#### **Descripción de la “Expresión sonora-musical”.**

El paciente usa los instrumentos forma catártica realizando: percusión fuerte y rasgueos de alta intensidad en la guitarra, gritos, el soplido frecuente de la flauta, entre otros. Surgen los primeros ritmos estructurados del paciente.

*“Daniel busca tocar solo y con mucha fuerza y rapidez la guitarra. Mientras el terapeuta sostiene su cabeza para prevenir autolesiones”.*

#### **Ejemplo**

En forma resumen, se canalizaron sus emociones, por medio del uso de los instrumentos musicales, en cada punto de energía corporal de la siguiente manera:

**A) Zona fonoarticulatoria:** La expresión de gritos en el paciente fueron acompañados con los sonidos armónicos de la guitarra. Paulatinamente, Daniel disminuyó la intensidad de sus fuertes sonidos vocálicos.

Además el paciente realiza frecuentemente la acción de “morder” con sus dientes objetos. Esta práctica fue liberada mordiendo pelotas blandas, soplando la flauta y la imitación del terapeuta a sus expresiones de la voz y acompañamiento sonoro de la guitarra



en un juego de diferentes intensidades.

**B) La cabeza:** El paciente realiza frecuentes autolesiones con su cabeza. Ante esta conducta, el terapeuta deja caer la cabeza de Daniel sobre un objeto acolchado y en ocasiones permite recibir caricias sobre su cara.

**C) Las manos:** La intensidad de energía en sus manos fue liberada percutiendo los instrumentos, rasgueando la guitarra, lanzando y apretando objetos (pelotas),

**D) El tronco (extremidad superior):** Balancea su cuerpo al ritmo de la música, y se deja caer varias veces su cuerpo en las colchonetas.

**E) Piernas y pies:** Caminata guiada con música y pegar patadas a una colchoneta blanda, cuando el paciente sacuda con fuerza sus piernas.

### **Fundamento teórico musicoterapéutico**

Las características sonoras de: tocar fuerte y rápido, utilizar: la cabeza, la boca, las manos y los pies por el paciente, hacen referencia al uso del objeto musical en “instrumento de catarsis”, y da posibilidad a la descarga de tensiones corporales y de las cargas emocionales. (Benenzon, 1998).

En relación a la “caminata guiada”, permite que el paciente con autismo se centre en una actividad dinámica – motora que le divierte y, sin darse cuenta le llevará progresivamente a una conciencia de ser actor voluntario. (Evans R., 2007, citado por, López L., 2016).

<b>Fase 3: “El objeto intermediario y el juego”.</b>
<b>Descripción de la “expresión sonora- musical”.</b>
<p>La expresión corporal y la guitarra presentan una expresión de “objeto intermediario”. Se inicia un diálogo sonoro y corporal.</p>
<b>Ejemplo</b>
<p>Se presenta de este modo:</p> <p><i>“La guitarra se encuentra ubicada en el suelo entre ambos. Daniel hace sonar las cuerdas con rasgueos y golpecitos. Poco a poco se incorpora a tocar el terapeuta y realiza acordes al mismo tiempo. El paciente se presenta atraído o permanece atento a los armónicos. Las improvisaciones duran alrededor de 10 minutos. El motivo de estar juntos y compartir una improvisación musical lo origina el instrumento”.</i></p>
<b>Fundamento teórico musicoterapéutico</b>
<p>Según Benenzon (1998), el objeto intermediario es un instrumento capaz de vincular, y crea canales de comunicación extrapsíquicos y en casos patológicos fluidificar aquellos que se encuentran rígidos.</p>

El segundo eje temático: “**Frecuencia de autolesiones y características del estado de ánimo**”, describe recurrentes intentos del paciente en lesionar su cabeza: contra el suelo, la pared o con los instrumentos. Sin embargo, se realizaron una serie de actividades musicales que promovieron la relajación muscular y desviación de la atención de comportamientos negativos.

<b>Fase 1: “Exploración y sonoro-musical”</b>
<b>Descripción de “Frecuencia de autolesiones y características del estado de ánimo”</b>
<p>Durante el proceso musicoterapéutico, se realizaron las siguientes intervenciones terapéuticas.</p> <p><b>Percepción Corporal:</b> El terapeuta tocó rítmicamente el cuerpo del paciente con un globo. Esta experiencia permitió una mayor cercanía entre el terapeuta y el paciente, disminución de balanceo del cuerpo y/o conductas estereotipadas y no realiza autolesiones. Esto se debe a que, la percusión corporal presenta los siguientes beneficios: produce una fuerte sensación táctil sobre el cuerpo, estimula la percepción interior del ritmo, permite resolver problemas de rigidez y trabajar sobre el tono muscular. (Sabatella, 2001). También se considera una técnica de estimulación y relajación, le sirve al paciente de vía de intercomunicación con el terapeuta. (Rio V., 1998).</p> <p>Ante las conductas disruptivas del paciente y rechazo a estar con otro se promueve un</p>

juego de imitar o de responder a sus expresiones, a través del uso de la voz y la guitarra.

