



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE
POSTÍTULO EN MUSICOTERAPIA

MUSICOTERAPIA EN UN NIÑO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Monografía para optar a la especialización de Postítulo en Terapias de Arte,
mención Musicoterapia

MATÍAS ALONSO MILLAR CANO

Profesor Guía: Rodrigo Quiroga Provoste

SANTIAGO DE CHILE
2016

AGRADECIMIENTOS

*A mi querida familia, por su incondicional
apoyo y, a mi madre, por ser el pilar
fundamental de mi vida...*

ÍNDICE

Contenido	Página
I. INTRODUCCIÓN	7
II. CONTEXTO INSTITUCIONAL	
1. Descripción del Establecimiento	9
2. Proyecto Educativo.....	10
3. Actores	10
4. Infraestructura	11
5. Entorno Social	12
III. MARCO TEÓRICO	
A. Marco Conceptual	13
1. Trastorno del Espectro Autista	13
2. Tabla especificadora de gravedad del Trastorno del Espectro Autista.....	17
3. Inventario de Espectro Autista I.D.E.A.	18
3.1 Cuadro Sintetizado de Puntuaciones de la Persona Evaluada	19
4. Detección Temprana y Necesidades Psico-sociales del Individuo con Trastorno del Espectro Autista	20
5. Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista	25
B. Marco Teórico Musicoterapéutico	28

1. Áreas Comúnmente Abordadas Desde la Musicoterapia.....	28
2. La Sincronización en Musicoterapia.....	31
2.1 AQR-Instrument, Evaluación de la Calidad de las Relaciones.....	35
3. Personalidad Expresiva y Núcleos de Salud.....	36
4. Objeto Intermediario e Integrador.....	39

IV. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

A. Historia Clínica	42
1. Anamnesis Próxima	42
2. Anamnesis Remota	43
2.1 Historia Personal.....	43
2.2 Historia Familiar	46
2.3 Entrevista Familiar.....	46
2.4 Genograma Familiar.....	47
B. Ficha Musicoterapéutica	48
C. Metodología de Trabajo	51
1. Metodología	51
2. Setting Instrumental	54
D. Criterios de Evaluación	55
E. Objetivos.....	58
F. Etapas del Proceso Musicoterapéutico.....	59
1. Inicio.....	59

1.1 Aproximación Diagnóstica	60
2. Desarrollo.....	61
2.1 Hitos Relevantes	70
3. Final	75
G. Evaluación del Proceso Musicoterapéutico	77
1. Evaluación de logro de los objetivos	77
H. Evaluación del Proceso de Práctica	84
1. Análisis del vínculo musicoterapeuta-usuario	84
2. Autoevaluación de fortalezas y debilidades propias.....	85
3. Sugerencias	88
3.1 Instrumentos más utilizados	89
3.2 Actividades utilizadas destacadas	89
V. CONCLUSIÓN	90
VI. BIBLIOGRAFÍA.....	91
VII. ANEXOS	
Anexo I: Consentimiento Informado.....	94
Anexo II: Protocolo de Planificación de Sesiones.....	95
Anexo III: Protocolo y Evaluación de la Sesión	96
Anexo IV: Dibujo (mándala) Sesión de Cierre	97
Anexo V: Cuestionario de Evaluación del Proceso.....	98

Anexo VI: Protocolo de Evaluación	101
Anexo VII: Setting Instrumental	103
Anexo VII: Sala Utilizada	107
Anexo VIII: Cronograma	108
Anexo IX: Letra de Canción de Saludo.....	109
Anexo X: Letra de Canción de Despedida.....	109

I. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo que se abordará en la presente monografía, corresponde a la descripción y sistematización del proceso musicoterapéutico, de práctica profesional, de F. D. ("F"). Usuario de seis años de edad, diagnosticado con **TEA** (Trastorno del Espectro Autista).

El proceso musicoterapéutico de "F", tuvo comienzo el 24 de agosto del año 2015, con un total de 16 sesiones, realizadas una vez por semana, con una duración de 40 minutos, aproximadamente. El término del proceso fue el 28 de diciembre del 2015. Las últimas dos sesiones musicoterapéuticas, se realizaron de forma espaciada, semana por medio.

La práctica profesional se realizó en el "Centro de Rehabilitación Infantil Manantial", institución de carácter privado, la cual tiene como fin dar atención a niños y adolescentes que padecen trastornos del desarrollo.

Los aspectos conceptuales que se abordarán en la monografía estarán determinados, en primer lugar, por el cuadro clínico de "F", diagnosticado con TEA, el cuál será abordado bajo la definición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. También así, se abordará bajo el criterio del psicólogo y científico cognitivo español Ángel Rivière, el cual define las características típicas de un individuo con TEA y la severidad que se presentan éstas en él, sistematizando todo en una herramienta de medición

llamada I.D.E.A. Así como también, la importancia de una detección y un diagnóstico temprano del trastorno y las principales necesidades psico-sociales que presentan los individuos con espectro autista.

Bajo la mirada de la musicoterapia (MT), se abordarán aspectos conceptuales pertenecientes a diferentes autores, experimentados en el trabajo con niños con TEA, los cuales fueron de suma importancia para desarrollar y guiar el proceso musicoterapéutico. Uno de ellos, pertenece a la musicoterapeuta Karin Schumacher y a la psicóloga Claudine Calvet, con la musicoterapia y Sincronización y su herramienta de evaluación de relaciones AQR-Instrument. También así, se abordará bajo la mirada de Gustavo Gauna, utilizando su trabajo a través de los núcleos sanos y la personalidad expresiva del individuo. Los objetivos que se propusieron para trabajar, en el proceso musicoterapéutico, fueron fundamentados bajo la definición de Tony Wigram, quien explica y expone las áreas que serían más pertinentes para trabajar en usuarios con trastornos del desarrollo. Finalmente, se utilizó el referente bibliográfico de Rolando Benenzon y la utilización de los instrumentos musicales como Objeto Intermediario y Objeto Integrador, para desarrollar el vínculo usuario-terapeuta.

A continuación, se presentará el contexto institucional en dónde se realizó la práctica profesional musicoterapéutica, el cual describe las características principales de la institución y los profesionales que trabajan en conjunto en el centro.

II. CONTEXTO INSTITUCIONAL

1. Descripción del Establecimiento

La práctica profesional se realizó en el “**Centro de Rehabilitación Infantil Manantial**”, institución de carácter privado, financiada por aportes de los apoderados de los usuarios, creada en el año 1981 por un conjunto de profesionales ligados a las áreas de salud y educación. Este centro tiene como fin dar atención a niños y adolescentes que padecen trastornos del desarrollo, estimulando y fortaleciendo principalmente sus capacidades cognitivas, motoras, y además su autoestima. La mayoría de los usuarios de este centro han mejorado su calidad de vida en algún sentido, adquiriendo marcha o lenguaje y en aquellos que presentan un daño más severo, se potencia el uso de sistemas de comunicación alternativos.

El centro Manantial se ubica en la calle Presidente Batlle y Ordoñez 4004, comuna de Ñuñoa, en donde los usuarios asisten de lunes a viernes, desde las 8:30 a 16:30 horas, aproximadamente. En la actualidad, éste centro atiende a 23 niños y adolescentes, algunos asisten jornada completa, media jornada y otros en forma ambulatoria, los cuales son distribuidos en dos grupos diferentes, que son dirigidos por especialistas en educación diferencial, asistidos por auxiliares de párvulos o técnicos en educación diferencial.

2. Proyecto Educativo

En general, el proyecto educativo de Manantial está ligado a potenciar los núcleos de salud de los usuarios, teniendo como base y sustento los años de experiencia que han ido adquiriendo, así como también el estimular y potenciar el trabajo con padres de los usuarios del centro.

A lo largo del tiempo, se han logrado integrar a la educación regular muchos de sus usuarios, que han alcanzado un desarrollo motor e intelectual compatible con las exigencias de un colegio, así como también, algunos de los niños que asisten a Manantial, rinden exámenes libres ante el Ministerio de Educación.

3. Actores

El establecimiento está constituido por un grupo de profesionales y técnicos, formado por dos Kinesiólogos, una Terapeuta Ocupacional, una Fonoaudióloga, dos Educadoras Diferenciales, una Musicoterapeuta y tres Técnicas en Párvulos. También así, en el centro trabaja una Secretaria y un auxiliar encargado de la mantención y cuidado de éste.

Durante la jornada, los usuarios son atendidos en forma individual, con una frecuencia de tres atenciones semanales por especialidad. Los usuarios del

centro también participan activamente en talleres de Integración Sensorial, Psicomotricidad, Musicoterapia, Actividades de Vida Diaria y Manualidades.

4. Infraestructura

- 1 Sala de Fonoaudiología
- 1 Sala de Terapia ocupacional
- 1 Sala de estimulación sensorial (gimnasio)
- 3 Salas de clases
- 1 Sala común para uso de los trabajadores
- Cocina
- 2 Baños acondicionados para los usuarios del centro
- 2 Baños para los trabajadores
- 1 Patio con áreas verdes y juegos acondicionados
- 1 Sala de espera
- Rampla de acceso
- Equipos audiovisuales
- Equipos de climatización
- Estacionamiento

5. Entorno Social

El entorno social del establecimiento está constituido por personas que residen en diferentes comunas de Santiago, mayormente del sector oriente, cercanas al establecimiento, lo que hace que la realidad socio-económica y social de los usuarios pertenecientes a este centro, sea variada entre sí.

III. MARCO TEÓRICO

A. Marco Conceptual

1. Trastorno del Espectro Autista

El trastorno del espectro autista o TEA, está catalogado dentro de los trastornos del desarrollo neurológico en el DSM-V y afecta a más del uno por ciento de toda la población mundial. El TEA, corresponde a déficits persistentes y alteraciones generalizadas en la comunicación e interacción social, así como también se hacen presentes patrones de comportamiento, intereses o ciertas actividades de tipo restrictivo y repetitivo, los cuales están presentes desde la primera infancia y aparecen en la primera etapa de la fase del desarrollo (APA, 2014). La gran mayoría de los individuos con TEA, presentan un deterioro intelectual y/o de lenguaje, el cual altera su diario vivir, así como también en aquellos casos que presentan una inteligencia normal o alta, sus capacidades se ven alteradas y desequilibradas.