**Imitación de expresiones de voz y corporal.** El terapeuta juega a realizar sus mismas acciones del paciente. Sus movimientos son representados con la improvisación de la guitarra. Esta actividad de estrés obtuvo un vuelco lúdico y divertido.

### **Ejemplo**

La dinámica de la sesión ocurrió de este modo:

*“El usuario grita, luego el terapeuta responde con un grito junto con un acorde en la guitarra. Luego, el paciente se deja caer reiteradamente al suelo, junto con gritos. El terapeuta imita su caída a las colchonetas y expresiones sonoras acompañado de un sonido con la guitarra. Al cabo de la tercera imitación el paciente queda en silencio y mira al musicoterapeuta.”*

### **Fundamento teórico musicoterapéutico.**

Esta práctica está fundamentada en la propuesta de “Fenómeno de sincronización”. Es una intervención musicoterapéutica donde el terapeuta se adapta a las características comunicativas del paciente a nivel corporal-sonoro y potencia sus recursos expresivos por medio de la imitación sincronizada intentando desarrollar una experiencia de comunicación. (Schumacher y Calvet, 2007, citado por Benavidez, 2010).

Otra línea de intervención, promueve un tratamiento a partir de los recursos expresivos del paciente. A partir del silencio y la observación, se registran las conductas del niño que

rechazan la interacción comunicativa. Luego, el terapeuta imita sus sonidos guturales, y movimientos corporales. No con el fin de reforzar conductas estereotipadas, sino, se intenta entrar al mundo de niño con autismo a partir de sus capacidades comunicativas y potenciarlos en forma espontánea y progresiva, por medio de la imitación de la expresión corporal, no verbal, y por objetos de interés del paciente. (Lapierre A., 1977).

### **Fase: 2“Catarsis y contención musical”.**

#### **Descripción de “Frecuencia de autolesiones y características del estado de ánimo”**

En la mayoría de las ocasiones el paciente ingresa a la sesión muy irritable. Se expresa este estado en su rigidez muscular, frecuentes gritos y gemidos parecidos al llanto. Su postura corporal se encuentra un poco agachada y realiza pocos movimientos y vocalizaciones.

Sus autolesiones son casi nulas durante este proceso, se encuentra concentrado y ocupado en tocar el instrumento con sus manos.

#### **Ejemplo**

Se describe las siguientes experiencias terapéuticas que se llevaron a cabo:

**Improvisación solo del paciente.** El paciente solo permite improvisar cerca del terapeuta, pero sin él. Es acompañado y escuchado en la improvisación de la guitarra. A nivel sonoro, toca el instrumento en forma más lenta y con más tiempos de silencio. Se consideran sus silencios parte de su improvisación musical.

**Paciente escucha cantar al terapeuta.** Se presenta Daniel a las sesiones con mucha rigidez corporal, y con mayor agitación de conductas estereotipadas.

El terapeuta canta melodías suaves al paciente, mientras este, deja reposar su cabeza en un cojín grande y en ocasiones su cuerpo. Se presenta más relajado, disminuye su ansiedad de lanzar los objetos y de balancearse de adelante y atrás. Su ritmo respiratorio es más lento y su estado de relajación es alta, pareciera que esta por quedarse dormido en instantes.

**Escucha de canciones conocidas.** Se canta la canción “Juguemos en el campo”, que presenta los sonidos onomatopéyicos de los animales y una canción que presenta algunos sonidos silábicos y vocálicos del paciente. Presenta una actitud quieta a la escucha frente al terapeuta balanceándose sentado adelante- atrás. Su tono muscular se presenta relajado, y no presenta conductas disruptivas.

#### **Fundamento teórico musicoterapéutico.**

La utilización de la voz como elemento relajante supone una forma de contacto directa y cálida con el niño con autismo. Además la canción infantil contextualizada en la vida emocional del paciente puede ser utilizada como una estrategia de comunicación evocando sensaciones, emociones, recuerdos, modificando estados de ánimo. (Gabriel, 2007, citado por Gómez, 2010) La capacidad por parte del terapeuta es saber proyectarla, modularla y regularla. (Evans R., 2007, citado por, López L., 2016).

<b>Fase 3: “El objeto intermediario y el juego”.</b>
<b>Descripción de “Frecuencia de autolesiones y características del estado de ánimo”</b>
No existen autolesiones en su cabeza durante esta etapa. Su estado de ánimo es más alegre, se ríe en algunas ocasiones, existe menor tensión muscular, existe breve tiempo de contacto ocular y permite cercanía corporal por medio de un objeto.
<b>Ejemplo</b>
<p>Una experiencia de la “expresión de la risa” ocurrió de la siguiente manera:</p> <p><i>“La terapeuta se encuentra tocando la guitarra sentado sobre un cojín. Daniel se acerca y empiezan a tocar juntos los acordes. Al cabo de unos minutos ríe. Su cuerpo se encuentra relajado y por un instante no expresa rechazo al estar con otro”.</i></p>
<b>Fundamento teórico musicoterapéutico.</b>
<p>El juego permite al infante, establecer relaciones con el medio y con los demás, por medio de experiencias corporales, y afectivas, que responden a necesidades de conocerse e integrarse socialmente. (Walsh, 2013). Además, desarrolla efectos positivos psicológicos en la niñez: reduce la angustia del niño y disminuye las situaciones emocionalmente tristes. (Guadalupe, 2014).</p> <p>En relación a niños que presentan autismo, investigaciones señalan que presentan interés en objetos que producen sensaciones de “luz, sonido, y movimiento”. (Wing, citado</p>

por Torres, 2015). De este modo, se sostiene que el uso instrumental, es un atractivo objeto lúdico, que posibilita experiencias de juego y obtener sus beneficios vitales.

Durante esta última etapa de **“Interacción comunicativa con el terapeuta.”**, se busca establecer un contacto recíproco entre el terapeuta y el paciente; un vínculo por medio de los recursos musicoterapéuticos, también se explica el proceso de desarrollo de este eje, en 3 fases o hitos que marcaron un “antes y un después” durante el tratamiento.

### **Fase 1: “Exploración y sonoro-musical”.**

#### **Descripción de la “Interacción comunicativa con el terapeuta.”**

Luego de varias repeticiones de imitación del sonido vocal realizado del terapeuta hacia el paciente. Se convierte la voz un vehículo comunicativo de energías y poco a poco bajan los niveles de stress y su sonoridad tiene un volumen más bajo.

Sin embargo, aún no se evidencia en el proceso un contacto comunicativo del paciente, alguna conexión entre la mirada o compartir algo en común. La única cercanía voluntaria de Daniel a acercarse al terapeuta y que rompe por unos instantes su conducta ambulatoria fue la canción de saludo.

#### **Ejemplo**

*“El paciente grita ¡ah!, mientras el terapeuta imita su grito en forma vocal y con los instrumentos musicales”.*



### **Fundamento teórico musicoterapéutico.**

La imitación de la expresión del grito fue considerado en un recurso expresivo del paciente que evidencia su estado y/o alta carga emocional o tensional liberada. (Sabatella, 2001). También, considerado el grito, en un objeto proyectado hacia el espacio, saliendo del interior de uno para ir hacia el otro, cargado de presencia afectiva. (Lampierre y Aucouturier ,1980).

### **Fase: 2“Catarsis y contención musical”.**

#### **Descripción de la “Interacción comunicativa con el terapeuta.”**

Durante este proceso no existe tampoco un evento de compartir o un diálogo sonoro. El terapeuta acompaña y guía al paciente a realizar sus descargas en las diferentes zonas del cuerpo. La participación de Daniel, es desde su improvisación, y la escucha de canciones del terapeuta. Al parecer, ocurrió una experiencia de contención sonora parecida entre la diada madre- bebé.

#### **Ejemplo**

*“El paciente toma una pelota de goma pequeña y la chupa con su boca, sentado, deja recostar su cabeza a un cojín grande, mientras escucha las canciones improvisadas y estructuradas de la terapeuta”.*

### **Fundamento teórico musicoterapéutico.**

El primer nivel de contacto comunicativo que existe para establecer un vínculo con el paciente es: *“El paciente escucha al terapeuta”*: La musicoterapeuta aspira a comunicarse con su paciente, y darle una posibilidad para querer atreverse a dirigir su atención hacia fuera, hacia el terapeuta y el entorno. El paciente necesita sentirse contenido en una forma de contacto de “mamá-bebé”. Por tanto el modo de expresión es familiar, a través de: los sonidos, movimientos y ritmos de respiración. (Atmosfera de contención). (Wigram, 2007).

### **Fase 3: “El objeto intermediario y el juego”.**

#### **Descripción de la “Interacción comunicativa con el terapeuta.”**

En la siguiente etapa se describe las interacciones de contacto corporal y sonoro entre el paciente y el terapeuta. Esto se lleva a cabo, a través de la improvisación dual musical y el juego sonoro-corporal.

#### **1.- El juego corpóreo-sonoro.**

Existe una serie de actividades musicales y juegos psicomotores que promovieron el contacto corporal.

**1.1 Jugar a la pelota con otro:** El juego consiste en lanzar y recibir la pelota de otro (terapeuta). El musicoterapeuta y el paciente, sentados de frente con las piernas abiertas,

juegan a lanzar la pelota alrededor de 10 (s). En más de 3 repeticiones. Al terminar el juego, el paciente se acerca a abrazar al terapeuta sin incentivación u orden del musicoterapeuta.

**1.2 Caminar en la sala con la guitarra acompañando al paciente:** El musicoterapeuta hace sonar la guitarra y se detiene en algún lugar de la sala. Mientras el paciente lo sigue. Cuando esta frente a él, sopla en su cara y busca el terapeuta el contacto ocular, existe una fijación de segundos en la mirada.

**1.3 Juegos con el ula- ula:** Existe una secuencia de actividades que se generan con este elemento y permiten aumentar el nivel de contacto con el paciente.

A) El terapeuta frente al paciente, dirige su cara en medio del ula- ula, en forma de un retrato. Se balancea de derecha a izquierda, al mismo tiempo canta e invita a que el paciente fije su atención en su rostro. El usuario realiza contacto ocular y se ríe por unos segundos.