A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de

trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática). (APA, 2014, p. 30)

Dentro de los criterios que se describen en el DMS-V y uno de los signos más característicos en una persona con TEA, se encuentran los trastornos comunicativos, los cuales irán variando dependiendo de la gravedad de su trastorno, el nivel del desarrollo que presenta y la edad cronológica del individuo (APA, 2014). En éste tipo de trastorno, se hace mayormente notoria la deficiencia que existe en una relación social, la cual se ve afectada por la escasez de interés y reciprocidad socioemocional, demostrando una notable disminución en la transmisión de emociones o afectos hacia otro individuo, dando como resultado un escaso o nulo intento por comunicarse o interactuar con otra persona. Dentro de ésta escasa comprensión e interés de relacionarse con el otro, el individuo con TEA puede presentar, en ocasiones, ciertas conductas disruptivas o anormales en un contexto social, que por lo general afectan y alteran su capacidad de sociabilizar, compartir con otras personas, hacer amigos, realizar juegos imaginativos, respetar turnos, comprender instrucciones y consignas, tener una imitación reducida o ausente del comportamiento de los demás. etc.

También así, el uso del lenguaje verbal y no verbal en una interacción social se ve afectado, demostrando anomalías en la comprensión y ejecución de éste,

viéndose también afectados otros patrones comunicativos, como el contacto visual, la expresión corporal, los gestos comunicativos, etc., y en otros casos, una nula y completa falta de comunicación verbal. El trastorno verbal y no verbal en el contexto social, se manifestará de diferente manera en el individuo que padece TEA, correspondiendo según su edad, el nivel intelectual que presente y las capacidades lingüísticas que haya adquirido, y aun así, cuando éste tenga funcionales sus capacidades formales de lenguaje, como el vocabulario y la gramática, de igual manera se verá afectado su uso en la comunicación social recíproca, debido a su trastorno.

Otro criterio característico que se describe del TEA, hace referencia a los patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, cuyos signos se hacen evidentes desde la primera infancia del niño, afectando y alterando su funcionamiento cotidiano. Éste tipo de comportamiento, se manifiesta de forma distinta en las personas, correspondiendo según la edad y la capacidad intelectual, la intervención temprana y el tipo de ayuda y atención que haya recibido el individuo, siendo éste último un factor de suma importancia, ya que a más temprana edad que haya sido detectado el trastorno, mejor son las expectativas y la ayuda que éste pudiera recibir.

Dentro de estos patrones de comportamiento alterado, se destaca el que tienen que prevalecer y persistir a lo menos dos o más síntomas característicos de éste trastorno (APA, 2014). Uno de ellos es el uso estereotipado y repetitivo de: movimientos corporales, como el aleteo de brazos, movimientos de cabeza,

movimientos rápidos de manos o pies, etc.; la utilización de objetos, como el alinear juguetes, girar objetos, ordenar perfectamente ciertas cosas, etc.; o en el habla, que sea de forma repetitiva como la ecolalia, el uso de palabras, frases o patrones prosódicos estereotipados, etc.

El segundo patrón que se describe, es una gran inflexibilidad en las rutinas y de ciertos comportamientos verbales y no verbales, los cuales al menor cambio, producen en el individuo gran estrés, angustia y ansiedad, prevaleciendo una monotonía en su diario vivir.

El tercer patrón, se caracteriza por que el individuo tiene una fijación e interés restringido anormal, por ciertos objetos raros o anormales, o por partes de éstos, los cuales llaman fijamente su atención y que no son usados de manera funcional o apropiada.

El cuarto patrón, se refiere a una Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno. Éste último se refiere a que el individuo manifiesta un cierto tipo de respuesta excesiva al estímulo sensorial, lo que en ocasiones puede ser completamente extremo y puede estar relacionado con alguna fijación o interés anormal por algo. Algunos ejemplos para éste patrón, serían el tocar y oler excesivamente objetos, respuestas excesivas a sonidos y texturas, fascinación por objetos brillantes, con luces o movimiento, una negativa respuesta al tacto con otra

persona y en otros casos podría existir una nula reacción a sabores, olores, dolor, temperatura, etc. (MINSAL, 2011).

2. Tabla Especificadora de Gravedad del Trastorno del Espectro Autista

El DSM-V ha elaborado una tabla de especificadores, en la cual se pueden apreciar tres diferentes niveles que caracterizan la gravedad del TEA en un individuo. Esta tabla tiene como finalidad entregar un reconocimiento, de los síntomas de la patología y el nivel de gravedad presente en un individuo con éste trastorno, de forma breve y concisa.

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal. Un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas.	Inflexibilidad del comportamiento, extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos /repetitivos. Ansiedad intensa /dificultad para cambiar el foco de la acción.
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Deficiencias notables en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda in situ; inicio	Inflexibilidad del comportamiento, dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos /repetitivos resultan evidentes

	limitado de interacciones sociales, y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas.	para el observador e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de la acción.
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda in situ, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas a la apertura social de las otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

3. Inventario de Espectro Autista I.D.E.A.

El Inventario de Espectro Autista (I.D.E.A.), fue creado e ideado por el psicólogo y científico cognitivo español Ángel Rivière, quien se especializó en el trabajo con el autismo, siendo prestigiosamente reconocido de forma internacional por sus investigaciones y publicaciones. El I.D.E.A., es conocido por ser una de las mejores y más prestigiosas herramientas utilizadas para la evaluación de niños autistas y tiene como objetivo el evaluar doce dimensiones que serían características en un individuo con espectro autista y/o con

trastornos profundos del desarrollo. Este inventario tiene como funcionalidad el poder establecer y determinar la severidad de los rasgos autistas que presenta una persona, independientemente cual sea su diagnóstico diferencial, fomentar ayudas y estrategias en el tratamiento del trastorno y el poder evaluar la eficacia de éste último (Rivière, s.f.).

3.1 Cuadro Sintetizado de Puntuaciones de la Persona Evaluada (“F”)

Dimensiones	Escala	Puntuación
Dimensión social		1+2+3
1.-Trastorno de la relación social	5	14
2.-Trastorno de la referencia conjunta	5	
3.-Trastorno intersubjetivo y mentalista	4	
Dimensión de la comunicación y el lenguaje		4+5+6
4.-Trastorno de las funciones comunicativas	5	19
5.-Trastorno del lenguaje expresivo	7	
6.-Trastorno del lenguaje receptivo	7	
Dimensión de la anticipación/flexibilidad		7+8+9
7.-Trastorno de la anticipación	1	9
8.-Trastorno de la flexibilidad	1	
9.-Trastorno del sentido de la actividad	7	
Dimensión de la simbolización		10+11+12
10.-Trastorno de la ficción	8	20
11.-Trastorno de la imitación	4	
12.-Trastorno de la suspensión	8	
Puntuación total en el espectro autista (“F”)		62

Puntuaciones en el IDEA

Nivel 2: Autismo Regresivo (Aproximadamente entre 50 y 70)

Se denomina así dado que se presenta la pérdida de capacidades aprendidas. Después de una etapa evolutiva aparentemente dentro de la normalidad se pierde el contacto ocular, el lenguaje y otras habilidades cognitivas (Rivière, 2016).

Esta herramienta se utilizó para poder evaluar y medir las características autistas y la severidad con las cuales se presentan en el usuario "F", con el fin de tener una referencia concreta y poder posicionarse de acuerdo a la condición actual de su trastorno.

4. Detección Temprana y Necesidades Psico-sociales del Individuo con Trastorno del Espectro Autista

El poder detectar de una forma temprana los signos característicos del TEA en el infante, será de suma relevancia para poder enfrentar y conllevar de una forma óptima el pronóstico, el tratamiento y la evolución del trastorno en el individuo. Principalmente, los signos y rasgos se comienzan a hacer más característicos y notorios alrededor de los 12 y 18 meses de edad en adelante, en donde ya es posible percatar ciertos signos alarmantes de conducta, como una importante desconexión del entorno, escaso contacto ocular y de

protodeclarativos (señala con el dedo índice para compartir experiencias) (Orellana, 2012), ausencia de mirada de atención conjunta, una limitada respuesta social o respuesta a estímulos de sus cercanos, una conducta ciertamente ritualizada e inflexible, carencia de juegos, entre otros.

Alrededor de los 30 y los 42 meses de edad, los signos y rasgos del trastorno autista florecen y se manifiesta de una forma crítica, siendo éstos notoriamente claros y contundentes en el niño. También así, es primordial la detección temprana de este trastorno por parte de la familia del infante, en donde las sospechas de que algo no anda bien con la conducta del niño se hacen cada vez más evidentes, como el no balbuceo, no sonrío, no señala, entre otros, lo que usualmente sucede alrededor de los dos años de edad (MINEDUC, 2010).

En muchas ocasiones, es posible que los mismos padres del infante no logren detectar ciertos rasgos del trastorno en su hijo, ya sea por falta de información, negación a enfrentar el problema, poca atención hacia éste, entre otros, lo que da lugar a que el trabajo en conjunto con profesionales de la salud y educación sea primordial y de suma importancia, en donde se comparta información esencial de la conducta y comportamiento del infante observable de su diario vivir, ya que éstos serán los encargados de evaluar y diagnosticar oportunamente el trastorno en el individuo.

Es en este punto, en donde emergen ciertas necesidades psico-sociales y educativas más recurrentes en los niños con TEA, destacándose dos aspectos fundamentales que se plantean para lograr el funcionamiento adecuado y mejorar la calidad de vida del individuo, organizando y estructurando su ambiente, estos son la organización espacial y la organización temporal (Rivière y Martos, 2000).