B) El terapeuta imita los movimientos del paciente. Ejemplo que ocurrieron: sentados en la colchoneta el paciente deja caer los pies, se deja caer en la colchoneta, caminar, entre otros. Al poco tiempo los movimientos se realizan en forma más sincronizada. Luego, se entrega ula-ula y caminan alrededor de la sala cara a cara, sujetando entre medio el ula- ula.

**1.4 Colchoneta en forma de cilindro:** Sentados de frente deslizan sobre sus piernas una colchoneta mediana en forma de cilindro. En un balanceo de adelante- atrás. El paciente

logra relajar el tono muscular.

**2.- Improvisación musical con el instrumento intermediario.** El paciente y el terapeuta comparten la guitarra en la improvisación. El instrumento se encuentra en el suelo, afinada con un cejillo. Durante el la creación musical, el paciente rasguea las cuerdas y luego, gira a la parte trasera de la guitarra. Se realizan juegos rítmicos, y toma las manos del terapeuta para percutir juntos.

**2.1 Seguir al sonido de la música.** El terapeuta toca la guitarra guiando el desplazamiento del paciente. En ocasiones se realizan pausas y el paciente expresa su molestia en gruñidos. Los acordes de la guitarra, rompen su rutina de conductas ambulatorias en la sala. Su atracción por la música permite dirigirse a otro por mediación del objeto intermediario.

#### **Ejemplo**

*“El paciente se sienta en forma voluntaria frente al terapeuta ante cada actividad musical”.*

#### **Fundamento teórico musicoterapéutico.**

Gauna (2007), define esta experiencia de conexión por medio del instrumento musical al “material-mensaje”, considerado un vehículo, en el cual el paciente deposita sus cargas emotivas y el puente que, el paciente, tiende al terapeuta. En relación a las pausas musicales, se generó un ambiente lúdico en sus movimientos. Los tiempos de silencio permiten al paciente a percibir algo separado de sí mismo y al oír las reacciones musicales

de su terapeuta hace al paciente poco a poco más consciente de sus propias expresiones. (Wigram, 2008).

## **IX Evaluación del proceso musicoterapéutico.**

Serán evaluados los objetivos propuestos del proceso musicoterapéutico. Las actividades pretendieron promover el canal sonoro-musical, la interacción comunicativa no verbal del paciente con un otro y disminución de conductas disruptivas (autolesiones).

También, se consideran otros indicadores: estado del tono muscular, expresiones posturales y sonoras, y experiencia de jugar con un otro. Es importante mencionar, que el registro de datos será descriptivo, durante el proceso de práctica. Además el breve tiempo de intervención para una condición grave y poco común, brinda más bien experiencias en canalizar diferentes cargas emotivas y los resultados descritos. Por otro lado, la terapia con integración familiar y/o con otros terapeutas pertenece a una segunda etapa de intervención. A partir de este proceso, se desarrolla el vínculo del paciente con el terapeuta y contención a episodios nerviosos o de alta tensión del niño.

Para continuar, se describen los siguientes resultados observados dentro del espacio musicoterapéutico, en su expresión instrumental y corporal.

### **1. Expresión sonoro-musical o instrumental.**

La sonoridad de los instrumentos ejecutados por el paciente, se caracterizan por presentar una fuerte intensidad, en una sonoridad rítmica lenta y/o muy rápida. El mayor

tiempo de la sesión, fue en tocar la guitarra. Inicio su exploración, con su boca sobre las cuerdas acompañado con sonidos vocálicos, dejar caer su cabeza, actitud de escucha o silencio luego de tocar el objeto sonoro, percutir en todos lados con sus manos y con golpecitos en sus pies. Hasta aprender a improvisar solo en rasgueos y luego, mientras el terapeuta realizaba diferentes acordes. Más tarde, se inicia un juego donde ambos tocan la guitarra y se crea un dialogo rítmico, de rasgueo y percusión. El instrumento se presentaba en el suelo y otras veces es tocada por el terapeuta, junto con él.

Según Benenzon, se registran diferentes funciones de uso del material sonoro ejecutada por el paciente. Entre ellas existió la exploración, la expresión catártica y permitió establecer un vínculo terapéutico, definido en “objeto intermediario”.

Por otro lado, durante el proceso de intervención, el uso de la voz a capela y acompañado con la guitarra, fue utilizado un medio de contención al paciente. Su participación fue desde la escucha.

**Otras observaciones**

<b>Indicadores</b>	<b>Descripción</b>
<b>Conductas disruptivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuye casi por completo conductas disruptivas de: autolesionar su cabeza en forma brusca, empujar a otro y expresiones de irritación durante las sesiones. A partir del uso de los instrumentos musicales y movimientos corporales adecuados para su expresión sonora y muscular en cada zona del cuerpo:</li> </ul>

	<p>cabeza, boca, manos, brazos, abdomen, piernas y pies.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa a través de movimientos corporales y uso de sonidos de voz, diferentes estados de ánimo y preferencias de actividades a realizar en cada sesión. Ejemplo: Se acerca al musicoterapeuta para escucharla cantar o tocar la guitarra, sin expresiones violentas.</li> </ul>
<b>Tono muscular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuye rigidez muscular y movimientos estereotipados, posterior a ejercicios psicomotores e improvisación instrumental.</li> </ul>
<b>Experiencia de jugar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente se ríe en algunas actividades musicales. (El musicoterapeuta realizaba una música con la guitarra de acuerdo a los movimientos que realizaba el paciente durante las sesiones).</li> </ul>

## **X Conclusión**

Los resultados del proceso musicoterapéutico, describen la experiencia de comunicación vincular experimentada en el paciente a partir del análisis de los objetivos propuestos y conclusiones desarrolladas.