Dentro de la organización espacial, se destaca que se debe proporcionar al individuo un ambiente el cual sea estructurado y predecible, en donde se le facilite a éste espacios claves y asignados, en los cuales se puede señalar y diferenciar diferentes áreas de actividades, ya sea para jugar, estudiar, descansar, etc., las cuales deben ser siempre las mismas, manteniendo la estructura, la organización y el orden de los objetos, teniendo siempre en cuenta que el más mínimo cambio debe ser anticipado con anterioridad. De igual manera que el dirigir una actividad o consigna, la cual debe ser siempre anticipada, dando instrucciones claras y precisas. Es en este punto, en donde también se destaca otro aspecto fundamental, el cual se determina como la organización espacial, en donde se contempla que un individuo con TEA presenta dificultades para tener una noción clara del tiempo y espacio, relacionar situaciones con espacios, poder anticipar situaciones y estar preparados para afrontar los acontecimientos de forma inmediata.

Es por ello, que las situaciones cotidianas de los niños con TEA deben ser sumamente predecibles y anticipadas, para que puedan ser comprendidas de

la mejor forma por éste, al igual que deben ser claras y no confusas, señalando, utilizando gestos y explicando, avisándole y otorgándole información de manera que éste pueda comprender y entender a partir de sus propias vivencias. “Predecir el futuro es comprender los acontecimientos que nos van a suceder. La predicción es comprensión” (Rivière y Martos, 2000, p. 83). De esta forma, se evitará generar en el niño grandes cuadros de estrés, angustia y ansiedad, debido a que éste presenta dificultades de anticipación e inflexibilidad en sus rutinas, lo que genera en el individuo una percepción confusa y fragmentaria de la realidad.

También así, es esencial lograr entender al niño, entrar a su mundo, lograr posicionarse desde su perspectiva y generarle un ambiente acogedor y seguro, así se logrará que éste pueda confiar en la persona y generar un vínculo fiable para él, al momento de solicitar o requerir ayuda para realizar alguna actividad, o al momento de una descompensación (Rivière y Martos, 2000).

El apoyo familiar es fundamental para obtener óptimos resultados en el tratamiento que se siga, principalmente porque los padres o cuidadores son los encargados de seguir estimulando y desarrollando destrezas del niño mientras éste no esté en terapia, por lo que es esencial el estar continuamente informándose y preguntando a familias cercanas, que vivan una situación similar y a los profesionales del área, acerca de cómo trabajar y enseñar a

niños con TEA. De igual manera, el poder estar preparados y saber cómo enfrentarse ante alguna crisis de descompensación, o de gran estrés, cómo adentrarse en su mundo y comprender su forma de pensar, de jugar, de relacionarse, etc., ya que comúnmente los padres suelen de igual manera estresarse y generar cuadros de ansiedad y estrés, sentimientos confusos de culpa, frustración, pérdida de autoestima, entre otros, ante el hecho de no poder comprender a sus hijos, de no poder comunicarse adecuadamente, de no poder realizar actividades de la forma correcta como ellos quisieran, de no poder tranquilizarlos, etc. y verlo como “un niño normal” (Rivière, 1997).

Algunos de los indicadores de autismo típicos entre la etapa de los 18 y 36 meses (MINEDUC, 2010):

1. Sordera aparente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones.
2. No comparte focos de interés con la mirada.
3. Tiende a no mirar a los ojos.
4. No mira a las personas ni lo que hacen.
5. Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar.
6. Se resiste a cambios de ropa, alimentación, actividades.
7. Presenta rabietas en situaciones de cambio y no le gustan las sorpresas.
8. Carece de lenguaje, si lo tiene lo emplea de forma ecológica o poco funcional.
9. No señala con el dedo para compartir experiencias ni para pedir.
10. Tiende a ignorar a los niños de su edad y no juega con ellos.

5. Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista

Diferentes tratamientos existen hoy en día para las personas con TEA, los cuales principalmente se caracterizan por ayudar a que el individuo tenga una mejor calidad de vida y se pueda desenvolver de una mejor manera en el diario vivir. Estos tratamientos, terapias o programas, irán variando de acuerdo a las diferentes necesidades que presente el niño, así como también es probable que la familia elija cuál ayuda es mejor para éste.

Uno de los tratamientos más convencionales y a los que más recurre la familia del niño, es el programa de conducta y desarrollo (MINEDUC, 2010), en donde el individuo recibe diferentes tratamientos para desarrollar y estimular las áreas de destrezas sociales, cognitivas, control de ansiedad, interacción con los padres y cercanos, conductas disruptivas, que por lo general es uno de los factores que más acongoja a los padres, entre otras. También así, existen programas de ayuda que se basan en la educación y aprendizaje del niño, ofrecidos por escuelas o centros de enseñanzas para niños con necesidades especiales, en donde se basan en otorgar destrezas de aprendizaje y razonamiento, utilizando material de apoyo visual, fomentando la comunicación a través del uso de sistemas alternativos de comunicación y organización del aula, de una manera que facilite el desempeño del niño, desarrollando y

estimulando el área cognitiva, social, comunicacional, entre otras (MINEDUC, 2010).

Por otro lado, existen tratamientos basados en medicamentos, antipsicóticos mayormente, los cuales son utilizados para para tratar y reducir problemas de hiperactividad, ansiedad, agresión, autolesión, sufrimiento emocional, entre otros. Entre los medicamentos más comunes utilizados se encuentran la Risperidona, Aripiprazol, Ritalin, entre otros. No obstante, se recomienda que el consumo de medicamentos sea netamente utilizado en niños que presentan síntomas o conductas graves, que presenten algún riesgo de a su integridad física o hacia los demás, ya que existen diversos efectos secundarios por su utilización, tales como somnolencia, aumento de peso, temblores, discinesia, estados de ánimos atípicos, falta de energía y de sueño, entre otros (MINSAL, 2011).

Debido a los diferentes efectos secundarios de diversos tratamientos convencionales para el TEA y a que no todos tienen óptimos resultados en los niños, surge la necesidad en los padres de indagar en tratamientos complementarios o alternativos, los cuales en su mayoría no resultan ser tan invasivos para el niño. Algunos tratamientos a veces se caracterizan por ser controversiales, ya que en ocasiones no existe suficiente información sobre la utilización y eficacia de éstos. Entre los principales tratamientos, de los cuales

cada vez se conoce más sobre su eficacia en niños con TEA, están: La terapia del habla y el lenguaje, terapia ocupacional, Acupuntura, nutrición y dietas, vitaminas y suplementos minerales, Masoterapia, terapia de juego, Arteterapia, Flores de Bach, Quiropráctica, integración auditiva, entre otros (MINSAL, 2011).

También así, existe como tratamiento complementario, la Musicoterapia, la cual en los últimos años se ha hecho conocida por el trabajo efectivo y resultados eficientes en tratamientos con niños con TEA y trastornos del desarrollo, ya que principalmente la música, al ser un lenguaje alternativo, un lenguaje en sí mismo, la cual sirve como una opción diferente para comunicarse como muchos autores la describen, puede ser eficaz para desarrollar la auto-expresión y comunicación, entre otros, factor que en niños con éste trastorno se ve alterado y disminuido, impidiendo que logren desenvolverse de forma óptima con su entorno (Wigram, 2005).

A continuación se expondrá el marco teórico musicoterapéutico, el cual explicará, guiará y respaldará el proceso musicoterapéutico de “F”.

B. Marco teórico Musicoterapéutico

1. Áreas Comúnmente Abordadas Desde la Musicoterapia

Muchos autores e investigadores de la rama de la musicoterapia, convergen en la elaboración de los objetivos para el proceso musicoterapéutico con usuarios con TEA, demostrando una inclinación hacia trabajar en desarrollar y potenciar la comunicación y expresión del usuario, entre otros. Dentro de la literatura, uno de los autores que más describe y da enfoque a estos objetivos, no musicales, con pacientes con trastornos del desarrollo, es Tony Wigram, el cual plantea seis áreas de especial necesidad, en donde la musicoterapia puede contribuir (Wigram, 2005).

Estas áreas se dividen en:

- **Conciencia Perceptual:** Desarrollar, estimular y mejorar la conciencia de los sentidos del usuario, su conciencia física, corporal, espacial y musical, ya que los niños con TEA, además, poseen un trastorno de integración sensorial.

- **Estimulación Física y/o Psicológica:** Desarrollar y estimular los potenciales del usuario, que muchas veces se ven disminuidos debido a su trastorno. La música se puede utilizar para estimular o relajar a la persona, generar mayor motivación, mejorar la

autoestima, disminuir la ansiedad, controlar estados de descompensación, entre otros.

- **Capacidad comunicativa:** Esta área es una de las más importantes a desarrollar y estimular en los niños con TEA, ya que se ve afectada y disminuida. Corresponde además, a un criterio diagnóstico, para este trastorno, que requiere ser tratado para que el individuo se pueda desenvolver en el entorno. La utilización de la música y sus elementos, como el ritmo, melodía, alturas, etc., favorecen y fomentan la intencionalidad comunicativa del individuo y sus potenciales comunicativos, a través de la auto-expresión que se va generando con ésta, convirtiéndose en una herramienta útil para el trabajo con niños con TEA.
- **Expresión Emocional:** La música y sus elementos, se utilizan como un canal para externalizar emociones, tanto positivas como negativas, lo que es difícil de realizar para un niño con TEA, debido al trastorno que posee y a que su percepción está alterada. El uso de un instrumento musical puede ayudar a que la persona logre expresar alegría, rabia, enojo, miedo, tristeza, etc., dentro del contexto musicoterapéutico.

- **Capacidades Cognitivas:** Debido al trastorno que posee un niño con espectro autista, sus capacidades cognitivas se ven alteradas y reducidas, es en donde la Musicoterapia es eficaz para ayudar a desarrollar y fomentar habilidades como la atención, la concentración, estimular la memoria a corto y largo plazo, entre otros, ya que a través de la música los individuos van desarrollando capacidades para organizar los sonidos en patrones y frases, logrando progresivamente conectarse con experiencias mediante éstas asociaciones.

- **Comportamiento Social:** Los individuos con TEA, se caracterizan por presentar un trastorno importante en el área de la interacción social, debido a sus limitaciones físicas y mentales. La musicoterapia puede otorgar herramientas que ayudan en este ámbito, a través del juego musical, en donde éste sirve como medio para desarrollar sus habilidades de comunicación y expresión, generando en la persona un mayor compromiso social, tales como el compartir y relacionarse con el otro, compartir de forma grupal, interactuar en un contexto social, respetar turnos, etc. Principalmente ésta área se trabaja en un ámbito grupal, en sesiones musicoterapéuticas grupales.