El primer objetivo fue, *“explorar los instrumentos musicales como medios expresivos en relación a sus sonidos, formas de tocar, y cualidades propias, junto con sus recursos comunicativos: la voz y la expresión corporal”*.

En relación a esto, Daniel, expresa su mundo psíquico-emocional, por medio de la ejecución instrumental. Su exploración espontánea y su fuerte atracción musical por descubrir más sonidos armónicos, en particular de la guitarra, fueron un recurso significativo durante el proceso para abrir canales de expresividad. Este proceso se llevo , por medio de, la improvisación musical en la percusión, rasgueos, y soplos realizados, en diferentes objetos sonoros que fueron liberados diferentes cargas energéticas, donde fueron disminuidas en gran medida las conductas disruptivas y fortalecidos sus recursos comunicativos y núcleos de salud del paciente. La exploración del instrumento de cuerdas y los diferentes acordes que la musicoterapeuta presenta para tocar y compartir entre ambos, permite desarrollar un diálogo sonoro y la autonomía del paciente. De tal manera que los componentes lúdicos de la actividad y del instrumento permitieron entregar una experiencia de referencia conjunta, y del juego con un otro. Más tarde, Daniel expresa corporalmente tocar solo, pero junto a la terapeuta en forma de contención y por último la escucha de melodías, acompañada del canto. Cada improvisación corporo-sonoro, permitió al sujeto puede sacar a luz aquello que se encuentra reprimido, en forma inconsciente o



consciente, y que incluso no es necesario verbalizarlo. Esto es considerado una oportunidad de interacción para niños que no desarrollan el habla (Lapierre, y Aucouturier, 1980). Y, así una forma de desarrollar la socialización, y el placer por jugar. (Benenzon, 2015).

El segundo objetivo es, *“disminuir autolesiones en su cabeza y/o estados tensionales, en un ambiente musicoterapéutico propicio para la expresividad y contención de estados emocionales (relajación corporal)”*. Esto fue una necesidad principal a intervenir, para llevar a cabo el tratamiento musical. Estas conductas fueron minimizadas a partir de la expresividad por el canal sonoro, de carácter catártico y la contención musical, por medio del uso de la voz del terapeuta.

Otro instrumento importante en el proceso musicoterapéutico, fue el uso de la voz, por medio de la imitación del sonido del paciente y la escucha de melodías en forma cantada. Se dispone en la sesión con una postura de atención y de relajación. Calma estados de alto estrés, ansiedad y disminuye movimientos estereotipados, conductas de disruptivas en especial gritos y expresiones de malestar con el cuerpo, dejándose caer. Esta experiencia de baño sonoro por medio de la voz, está basada en la comunicación que se establece entre la madre y su bebé. Las componentes de la voz de timbre, entonación, prosodia y ritmo, permiten percibir vivencias sensoriales en el cuerpo en forma unificadora (Anzieu, 1998).

Para llevar a cabo esto, fue importante observar las expresiones corporales y conductas cotidianas del paciente. Entre ellas se identifico su forma ambulatoria por la sala, movimientos estereotipados, y analizar sus conductas disruptivas (autolesiones). La investigación de este proceso, no surge por comprender aspectos negativos del sujeto, sino se considera una forma de recopilar datos del paciente, a través de su espontaneidad que

revela la forma que se desenvuelve en el mundo, la manera que se expresa con el cuerpo o sus recursos comunicativos. Conocer el uso expresivo del movimiento y fuerza de sus manos, cabeza, tronco, piernas y pies, y generar una actividad donde sean liberadas cada zona mediante ejercicios psicomotores, permitieron bajar los niveles de ansiedad y tensión muscular. Por tanto el estado de relajo corporal generado, representa el mundo psíquico y emocional del sujeto. Esta acción de dar movimiento o la acción de sacar afuera aquello que se encuentra enfermo o retenido, permite fortalecer la salud y bienestar del paciente. (Gauna, 2001).

En tercer lugar, el propósito de *“experimentar contactos comunicativos con un otro (terapeuta), a partir de los recursos comunicativos del paciente y por medio de, un encuadre musicoterapéutico que permita generar una interacción lúdica por la comunicación no verbal, y sonoro-musical”*.

Se concluye, que la sincronización de movimientos promueve el contacto comunicativo, se destaca la experiencia de contacto ocular en el proceso, diálogo sonoro y relajación corporal, expresada en el tono muscular y expresiones de alegría y tranquilidad. Estas experiencias se consideran “expresiones de afecto” y de comunicación con otro mediante el objeto intermediario, cuerpo, voz o instrumento musical.

## **VII Aprendizajes personales de la investigación.**

### **1.- Análisis del vínculo musicoterapeuta-usuario.**

El objetivo principal del proceso musicoterapéutico fue establecer un vínculo relacional entre el paciente y el terapeuta. Esto se desarrolla en forma progresiva y conteniendo diferentes estados de ánimo del paciente.

El primer acercamiento del paciente al terapeuta se desarrolló por la escucha musical, interrumpe su habitual rutina de conductas disruptivas y de aislamiento. Daniel es atraído por el estímulo sonoro a interactuar y generar diálogos rítmicos y armónicos en especial con el uso de la guitarra.

Otro, factor importante que fortaleció el vínculo, fue promover la comunicación a partir del nivel y forma comunicativa del paciente. Esto se desarrolló mediante actividades de imitación de sonidos vocálicos y movimientos. Es decir, la música otorga una funcionalidad comunicacional a conductas estereotipadas y expresiones sonoro-corporales, junto con los elementos psicomotores que brindan una estructura lúdica. Por ejemplo, mientras el paciente se encuentra sentado y moviendo su tronco abdominal hacia delante y atrás. Terapeuta frente a él, en la misma postura corporal, intercambia reiteradamente una pelota.

También, el fomento de su expresividad corporal, en cada zona del cuerpo, permitió liberar una alta tensión psíquica y motor, inconsciente o consciente de Daniel. Sus significados, solo pertenecen al conocimiento del paciente. Posterior a esto, el vínculo se desarrolló con mayor cercanía al aumentar el relajo muscular. Entre ellos, surgió el

contacto rítmico de las manos, contacto ocular y una expresión de abrazo al terapeuta. Otro intercambio vincular, fue la risa, ya que, Daniel no presenta facilidad por reír por su estado irritable propia de su patología, y el vínculo se fortaleció aún más, por la contención estable a disminuir estados ansiosos y de estrés del paciente.

## **2.- Autoevaluación de fortalezas y debilidades propias.**

### **Fortalezas.**

**Empatía:** La percepción y sentir emocional del paciente por el musicoterapeuta es provocado, a través de la observación y lectura del lenguaje sonoro-corporal. También existe una participación afectiva, en la realidad afectada y logros de Daniel en el proceso. Es decir, se generó una conexión a los diferentes estados de ánimo, tanto de contención de alto estrés y compartir momentos de alegría a través de la música y el juego. Por último, se comprende que la expresión de conductas disruptivas no pertenece a un comportamiento mal educado, sino una búsqueda del paciente a liberar fuertes cargas de tensión causada por los espasmos musculares y ayudarlo en su necesidad de autoexpresión desde sus capacidades comunicacionales.

**Recursos lúdicos:** La integración del juego fue un recurso positivo, para disminuir niveles de estrés y generar el placer por compartir con otro. También en general, el trabajo con niños requiere la presencia de una persona dinámica.

**Contenedor:** Se ayudó a prevenir las autolesiones del paciente y ser una compañía desde la escucha.

## **Debilidades.**

En primer lugar, se desconocía el tratamiento y la práctica de trabajo con un niño con síndrome de West. Esto fue un estudio durante el proceso de intervención.

En segundo lugar, no se incluyó la familia y entrevista con especialistas durante el proceso. Esto fue un aspecto importante no considerado. Solo se registraron datos a partir de su ficha clínica o anamnesis. Esto también es considerado una limitante más bien del proceso de práctica y su corta duración en relación a una patología de años.

Y en último lugar, aunque fueron contenidos varias conductas disruptivas, existían algunos estados de irritación fuera del alcance de la intervención. En una ocasión fue necesario, sacarlo de la sala y solicitar el apoyo de otros terapeutas del centro. Por otro lado, el trabajo terapéutico con Daniel, y sus frecuentes conductas disruptivas, generan un agotamiento normal en evitar en especial sus reiteradas lesiones en la cabeza y contener expresiones de alto estrés, que generan varias contratransferencias.

## **3.- Comentarios personales.**

El proceso de intervención con Daniel, fue un desafío complejo, ya que sus primeras expresiones de cercanía fueron conductas disruptivas y de rechazo social. Sin duda, comprobar progresivamente el impacto de la música y su principal función “vincular”, me evidenciaron que, sin el uso de instrumentos musicales no hubiera sido posible que el paciente pudiera aceptar esta propuesta de tratamiento.

La musicoterapia me ayudo a descubrir que antes de atender a una patología es una persona que busca comunicarse, pero se requiere alguien que establezca interacción desde su forma comunicativa. También, en relación a mi ejercicio profesional con personas con capacidades diferentes, los niños con síndrome de West y niños con retraso o problemas comunicativos, son una parte de la población con mayores necesidades a nivel social o el grupo más vulnerable, debido a la carencia de no poder expresar verbalmente o indicar gustos personales, malestares, compartir experiencias, etc.

Durante la intervención me pareció haber revivido una etapa del desarrollo en Daniel para lograr la interacción comunicativa. Primero los “movimientos sincronizados” o la imitación que realice de sus acciones, me hacían recordar el vinculo intrauterino, a través de los movimiento y ritmo sintonizado que existe entre la madre y el feto. Luego la escucha sonora del paciente, en la armonía y contención del útero y luego, el resultado de tranquilidad del momento catártico, pareció vivenciar un nacimiento en Daniel, y más tarde el juego de referencia conjunta y los contactos corporales en la mirada, parecía despertar el recuerdo de la diada madre-bebé.