- **Capacidades y Recursos Individuales:** El objetivo en este punto, es poder desarrollar e incrementar la individualidad de la persona, desarrollando sus potenciales, tales como, el poder elegir y actuar sobre algo, poder tomar iniciativas, obtener confianza en sí mismo, etc., generando un progresivo crecimiento de la autoestima del individuo al sentirse útil e independiente.

Estas áreas específicas a trabajar, sirvieron para poder guiar y generar la creación de los objetivos que se trabajaron en el proceso musicoterapéutico.

2. La Sincronización en Musicoterapia

Desde 1990 la musicoterapeuta Karin Schumacher y la psicóloga Claudine Calvet, trabajan en conjunto investigando e intercambiando sus conocimientos, con el fin de poder explicar y definir el fenómeno de la sincronización en la terapia. Este fenómeno tiene como sustento teórico la psicología del desarrollo de Stern, en la primera infancia y apego, el cual se refiere a que desde pequeños existe cierta sincronización con el cuidador principal, y se ha comprobado que un bebé, ya en el útero, puede adaptar su movimiento a la voz de la madre, generando sincronía con ésta (Schumacher y Calvet, 2007). También así, se menciona que cuando el apego entre cuidador e infante es “seguro”, la sincronización entre ambos se hace notable y evidente, ya sea con movimientos corporales entre ambos o movimientos corporales del infante

sincronizados con la voz de la madre, la respiración, balbuceos, etc. No obstante, cuando el apego entre ambos de vuelve “inseguro” la sincronización se ve alterada, resultando una evidente diacronía entre cuidador e infante (Stern, 2005).

La sincronización se ve afectada y alterada en los niños con espectro autista, debido a su trastorno, ya que la relación e interacción con sus padres o cuidador principal tiene un desarrollo alterado y disminuido, por lo que el trabajo musicoterapéutico cumplirá el rol de volver a estimular y trabajar ésta área que se ve afectada desde pequeños en los individuos (Schumacher y Calvet, 2007).

La sincronización se explica desde la musicoterapia como un momento relevante, que puede ser claramente detectado en las sesiones de terapia, correspondiendo a una sincronía-coordinación entre musicoterapeuta y paciente (inter) o entre el paciente y su cuerpo (intra) a nivel sonoro-corporal-musical, en donde se genera un cambio emocional significativo, cuando se intentan alcanzar y desarrollar los objetivos terapéuticos que han sido planteados. El objetivo es el poder ayudar a mejorar en el individuo, su forma de relacionarse social e interpersonalmente, centrándose en los aspectos emocionales y cognitivos de la etapa de desarrollo correspondiente del individuo. Uno de los objetivos específicos en los cuales se centra la terapia, es el poder situar al infante en la etapa de desarrollo correspondiente a su edad, en la cual éste se debería encontrar, ayudándolo a deshacer la angustia y la

perturbación que le genera esto, esperando que el individuo logre desarrollar la comunicación, su expresividad emocional, así como también el sentido de sí mismo, favoreciendo el que pueda percibir y entender que él tiene voluntad propia, que las cosas surgen de él mismo y que existe un “yo” interno (Schumacher y Calvet, 2007).

Otro factor importante, que está vinculado con la sincronización, es el fenómeno de la sintonía afectiva, que de igual manera se ve afectada y alterada en niños con espectro autista. Éste se define como la capacidad de leer y adaptar a uno mismo el estado emocional del otro (Schumacher y Calvet, 2007), el cual para un terapeuta es un factor primordial al momento de generar vínculo con el usuario en la terapia y para que éste logre una adecuada relación interpersonal, con el objetivo de sintonizar afectivamente con el individuo, reflejándolo musical y corporalmente, proporcionando una expresión recíproca de las experiencias internas, factor primordial para generar una sincronización musicoterapéutica con el usuario.

Existen dos diferentes tipos de sincronización:

- 1) Intra-sincronización:** Se refiere a una propia coordinación corporal, sincronía y auto coherencia en todas las expresiones faciales y corporales del individuo.

2) Inter-sincronización: Se refiere a la sincronía con el otro, entre dos o más individuos, el cual se centra en la experiencia de la relación en sí.

El fenómeno de la sincronización, también se difiere en diferentes formas:

- **Nivel de expresión:** Se distinguen diferentes modos de la forma de expresarse, ya sea instrumental, corporal y/o vocal, las cuales pueden coincidir entre sí cuando se trata de una inter-sincronización.

- **Lugar y forma:** Cuando la sincronización es correspondida y exacta entre usuario y terapeuta, ya sea de movimiento corporal a movimiento corporal, de instrumental a instrumental, etc., se habla de una forma “Modal”. Y al contrario, cuando se sincroniza de forma cruzada, ya sea corporal a instrumental, instrumental a vocal, etc., se habla de una forma “inter-modal”.

- **Duración:** Se distinguen entre “obvias”, cuando se induce a que ésta ocurra, siendo predecible, fácil de observar y encadena un cambio emocional. En cambio las “discretas”, ocurre de forma espontánea e involuntariamente, apenas es captable por el individuo y suele ocurrir en cortos periodos.

- **Intención:** Se distinguen en la intencionalidad de la sincronización, la cual puede nacer, de forma unilateral o mutua, debido a una necesidad interior del infante o propiamente tal, él terapeuta da la pauta para que esto ocurra.
- **La música como un medio:** La sincronización puede ocurrir de forma espontánea, cuando la música es improvisada, o también cuando se utiliza música “envasada” o en actividades como bailes, cantos, juegos, etc.

2.1 AQR-Instrument, Evaluación de la Calidad de las Relaciones

Schumacher y Calvet crearon el AQR-Instrument (Assessment of the quality of relationships), el cual tiene como objetivo el poder observar y evaluar la calidad de las relaciones, principalmente en infantes con trastornos del desarrollo, centrándose en el área de la expresión y construcción de relaciones. Esta herramienta está constituida por cuatro escalas, que se basan en la expresión y construcción de relaciones interpersonales.

La primera escala, se centra en el manejo de los instrumentos musicales y en el cómo el individuo se puede expresar a través de ellos. La segunda

escala, se basa en la expresión vocal y pre-verbal del niño. La tercera escala, se refiere a la expresión psíquico-emocional del infante y la cuarta, está constituida por cómo el individuo se relaciona con el terapeuta y sus intervenciones. También así, cada escala está compuesta por ocho sub-escalas, llamadas “Modi” o “Modus” en latín, basadas en las cualidades de una relación interpersonal, las cuales también representan las características correspondientes a cada fase del desarrollo, por lo que además, funciona para determinar en qué etapa de éste se encuentra el infante.

Sub-Escalas del AQR-Instrument

Modus 0: (aparente) ausencia de contacto, contacto resistente
Modus 1: Contacto-Respuesta
Modus 2: Contacto sensorial funcional
Modus 3: Contacto consigo mismo, sentido de sí mismo, autopercepción
Modus 4: Contacto con el otro (Inter-Subjetividad)
Modus 5: Relación con el otro (Inter-Actividad)
Modus 6: Encuentro (Inter-Afectividad)
Modus 7: Verbalización/Reflejo

3. Personalidad Expresiva y Núcleos de Salud

El musicoterapeuta, Gustavo Gauna, en su libro “Entre los Sonidos y el Silencio” nos da entender la importancia de poder identificar los núcleos sanos del usuario, para poder lograr y generar de alguna u otra manera, que florezca

su expresividad o personalidad expresiva, la cual se refiere a una estructura que se reorganiza y reestructura con base en lo emocional y representacional (Gauna, 1996). Estas instancias se irán vinculando y relacionando entre sí, los cuales tendrán una relevancia para la terapia y el proceso, al ir progresivamente desarrollando la expresividad del usuario.

La importancia de la personalidad expresiva, para el autor, es que permite la expresión y comunicación de un individuo, siendo una característica particular, personal y definida, que cada humano posee en abundancia y utiliza consciente o inconscientemente, la cual, el musicoterapeuta, con un proceso adecuado, buscará que ésta aflore y se expanda, logrando progresivamente el desarrollo de la expresividad del individuo (Gauna, 1996).

Un individuo con TEA presenta dificultades para lograr expresarse, debido a su trastorno, y sus núcleos enfermos dificultan e imposibilitan el desarrollo y enriquecimiento de su personalidad expresiva, por lo cual musicoterapia apunta hacia trabajar y desarrollar éste objetivo. Gauna define este concepto de personalidad expresiva, como un puente desde la emoción hacia la representación, surgiendo desde éste pasaje el material mensaje. La importancia de éste último término, en el proceso musicoterapéutico, es que permite al usuario, a través de un puente y vínculo entre paciente-terapeuta y

terapeuta-paciente, el poder expresar los contenidos psíquicos y las acciones de él mismo, proceso con el cual podrá ir descubriendo progresivamente sus núcleos de salud (Gauna, 1996).

Es así como también el autor considera relevante el poder identificar estos núcleos específicos de un individuo, ya que dice que el proceso le otorga y genera un sentido a lo propio de éste, e indistintamente a la patología del usuario, siempre existirá un núcleo de salud sano en él, el cual se buscará profundizar y ampliar progresivamente.

El rol que cumple el musicoterapeuta es fundamental, ya que éste no tiene que negar ni rechazar las formas presentes de expresividad del usuario, sino más bien tiene que acercarse a otras posibilidades expresivas e interpretativas de éste, trabajando y aceptando las que ya existen. El autor pone énfasis a esta actitud propiamente tal del terapeuta, la cual llama “un espíritu infantil”, destacando que un musicoterapeuta debe expresar al usuario una completa confianza en sus núcleos sanos, en sus capacidades expresivas y enriquecer éstas, lo cual permitirá que el individuo se pueda ver a sí mismo en su propia producción, tal como lo vivencia con los demás. De esta forma y a través de un marco de emociones y representaciones, dentro del trabajo musicoterapéutico, se irá generando progresivamente la personalidad expresiva de la persona (Gauna, 1996).