Agradezco de conocer a Daniel, ya que compartimos momentos de alegría, a través del juego musical, y más allá de sus expresiones de rechazo, descubrí un niño muy sensible que solo necesitaba ser escuchado.

Espero que este estudio permita abrir nuevas investigaciones a niños con alteraciones sociocomunicativas y promover este tratamiento de musicoterapia en la población infantil.

## VII. Referencias Bibliográficas

Albia J., 2002, Síndrome de West: etiología, fisiopatología, aspectos clínicos y pronósticos. Documento rescatado de Revista cubana de pediatría de revista Scielo.

Web: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312002000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000200009)

Anzieu, Didier (1998), citado por Lopez L. (2016) “La envoltura sonora del sí”.

<http://www.lamusicoterapia.com/la-voz-con-fines-terapeuticos/>

Arberas C., Campos J., Gomez M., Perez M., Ruggieri V., Olalla M. (2014). Documental del Síndrome de West (espasmos infantiles). Fundación de West. Para las dos. España.

<https://www.youtube.com/watch?v=kQtNWMSqzMA>

Asociación Andaluza de Epilepsia (2016). Síndrome de West. APICE.

<http://www.apiceepilepsia.org/index.php>

Atención temprana., (2015), Que percibe el feto en el útero. Ser padres-embarazo. Revista

Atención Temprana. <http://www.atempra.com/archivos/serpadres.pdf>

Bancalari L. y Oliva P., (2012), Efecto de la Musicoterapia sobre los Niveles de Estrés de los Usuarios Internos de la Clínica de Odontología de la Universidad del Desarrollo.

Revista Scielo. Int. J. Odontostomat Temuco. vol.6 no.2

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2012000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2012000200012&script=sci_arttext)

Benavides H. (2010). “La evaluación del desarrollo de las capacidades de referencia conjunta a través de una intervención basada en prácticas musicales en un niño con

trastorno del espectro de autismo”. Universidad Católica de Valparaíso. Rescatado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/92/149>

Benenzon R., (1998), “La nueva Musicoterapia”. LUMEN. Argentina. Páginas 32-40.

Benenzon. Rescatado de: [http://www.elcisne.org/noticia/musicoterapia-tratamiento-tgd/2516.html?fb\\_action\\_ids=607862129242164&fb\\_action\\_types=og.likes&action\\_object\\_map=%7B%22607862129242164%22:461615943908476%7D&action\\_type\\_map=%7B%22607862129242164%22:%22og.likes%22%7D&action\\_ref\\_map=%5B%5D](http://www.elcisne.org/noticia/musicoterapia-tratamiento-tgd/2516.html?fb_action_ids=607862129242164&fb_action_types=og.likes&action_object_map=%7B%22607862129242164%22:461615943908476%7D&action_type_map=%7B%22607862129242164%22:%22og.likes%22%7D&action_ref_map=%5B%5D)

Blanco R., y colaboradores. (2004). Seminario Internacional “Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas. UNICEF. Santiago.

Contreras M., (2011). Musicoterapia. Revistas Bolivianas. Scielo. [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682011000600012&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682011000600012&script=sci_arttext)

Evans R., (2007), citado por, López L., (2016). Musicoterapia y Autismo. Musicoterapia en niños con autismo. <http://www.lamusicoterapia.com/musicoterapia-y-autismo/>

Federico, Gabriel. (2007). El niño con necesidades especiales. Buenos Aires: Editorial Kier. [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ar-gomez\\_n/pdfAmont/ar-gomez\\_n.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ar-gomez_n/pdfAmont/ar-gomez_n.pdf)

García O. (2016). Síndrome de West, epilepsia infantil de difícil control. Salud y Medicinas <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/bebes/articulos/sindrome-de-west-epilepsia-infantil.html>



García M., Meneses S., Perla D., (2015), Actualización del Síndrome de West. Tratamiento. Revista chilena de epilepsia. Pág. 40.  
[http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/wp-content/uploads/2015/04/201403\\_actualizacion\\_sindrome\\_west.pdf](http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/wp-content/uploads/2015/04/201403_actualizacion_sindrome_west.pdf)

García T. (2007). Principales aportaciones acerca del desarrollo psíquico intrauterino. Vínculo y Comunicación con el Bebé Intrauterino. Universidad de Chile. Pág.25.

Garrambare de Lara J. (2012). “El autismo: Historia y sus clasificaciones” .Párr. 6-7. Rescatado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000300010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300010)

Gauna (1996), Entre los sonidos y el silencio. Rescatado de <http://www.musicoterapiaenlainfancia.com/entre-los-sonidos-y-el-silencio/>

Gauna G., (2001). Del arte, ante la violencia. Talleres gráficos de flamini impresiones. Argentina.