Desarrollar la expresividad del usuario es relevante y significativa, ya que Gauna define que este proceso tiene la capacidad de poder reorganizar procesos y modificar vivencias muy profundas de la personalidad humana, lo cual se podrá vivenciar a través del proceso que hará el usuario con los objetos sonoros y corporales, expresando su material inconsciente, en donde el terapeuta podrá y deberá proveer diferentes herramientas para generar movilidad en el individuo, incrementando su expresividad y sus núcleos de salud sanos.

4. Objeto Intermediario e Integrador

Como se ha mencionado anteriormente, los usuarios diagnosticados con TEA, presentan un déficit en la forma de interactuar socialmente, por lo que el primer encuentro con el musicoterapeuta puede resultar de cierta forma algo diferente, no cumpliendo las expectativas de tal y principalmente es posible que no se logre el contacto entre usuario y terapeuta. Es por esto que el musicoterapeuta, Rolando Benenzon, en su libro “Musicoterapia, De la Teoría a la Práctica” (Benenzon, 2011), determina cierta forma de acercarse al usuario, a través de un Objeto Intermediario, el cual cumple la función de ser un canal de comunicación corporo-sonoro-musical, entre usuario y terapeuta. Éste instrumento se encontrará al medio de ambos, logrando progresivamente que se desarrolle el vínculo terapéutico entre ellos, evitando que el paciente genere

estados de angustia y de alerta excesiva, descompensándolo. Este objeto intermediario o instrumento musical que se utilizará para esta función, debe estar completamente relacionado con la identidad sonora del usuario, por lo cual será primordial que el musicoterapeuta tenga la habilidad y sea capaz de identificar ésta identidad, de observar los cambios y alteraciones del individuo al presentarle el instrumento y principalmente, que éste genere cierto agrado y seguridad en el usuario, de esta forma el vínculo y la aceptación hacia el terapeuta se irán desarrollando positiva y progresivamente.

Luego de que se observe que el usuario acepta al terapeuta y no genera estados de alarma ni angustia, se pasará a trabajar con el Objeto Integrador. “El hecho de favorecer la fluidificación simultánea de más de dos canales de comunicación, convierte a un objeto intermediario en un objeto integrador” (Benenzon, 2011, p.74).

Se entiende como objeto integrador aquel instrumento que por vía de lo corpóreo-sonoro-musical, permite a dos o más individuos vincularse y relacionarse entre sí, permitiendo la comunicación terapéutica entre ambos en la terapia. En sesiones musicoterapéuticas grupales, el objeto integrador se destacará por encima de los demás, convirtiéndose en el instrumento que lidera al grupo, sirviendo como guía para los otros e integrando a los usuarios

en la vinculación terapéutica. Benenzon, describe que en primer lugar, éste instrumento está principalmente ligado al ISO grupal del individuo, el cual se refiere a la identidad sonora, a la identidad propia y étnica y a la identidad afectiva grupal, y en segundo lugar al ISO cultural, el cual está constituido por las energías corpóreo-sonoro-musicales que acompañan al individuo desde su nacimiento hasta la vida adulta.

Junto con conocer a mayor profundidad el trastorno de “F” y cómo éste afecta su diario vivir, impidiendo relacionarse de forma adecuada con los demás, impidiendo expresarse, comunicarse, entre otros, nos da una mayor idea de cómo abordar el proceso musicoterapéutico y los objetivos a trabajar con el usuario. Así como también, bajo la mirada de los diferentes autores de la disciplina, experimentados en el trabajo con niños con TEA, los cuales nos brindan herramientas necesarias para poder guiar mayormente el proceso, de tal modo que resulte consecuente con lo que se haga, teniendo un objetivo claro de lo que se hará con el usuario y el trabajo que se abordará dentro del proceso musicoterapéutico, el cual será expuesto en el próximo capítulo.

IV. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

A continuación, se expondrá la realización del proceso musicoterapéutico y los pasos que se fueron conllevando en cada etapa para su realización. En primer lugar, se describirá la anamnesis del usuario, para conocer su historia clínica y personal y la ficha musicoterapéutica, los cuales otorgaron herramientas específicas para conocer cómo “F” funciona en su diario vivir y así poder desarrollar y generar los objetivos a trabajar. También así, se describirán los pasos que llevaron a cabo el proceso musicoterapéutico en sí, el cual se dividió en tres etapas; El “inicio”, en donde se realizó la aproximación diagnóstica, el cual brindó herramientas para luego elaborar los objetivos terapéuticos que se fueron trabajando en la etapa de “desarrollo” y así concluir en el cierre y “final” del proceso. Finalmente se exponen los resultados del proceso musicoterapéutico, de acuerdo a los criterios de evaluación, entre otros.

A. Historia Clínica

1. Anamnesis Próxima

- **Fuente de información**
 - M. A. (madre)
 - Ficha clínica Centro Manantial

- Funcionarios Centro Manantial

▪ **Motivo de Consulta o Molestia Principal**

No presenta lenguaje verbal.

La madre del usuario, acude al Centro Manantial buscando ayuda y opciones de tratamiento, para que “F” logre comunicarse y desarrollar el lenguaje verbal, el cual se ve alterado debido al TEA que presenta.

▪ **Enfermedad Actual y Antecedentes de Salud**

Trastorno del Espectro Autista.

▪ **Tratamientos farmacológicos**

Dagotil, Risperidona (en tabletas).

▪ **Tratamientos no Farmacológicos**

Flores de Bach.

2. Anamnesis Remota

2.1 Historia Personal

Primera Infancia:

“F” es el segundo hijo de sus padres y el menor. Nació dentro del matrimonio constituido, siendo un embarazo deseado y esperado.

El embarazo de la madre corresponde a 38 semanas de gestación, teniendo una cesárea hospitalaria, sin mayores dificultades.

Al momento de nacer, “F” presentó una Hipertonía muscular y Espasmo del Sollozo. También así, se presentaron problemas en la lactancia.

Desarrollo Psicomotor:

- Audición: Normal
- Visión: Normal
- Primeras palabras: Sí. Repetición de palabras cortas: Ma-má. Luego del año y medio, aproximadamente, dejó de pronunciar palabras.
- Primeras frases: No
- Control de esfínter: No
- Vesical diurno: No
- Anal diurno: No

“F” presenta, desde temprana edad, signos de ciertos trastornos neuropsiquiátricos, tales como: Girar en círculos de pie y recostado en el suelo, golpetear sus manos y en ocasiones su cabeza, estereotipias, discinesia, ansiedad, succión de manos, dedos y objetos, arrojar juguetes y objetos involuntariamente, entre otros.

La madre de “F”, al no observar que el lenguaje verbal se desarrollaba en él, fue en búsqueda de la opinión de un neurólogo, quién recomienda matricularlo en un jardín infantil, sin detectar mayores trastornos que el de comunicación y lenguaje. En ésta institución, el usuario presenció un leve accidente, el cual ocasionó un gran corte en su brazo, pero éste no presentó mayores dolencias ni incomodidades, tampoco se presenció llanto ni quejas por la gran herida. Fue aquel acontecimiento el cual llevó a las funcionarias del jardín infantil recomendar a la madre visitar nuevamente al neurólogo, el cual derivó al usuario al fonoaudiólogo, quien finalmente diagnostica, después de diversas pruebas, con Trastorno del Espectro Autista a “F”, a la edad de dos años, diez meses.

El usuario presenta una personalidad bastante inquieta, siendo en ocasiones hiperactivo y curioso. Los sonidos fuertes lo asustan, como así también las grandes multitudes de personas. “F” dentro de su diario vivir, se muestra cariñoso y cercano con sus padres, hermanos y funcionarias del Centro Manantial y aparentemente no presenta dificultades con el contacto físico, con las personas cercanas. Su madre menciona que él nunca tuvo problemas aparentes en la forma de relacionarse con los demás, siempre se mostró sociable y cariñoso con el resto de las personas, lo que también la dificultó para tener un diagnóstico temprano, ya que no notaba mayores alteraciones en “F”.

2.2 Historia Familiar

La familia, con la cual convive diariamente “F”, está constituida por cuatro integrantes: La madre (M. A., 41 años, Abogada), el padre (R. D., 54 años, Ingeniero en Informática), hermano (V. D., 11 años, estudiante). También así, existe un vínculo cercano con el medio hermano, quien no vive en el hogar (28 años), el cual es hijo del padre, y con su abuela materna.

Actualmente la abuela materna se encuentra en tratamiento por Alzheimer. Así también, el hermano mayor, V. D., fue diagnosticado con Trastorno por Déficit Atencional, por lo que se encuentra en tratamiento farmacológico (Ritalín).

La situación socioeconómica familiar es estable. El padre es quien sustenta económicamente el hogar.

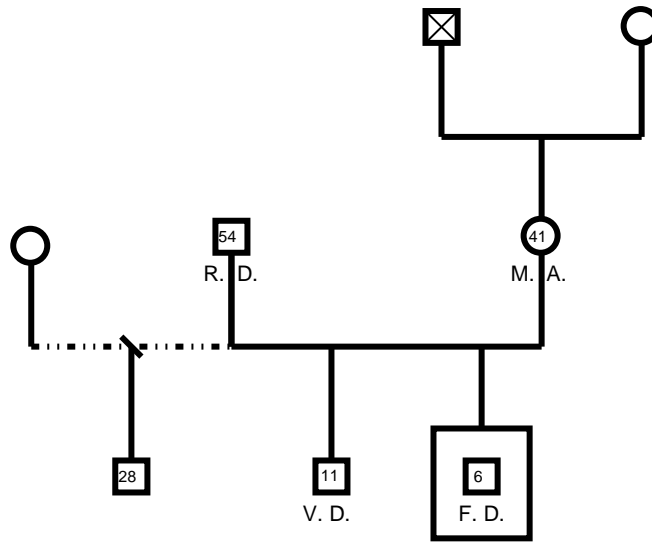
2.3 Entrevista Familiar

La familia refiere buena relación familiar y de pareja.

- Metas de conducta de “F” en el hogar: No subirse a los muebles, que logre ordenar y mayor independencia. Le llaman la atención cuando tiene conductas disruptivas.
- Expectativas de los padres a futuro con “F”: Autonomía dentro de su condición.

- Redes familiares de apoyo: Abuela materna y entre ellos mismos (núcleo familiar).

2.4 Genograma Familiar



B. Ficha Musicoterapéutica

1. Nombre del informante: R. D.

Relación: Padre

2. Historia sonora y musical del usuario

Sonidos que acompañaron el embarazo: La madre de “F”, trabajó gran parte del embarazo en la Contraloría, por lo que los sonidos que mayormente escuchaba eran de aquel ambiente de oficina. También así, en ocasiones escuchaba música del conjunto Mazapán y del género POP.

Sonidos que acompañaron el parto: Sonidos del equipo médico que asistió la cesárea.

Sonidos, voces o canciones que escuchó en sus primeros meses de vida: Canciones de música infantil, Mazapán. El padre le tocaba guitarra. Le encantaba escuchar música con ritmo, ya sea tropical o rock.

Canciones de cuna que le cantaban: No le cantaban seguido, sólo ponían música de cuna que traían los juguetes musicales para bebé.

Actualmente

Programas de televisión favoritos: Le gusta ver “DOKI”. También le encanta ver el video del “Pollito Pío” y videos de las canciones de “Cantando Aprendo a Hablar”.

Canciones o música que prefiere: Le gusta escuchar a su hermano, V. D., tocar guitarra y cuando toca su padre, en cortos episodios, ya que su

concentración no es muy extensa. Prefiere la música rítmica y bailar cuando la escucha.

Reacción: Si es música clásica, se queda tranquilo escuchando. Si es música rítmica, baila a su compás.

Canciones o música que rechaza: No le gusta el Rock pesado, como tampoco los sonidos estrepitosos.

Reacción: Arranca hacia lugares sin ruido, habitualmente a alguno de sus rincones favoritos.

3. Historia sonora y musical Familiar:

¿Qué música se escucha en casa?: Una amplia gama; desde música clásica, un poco de ópera, conciertos de guitarra y violín. También música POP, Silvio Rodríguez, Serrat, Mocedades, Shakira, etc. El hermano mayor toca piano y cuando "F" lo escucha se duerme.

¿Qué música no se escucha en casa?: Rock pesado.

¿Hay instrumentos musicales en casa?: Sí.

¿Cuál(es)?: Guitarras, armónicas y un Bongó.

¿Alguien en su familia toca algún instrumento musical? Sí.

¿Cuál(es) y quién(es)?: Guitarra y armónica. Padre y hermano mayor (V.D.)

¿Cuál es el principal acercamiento familiar a la música?

Escucha X **Baile** **Interpretación** X **Canto** X **Composición**

Improvisación

Otros antecedentes: ...*“Somos una familia melómana”...*

Su hermano mayor, (28 años), quien no vive con la familia, es ingeniero en sonido y compone temas musicales.

Su hermano, (V. D.), toca guitarra y le encanta Beethoven. La música de relajación, que su madre coloca desde su teléfono, ayuda a “F” a conciliar el sueño.

A “F” le gusta tocar las cuerdas de la guitarra cuando ésta está en el atril.

Expectativas de la intervención MT: Lograr que “F” tenga una mayor armonía y logre apaciguar sus impulsos de hiperactividad.

...“En una intervención tan breve, no esperamos que logre tocar algún instrumento musical, no obstante, sería un sueño que logre alguna vez tocar uno de estos”...

C. Metodología de Trabajo

1. Metodología

Se establece trabajar con “F” un mínimo de 16 sesiones musicoterapéuticas, con una duración de 40 minutos aprox., una vez por semana. Los modelos y/o técnicas a utilizados en el proceso, fueron variando de acuerdo a cómo el usuario fue desarrollando los objetivos planteados. También así, se estimó conveniente utilizar técnicas de Sincronización y empáticas, en un principio, para formar y desarrollar un vínculo adecuado entre usuario y terapeuta, como también así la utilización de técnicas de improvisación, en dónde el usuario pudiera expresarse libremente a través de la música e instrumentos. La utilización de técnicas de recreación, con el uso de canciones conocidas, también fue efectivo para trabajar diferentes aspectos que apuntaban al desarrollo de los objetivos, tomando en cuenta el cómo el usuario reacciona a éstas.

La metodología que se estableció para el trabajo musicoterapéutico, consistió en separar el proceso en tres etapas diferentes. La primera etapa corresponde al inicio, dividido a tres sesiones musicoterapéuticas, en donde se pudo establecer la aproximación diagnóstica y las primeras etapas del vínculo usuario-terapeuta. La segunda etapa, consistió en el desarrollo del proceso, con 11 sesiones musicoterapéuticas, en donde se establecieron los objetivos a

trabajar con “F”, en base a lograr la expresión y comunicación de éste. Finalmente se trabajó en el cierre, como tercera fase del proceso, dividido en dos sesiones musicoterapéuticas, en dónde mayormente se pudo observar el avance y el cumplimiento de los objetivos planteados, como así también se trabajó paulatinamente en base a la separación y cierre del vínculo usuario-terapeuta.

También así, la metodología que se utilizó para elaborar las sesiones musicoterapéuticas, consistió en dividir éstas en tres etapas específicas, dentro de los 40 min. aprox. que duraba cada una. La primera etapa, consistía en el “Inicio”, en donde en primer lugar, se recibía a “F” en la sala y se le otorgaba un ambiente musical a través de la Kalimba, como “caldeamiento corporal”. Se decidió utilizar éste instrumento musical, ya que el usuario demostraba una cierta curiosidad por éste, por lo que sirvió como motivador para que “F” quisiera entrar a la sala en las primeras sesiones. También así, la sonoridad de la Kalimba proporciona una cierta atmosfera de tranquilidad, por lo que su utilización fue ideal para que “F” se internalizara en la sesión y calmara, de alguna manera, el estado de ansiedad que pudiera generar el cambio de actividad. Luego de esto, se procedía al saludo, en donde acompañado de la guitarra, se daba la bienvenida a “F” cantando y pidiendo saludar con la mano, “dame los cinco”. Éste último, se fue trabajando progresivamente hasta lograr

que el usuario pudiera saludar, dando la mano. (Ver canción de saludo en Anexo IX)

La segunda etapa de la sesión, consistía en el “desarrollo”, en dónde se procedía a trabajar con diversas actividades, que se iban planeando de acuerdo a cómo el usuario iba logrando y cumpliendo los objetivos del proceso. Las actividades realizadas, principalmente se constituían de cuatro momentos. La primera, era de escucha e improvisación musical, a través de la guitarra. La segunda y tercera, consistía en actividades lúdicas con objetos o instrumentos musicales. Finalmente la cuarta etapa, consistía en realizar actividades que estuvieran constituidas por formas de relajación, siempre acompañadas de música receptiva, las cuales lograban que el usuario disminuyera su nivel de ansiedad y de hiperactividad.

La tercera etapa y final, consistía en el cierre, en donde acompañado de la guitarra, el musicoterapeuta cantaba la canción de despedida para finalizar la sesión y nuevamente se le pedía despedir con la mano a “F”, “dame los cinco”. En las últimas sesiones, la canción de despedida se alargó más, ya que el usuario parecía ciertamente tranquilizarse con la armonía de la música, recostándose sobre la colchoneta en el piso y escuchando aparentemente

atento lo que se interpretaba en la guitarra. (Ver canción de despedida en Anexo X)

2. Setting Instrumental

El centro Manantial, puso a disposición algunos instrumentos musicales para utilizar, sin embargo, se decidió, en conjunto a otros musicoterapeutas que realizaban su práctica profesional en el mismo establecimiento, reunir instrumentos propios y organizar un setting instrumental variado a disposición del grupo de musicoterapeutas. (Ver anexo VII)

▪ Instrumentos Musicales:

Guitarra, teclado, huevitos, pandereta, cascabel, claves, tambor, bombo, armónica, güiro, tamboril, chékere, semillas, metalófono, kalimba, sonajero de llaves, maracas, triángulo, palo de agua, bongó, pezuñas, toc-toc, flauta, silbatos, djembé.

▪ Otros:

Tablet, radio, parlantes, pañuelos de tela, burbujas, géneros de todo tipo, papel celofán, cuerdas, calefactor, cojines para sentarse, cámara filmadora, toallitas desinfectantes, pañuelos, pelotas de plástico, pelota terapéutica, sala adecuadamente implementada.

D. Criterios de Evaluación

Para poder evaluar el proceso musicoterapéutico y analizar el cumplimiento o no de los objetivos planteados, se utilizaron cuestionarios y entrevistas con los padres del usuario, con el objetivo de evaluar los cambios y avances en la forma de expresarse y relacionarse de “F”. También así, reuniones con los profesionales del Centro, con el fin de recibir una retroalimentación de su parte. De igual manera se crearon protocolos de evaluación, con el fin de poder comparar el antes y después del proceso musicoterapéutico.

En primer lugar, se creó un cuestionario para los padres de “F”, con el fin de poder evaluar y conocer su percepción sobre el desarrollo del proceso musicoterapéutico y cómo éste influyó en su hijo. Éste cuestionario consta de diez preguntas, las cuales indagan principalmente sobre el cómo los padres observan los cambios en la comunicación y expresión de “F” y cómo ellos observaron la vivencia de éste en el proceso. Cabe mencionar, que en paralelo al proceso individual, “F” vivenció un proceso musicoterapéutico grupal, con su madre, por lo que dicho cuestionario también se utilizará para evaluar éste, en dónde además, se indaga sobre el vínculo entre ambos y en cómo la madre vivenció su propia participación. (Ver cuestionario en Anexo V)

De igual manera, se generaron reuniones con los padres de “F” para poder discutir y mostrar los cambios y avances de “F”, lo que también sirvió para generar una retroalimentación de cómo ambos padres vivenciaron el proceso y los cambios que observaron en su hijo. Así también, se generó una reunión con el equipo de profesionales del Centro Manantial, para poder exponer y presentar el proceso musicoterapéutico realizado, obteniendo de su parte una reseña y retroalimentación de los cambios y avances que ellos pudieron observar de “F”, lo que sirvió como una comparativa para poder finalmente evaluar el proceso musicoterapéutico.