Guadalupe (2014). La función del juego en el ambiente hospitalario. Función del juego. Revista de pediatría Scielo. México.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912014000200001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000200001)

Gutierrez R. y Arberas C.(2011)\_IV Congreso Internacional Fundación Síndrome de West de España. Uno de cada cinco niños con síndrome de West desarrollará autismo. Informativo tele cinco. Madrid. [http://www.telecinco.es/informativos/sociedad/ninos-sindrome-West-desarrollara-autismo\\_0\\_1322475504.html](http://www.telecinco.es/informativos/sociedad/ninos-sindrome-West-desarrollara-autismo_0_1322475504.html)

González J., Martínez A., Avendaño M., Carvajal M., Escobari J., Tapia J., Schnitzler S., (2006).Guía práctica clínica. Tratamiento farmacológico del Síndrome de West. Unidad de Neurología. Revista chilena de la epilepsia. [http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista\\_a\\_7\\_n1\\_junio2006/a7\\_1\\_tr\\_tratamientofarmaco.pdf](http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista_a_7_n1_junio2006/a7_1_tr_tratamientofarmaco.pdf)

Jordi A., (2014). Fundamentos de la musicoterapia. Música y neurociencia: la musicoterapia. Entrevista en 25TV. <https://www.youtube.com/watch?v=fbg5QyXf4nk>

Kepper J., (1992) Proceso Corporal. El sí mismo y la corporificación. El sí mismo en movimiento. Manual moderno. Página 13.

Lapierre A., y Aucouturier B., (1977). La educación psicomotriz como terapia; Bruno. Editorial Médica u Técnica S.A. España.

Lapierre A., y Aucouturier B., (1980). El cuerpo y el inconsciente en Educación y terapia. Editorial Científica-Médica. Barcelona.

Martínez M., (2015). Habilidades sociales y autismo. Autismo Diario. <http://autismodiario.org/2015/04/04/habilidades-sociales-y-autismo/>

Palomo R., (2004). Autodeterminación y Autismo: algunas claves para seguir avanzando. Revista Española sobre discapacidad intelectual. Universidad Autónoma de Madrid. Pág. 51-68. file:///C:/Users/Pablo/Downloads/209\_articulos3.pdf

Pérez L., Perez C., Santisteban M., Salas D., Chirino L., Soliz X., (2013)., La equinoterapia en la rehabilitación integral del autismo. EFDeportes, Revista Digital. Buenos Aires. Año 17, N° 176. <http://www.efdeportes.com/efd176/la-equinoterapia-en-la-rehabilitacion-del-autismo.htm>

Ramírez J., (2010). Síndrome de West. Artículo educativo. <http://articuloinfantil.blogspot.cl/2010/02/sindrome-de-west.html>

Rey L., (2014).La importancia del Vínculo Temprano: Díada Madre e Hijo. Facultad de Psicología. Universidad la República de Uruguay. [http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo\\_final\\_de\\_grado\\_3\\_laura\\_rey\\_2.pdf](http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_3_laura_rey_2.pdf)

Río V., (1998). Seis niños autistas, la música y yo. Mándala Ediciones. España. Página 15 a 39.

Salvado B., otros (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. Revista de Neurología. <http://www.asteahenares.org/pdf/modelos1.pdf.pdf>

Sánchez O., (2015) ¿Qué es la musicoterapia? <http://www.olgasanchez.net/musicoterapia/>

Szilvasy Z., Baranger A. (2013). “10th Autism-Europe International Congress 2013”. Autism-Europe X International Congress 70 years of autism research – how far have we come? New definition of autism in the DSM-5 Finland-Bangladesh solidarity project for autism. Belgium.. Pág.7-10. Rescatado de <http://www.autismeurope.org/files/files/link-autism-60-3.pdf>

Sisamón A., Fernández S., Vidal J., (2002), El diagnostico psicopedagógico de la deficiencia mental. Revista interuniversitaria de formación del profesorado. Página 139-150. <http://www.redalyc.org/pdf/274/27404312.pdf>

Soto P. (2007). Tesis: Atención Conjunta y autismo. Universidad de Chile. Páginas 27...38. [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/soto\\_p2/sources/soto\\_p2.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/soto_p2/sources/soto_p2.pdf)

Torres D., (2015). Fomento de las habilidades del niño con autismo a través del juego. Autismo Diario.

<http://autismodiario.org/2015/04/05/fomento-de-las-habilidades-del-nino-con-autismo-a-traves-del-juego/>

Víctor de Toro A., (2012). El Juego simbólico en alumnos con Síndrome de West y otras Encefalopatías Epilépticas. Revista de Educación Inclusiva, ISSN 1889-4208. <file:///C:/Users/Pablo/Downloads/INV%2005%20VICTOR%20TORO.pdf>

Walsh M., (2013). El juego en el desarrollo infantil y el autismo. Autismo Diario.  
<http://autismodiario.org/2013/01/10/el-juego-en-el-desarrollo-infantil-y-el-autismo/>

Wigram T., (2005).Guía completa de Musicoterapia. Musicoterapia con pacientes con discapacidad física o retraso en el desarrollo. Colección música, arte y proceso. España.  
Páginas 178- 184.

Zalaquett D., (2014), Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. Intervención Temprana. Recuperado de la Revista chilena de Pediatría. Scielo. Edición; El Sevier. Páginas: 127-128  
Web:<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v86n2/art11.pdf>