Además, se creó un protocolo de evaluación para generar una comparativa del antes y después, de la participación de “F” en el proceso, con el fin de poder evaluar los cambios o no del usuario, con respecto a los objetivos planteados. Este protocolo consta de 15 dimensiones diferentes, las cuales abarcan dentro de las áreas de vínculo usuario-terapeuta, vínculo instrumental, comunicación, expresión, atención y concentración, las cuales se evaluarán en dos protocolos idénticos, en donde uno corresponderá a la primera etapa de diagnóstico de “F” y el otro corresponderá al proceso de desarrollo y final. Así también, éste protocolo servirá para poder dimensionar el cumplimiento o no de los objetivos planteados para el proceso. (Revisar protocolo en el Anexo VI)

También así, cabe mencionar, que cada sesión musicoterapéutica fue grabada en video y audio, guardando un registro audiovisual de éstas. Así como también, se creó un protocolo de evaluación de sesión, el cual determina la participación de “F” y cómo vivenció las actividades que se le presentaron. Éste protocolo se completaba posteriormente a la realización de la sesión. Ambos métodos sirvieron para poder evaluar el proceso, así como la participación y vivencia de “F” y el cumplimiento o no de los objetivos. (Revisar protocolo en Anexo III)

E. Objetivos

Luego de realizar las primeras tres sesión de aproximación diagnostica, se establecieron los objetivos con las necesidades más evidentes a trabajar con “F” en el proceso musicoterapéutico. Estos son:

General:

Desarrollar y promover habilidades cognitivas, comunicativo-lingüísticas y expresivas, a través de un proceso musicoterapéutico adecuado.

Específicos:

- Desarrollar y fomentar el vínculo usuario-terapeuta
- Fomentar la atención y concentración del usuario
- Desarrollar y promover la intencionalidad comunicativa del usuario
- Desarrollar y promover la expresividad del usuario

F. Etapas del Proceso Musicoterapéutico

1. Inicio

Dentro de ésta primera etapa del proceso, se contemplaron tres sesiones musicoterapéuticas y una pre-sesión de visita, para conocer y contemplar cuáles eran las principales necesidades para trabajar con el usuario. El objetivo de ésta etapa, fue el poder de alguna forma descubrir y reconocer cómo el usuario lograba desenvolverse dentro de las sesiones, ir conociendo su personalidad expresiva, cómo se vinculaba con los instrumentos musicales, cómo era el vínculo con el musicoterapeuta, cómo reaccionaba a las diferentes actividades propuestas, cómo se desenvolvía en el espacio, cuál eran sus puntos fuertes y débiles, sus límites corporales y espaciales, entre otros.

El primer encuentro con “F” ocurrió en la denominada pre-sesión, en donde se organizó una visita al centro, previa al inicio del proceso, la cual se constituyó en una pequeña reunión de 15 minutos aproximadamente. Aquí, se le presentaron al usuario diversos instrumentos musicales, los cuales pudo manipular, observar, percutir, tocar, etc., de manera que se pudiera observar y estudiar cuál sería la reacción de “F”, cómo se desenvuelve en un ambiente musical e instrumental y su tolerancia ante nuevas experiencias, lo que como anteriormente se explicó, es un factor que altera y genera estados de ansiedad en los individuos con TEA. También así, se pudo llegar a un primer encuentro

entre usuario y terapeuta, en donde se pudo generar un pequeño vínculo al manipular e interactuar, con el usuario, los instrumentos que más le llamaron la atención, bongó y guitarra.

1.1 Aproximación Diagnóstica

La etapa de diagnóstico, tuvo una duración de tres sesiones, una vez por semana, de 35 a 40 minutos, aprox., en donde se pudo observar y recolectar suficiente información para reconocer diferentes áreas de necesidad en las cuales se podría trabajar con “F”. También así, apoyando el diagnóstico, en conjunto con las fichas médicas y familiares del usuario y objetivos de otros especialistas, esto incluye: TEO, Fonoaudiólogo, Kinesiólogo y Musicoterapeuta.

Durante el proceso de diagnóstico, se pudo establecer diferentes necesidades a trabajar con el usuario, en donde se determinó realizar un trabajo musicoterapéutico desarrollando y estimulando áreas específicas de necesidad y desarrollo potencial. Se determinó que “F” presenta, en el área cognitiva, una escasa y disminuida atención y concentración, así como también en el área de comunicativo-lingüística, donde se requiere estimular y desarrollar su intencionalidad comunicativa, que de igual forma es escasa, y en

lo emocional, desarrollar, estimular y potencializar la expresión emocional de éste.

También así, se pudo comenzar a observar su personalidad expresiva, observando que el usuario presenta una cierta tolerancia y aceptación hacia los instrumentos musicales, los cuales no le generaron un aparente rechazo de ningún tipo. La guitarra fue el instrumento que más le llamó la atención y que más manipuló.

De igual manera, “F” no tuvo rechazo al contacto físico, cuando éste surgía de él de forma espontánea, acercándose y tocando de forma curiosa al musicoterapeuta en ciertas ocasiones, pero sí estableciendo sus propios límites, rechazando el contacto cuando el musicoterapeuta se acerca a él.

2. Desarrollo

El proceso de desarrollo tuvo una duración de 11 sesiones musicoterapéuticas, una vez que se lograron identificar las principales necesidades de “F” y se lograron establecer los objetivos a trabajar, los cuales apuntaron principalmente a identificar y promover los núcleos sanos de éste para así ir progresivamente desarrollando la expresividad del usuario. Cabe mencionar, que “F” obtuvo una asistencia del 100%, siendo constante el proceso en sí.

“F”, desde un principio se muestra interesado por algunos instrumentos musicales, principalmente por la guitarra, mostrándose curioso, observándola y queriendo tocarla. Éste último, fue un gran pilar para lograr trabajar en las sesiones y desarrollar el vínculo con el usuario, ya que para “F” éste instrumento le era familiar y conocido, debido a que su padre suele interpretar música en éste. De tal forma, la guitarra se convirtió en el instrumento principal del proceso y en el instrumento intermediario e integrador (Benenzon, 2011) que logró facilitar el desarrollo del vínculo usuario-terapeuta, entre otros.

Luego de realizar las primeras sesiones de diagnóstico con “F”, se pudo determinar la dificultad que había para lograr acercarse a él en ciertas ocasiones y generar un vínculo, lograr que manipulara algún instrumento y atraer su atención, mostrándose reticente en ciertas ocasiones y poco participativo. Es por ello, que se decidió, en primer lugar, utilizar la guitarra como un instrumento intermediario, de tal modo que éste fuera un canal de comunicación entre usuario y terapeuta (Benenzon, 2011), ya que se pudo determinar que la guitarra le generaba cierta seguridad a “F” y su utilización no le generaría mayores estados de alerta y ansiedad, por lo que se utilizó como un intermediario entre ambos.

Se fue logrando paulatinamente que “F” se interesara por las actividades que se le proponían y concentrando cada vez más su atención en el

musicoterapeuta, debido a la interacción que se generaba entre ambos al manipular la guitarra, en una atención conjunta, generando progresivamente el crecimiento y desarrollo del vínculo entre ambos. Cuando el musicoterapeuta manipulaba e interpretaba música en la guitarra, "F" se acercaba curioso al instrumento, tocándolo, percutiendo las cuerdas, mirándose en el reflejo de la madera, escuchando la música y en ciertas ocasiones se acercaba corporalmente al musicoterapeuta, tocando los dedos y el rostro de éste y otorgando ciertas formas de abrazos.

Al mismo tiempo que la guitarra permitía el primer acercamiento y creación del vínculo con el usuario, como objeto intermediario, se fue convirtiendo paulatinamente en el objeto integrador, a partir de la cuarta sesión. Éste último permite a dos o más individuos vincularse entre sí, facilitando la comunicación terapéutica entre ambos. Debido al uso de éste instrumento integrador, "F" fue demostrando una mayor aceptación hacia el musicoterapeuta y mostrando progresivamente nuevas formas de vincularse, expresarse y comunicarse a través la guitarra, como con los cantos, uso libre de la voz, percusiones en el instrumento, entre otros, con el objetivo de lograr que "F" pudiera expresarse de alguna u otra manera a través de éste, con la base del vínculo que se iba formando y desarrollando. En ciertas ocasiones, "F" al escuchar la guitarra, se movía al compás de la música, realizaba vocalizaciones con la voz y en otras

oportunidades se sentaba cerca del musicoterapeuta, tocándolo o sentándose en su regazo, mostrándole también en algunas oportunidades una sonrisa.

De esta manera y a partir de la cuarta sesión, se decidió establecer la guitarra como instrumento permanente y principal en las sesiones, de tal forma que cada sesión comenzara con la manipulación y exploración de éste instrumento, para luego paulatinamente ir variando en diferentes actividades.

También así, dentro del proceso de desarrollo, se estableció trabajar la sincronización con el usuario, en donde luego del trabajo de vinculación, se pudo llegar progresivamente al cumplimiento de los objetivos con ayuda de ésta técnica. Principalmente, se buscaba lograr una inter-sincronización (Schumacher y Calvet, 2007) con “F”, a través de reflejar los movimientos corporales, sonidos, vocalizaciones, etc. del usuario, para así poder lograr paulatinamente que éste se comunicara y expresara, en base a que ve reflejado en el musicoterapeuta sus expresiones, otorgándole también un sentido de sí mismo, lo que del mismo modo estimula su atención en base a la producción sonora que el terapeuta realiza.

Cuando “F” observaba que el musicoterapeuta sincronizaba con él, imitando sus expresiones, automáticamente prestaba una notoria atención e interés por la actividad, presentando una actitud curiosa e interesada, lo que también dio a

lugar hitos importantes y relevantes en el proceso, gracias a ésta técnica, los cuales serán explicados en el punto 2.1 de éste capítulo.

La utilización de la guitarra fue relevante para poder lograr sincronía con “F”, ya que éste instrumento se utilizó como base armónica para las actividades en dónde ésta técnica fue utilizada. De igual manera, la utilización de la voz fue a lo que mayormente se recurrió, en base a la sincronización con el usuario, la cual en ocasiones fue de forma Modal y correspondida (Schumacher y Calvet, 2007), es decir de voz a voz, y en otras de instrumento a instrumento, generalmente con el acompañamiento de música espontánea interpretada en la guitarra. Se trabajó con la voz, ya que principalmente es el medio de expresión que más se necesitaba desarrollar y estimular en “F”, y también así, se lograron ver resultados relevantes en el proceso con la utilización de ésta, lo que paulatinamente fue enriqueciendo su personalidad expresiva. Cuando se utilizaba la improvisación con la voz, acompañado de la guitarra, “F” en ciertas ocasiones respondía al musicoterapeuta de igual forma con la voz, demostrando por su parte un cierto interés por comunicarse y expresarse.

En la etapa de desarrollo, dentro de las sesiones cuatro a la siete, se trabajó principalmente en desarrollar y estimular la atención y concentración de

“F”, de acuerdo a la planeación de los objetivos. Se estimó conveniente desarrollar éstas habilidades, en primera instancia, para que el usuario pudiera adentrarse de una forma más óptima en el proceso musicoterapéutico.

En éste punto, en la etapa de desarrollo de la sesión, se realizaban tres actividades, más el saludo y la despedida, dentro de los 40 minutos. Fue así, como se comenzó a trabajar en actividades en donde la atención y concentración de “F” fuera el objetivo principal, implementando juegos musicales en que el usuario pudiera permanecer por periodos gradualmente más extensos de tiempo y en interacción con el terapeuta o los objetos. Se comenzó a trabajar con instrumentos de percusión, como la pandereta, en donde “F” pudiera percutir ésta de forma intercalada con el musicoterapeuta, de tal modo que el usuario pudiera concentrarse y poner atención en realizar dicha consigna. “F” en un principio, se mostró algo reticente al realizar ésta actividad, a veces mordiendo la pandereta, tirando las baquetas con las que se percutía, también así, en ocasiones percutía con las manos y luego se alejaba.

Entre la cuarta y séptima sesión, paulatinamente “F” fue presentando mayores tiempos de atención y concentración en la realización de actividades, utilizando principalmente la sincronización. Cuando el musicoterapeuta utilizaba ésta técnica, “F” volcaba su atención y concentración hacia la fuente sonora y a lo que se estaba realizando, lo que en ocasiones se podía observar cuando el

usuario pasaba, de estar recorriendo la sala sin un foco de atención, a sentarse al lado del musicoterapeuta y participar en la actividad, por lo que la sincronía influyó para estimular el área cognitiva, al inferir paulatinamente en el trabajo de atención y concentración de “F”.

Progresivamente, “F” fue demostrando mayores tiempos de atención y concentración, en la realización de actividades, por lo que se prosigió a implementar, en la sesión N° 8, una nueva actividad, realizándose cuatro en vez de tres.

A partir de la sesión ocho, se comenzó a trabajar principalmente el objetivo de desarrollar y estimular la expresión y comunicación de “F”. De tal manera, e identificando los núcleos sanos del usuario, se pudo observar que “F” se relacionaba de mejor forma con ciertos instrumentos musicales, como la guitarra, teclado, bongó, flauta, en donde a través de éstos se podría trabajar progresivamente la auto expresión del usuario e ir desarrollando la personalidad expresiva de éste. También así, como anteriormente se ha mencionado, el uso de la voz, fue relevante para el desarrollo de la expresión y comunicación del usuario, ya que como se ha explicado, “F” no presentaba un lenguaje verbal, por lo que el poder generar que el usuario desarrolle esta habilidad, fue relevante para el proceso musicoterapéutico.

Dentro de las sesiones, se crearon actividades en donde “F” podía usar diferentes medios de expresión, ya sea con instrumentos musicales u objetos varios como intermediarios, los cuales iban variando de acuerdo a cómo el usuario iba desarrollando los objetivos. En ciertas oportunidades, “F” se mostraba participativo, manipulando instrumentos, los cuales observaba y llevaba a su boca, así como también, en algunas oportunidades llegaba a las sesiones con un estado anímico bajo, demostrando un disminuido interés por participar o interactuar con el musicoterapeuta, lo que llevó en ocasiones a tener que modificar la planeación de la sesión, centrándose principalmente en la necesidad inmediata del usuario. Uno de los instrumentos que era útil, para interactuar con “F” cuando su estado anímico era bajo, a través de una sintonía afectiva, era la guitarra y la kalimba, demostrando por parte del usuario un cierto interés por manipular éstos instrumentos y por su sonoridad, acercándose al musicoterapeuta o mirándolo fijo, desde su lugar, manipulando éstos de forma tímida, con sus dedos o dando pequeños golpes.

Principalmente, se mantuvo en todo el proceso el iniciar el desarrollo de las sesiones con la guitarra e improvisar de forma libre con ésta, implementando siempre el uso de la voz. La guitarra ayudaba a que el usuario se acercara al musicoterapeuta e interactuara con éste, demostrando curiosidad por tocar las cuerdas del instrumento y percutir la caja de éste. De forma seguida, se agregaron actividades en donde se incluía el trabajar con

objetos e instrumentos que principalmente fueran del agrado de “F”, que llamaran su atención y que fueran de fácil manipulación, como el uso de pañuelos de distintas texturas, tocándolos, sintiendo, observando, etc., y que se pudiera observar que el usuario se encontraba de una cierta forma agradao con la actividad y con los elementos. De tal modo, se fueron rescatando aquellas actividades que mostraran resultados relevantes y que el usuario se mostrara interesado por ellas, repitiendo éstas en ciertos periodos y logrando que “F” fuera adquiriendo una cierta seguridad en las sesiones, al ser constantes, sin cambios bruscos y conocidas por él, lo que paulatinamente fue mostrando cambios positivos en la disposición y en la manera que “F” enfrentaba las actividades en el proceso.

En conjunto a ello, se comenzó a introducir actividades en donde la participación de “F” fuera de forma más receptiva, ya que se observó que al término de las sesiones su grado de hiperactividad se mantenía alto, por lo que se decidió implementar en la última actividad de la sesión, música de relajación, acompañada de juegos con objetos de forma no invasiva. A partir de la sesión numero 10 a la 16 se implementó dichas actividades, en donde paulatinamente se comenzó apreciar que “F” ciertamente parecía estar cómodo con la música de relajación, ya que escuchaba atentamente ésta, recostándose en la colchoneta o en el suelo y su disposición para trabajar con los elementos y objetos iba mejorando. Estos objetos, serían acorde a la música que se

presentaba, como telas de diferentes texturas, géneros grandes, globos, papel celofán, pelotas, cuerdas, entre otros, lo que ciertamente lograba el objetivo de relajar al usuario y terminar la sesión con menos hiperactividad de la habitual.

Se pudo observar, que el usuario, demostró mayormente interés por actividades más libres, que no tuvieran una consigna u objetivo tan determinado y que pudiera auto expresar su interés, lo que se observaba en su actitud, la cual era más participativa, mostrándose más concentrado en la actividad y logrando, a su ritmo, llevar el foco de su atención a lo que se le presentaba. Algunas de éstas actividades fueron el uso de pelotas, juegos con elementos varios, como papeles de colores, cuerdas, burbujas, pañuelos, etc., siempre acompañadas con música de relajación.

2.1 Hitos Relevantes

Unos de los hitos más relevantes que se caracterizaron en el proceso, fue el que “F” pudiera lograr comunicarse y expresarse a través de la voz, ya sea emitiendo palabras o vocalizaciones libres, hecho que ocurrió en más de una ocasión, lo que apuntó al desarrollo y enriquecimiento de su personalidad expresiva y al cumplimiento de los objetivos planteados.

La primera vez que “F” se expresó vocalmente, acompañando el ritmo de la guitarra y respondiendo a la técnica de sincronización, ocurrió en la sesión nº6, en donde ya el trabajo con la guitarra y la voz se habían empezado adecuar en

las sesiones musicoterapéuticas y “F” comenzaba a tomar una cierta atención e interés por la actividad. En éste aspecto, el usuario comenzó a responder las vocalizaciones del musicoterapeuta, las cuales se realizaban de forma sincrónica y “modal”, o sea, de voz a voz.

...“En esta sesión, “F” me respondió por primera vez con la voz, en un juego musical con la guitarra, en donde parecía que quisiera cantar y responder a lo que yo estaba cantándole, en un modo de pregunta y respuesta, lo que se repitió varias veces, correspondiendo e imitando en algunos momentos a la forma melódica de mi voz”...¹

En la sesión n° 9, “F” continuó utilizando las vocalizaciones libres con la voz, sin utilizar palabras, acompañado siempre con la armonía de la guitarra y siguiendo ciertamente el patrón melódico de la voz del musicoterapeuta. Siguiendo en la sesión, al momento de cantar la canción de despedida, el musicoterapeuta comenzó a improvisar con la palabra “adiós”, acompañado de la armonía de la guitarra. El usuario, se recostó sobre la colchoneta, escuchando atentamente la música, lo que dio lugar a que éste comenzara a repetir la palabra “adiós” de forma espontánea, y repitiendo al mismo tiempo que el musicoterapeuta cantaba la palabra, lo que sucedió en varias oportunidades.

¹ Párrafo correspondiente al protocolo de evaluación de sesión

De tal forma, éste hecho se sitúa en uno de los hitos más relevantes del proceso, porque “F” no presentaba un lenguaje verbal y según su madre, él jamás decía una palabra completa, de tal manera que el hecho logra apuntar a la realización del objetivo que se planteó para el proceso musicoterapéutico.

El tercer hito relevante, con respecto a la utilización de la voz, corresponde a la sesión n° 13, en donde la guitarra no fue el instrumento intermediario entre ambos, sino que en ésta oportunidad se utilizó el djembé. El musicoterapeuta propone un juego libre con el djembé, ya que “F” presentó más interés por el sonido que se emitía de la voz al reverso del instrumento, que el percutirlo. El musicoterapeuta comienza a emitir vocalizaciones libres con una cierta melodía, lo que a “F” le causó curiosidad, riendo a carcajadas cuando el musicoterapeuta emitía sonidos. Se puso el instrumento cerca de “F”, lo que dio lugar para que éste comenzara a emitir las mismas vocalizaciones que el terapeuta, realizando un juego de imitación de patrones rítmicos e incluso melódicos. Este hito relevante se caracterizó por el logro de sincronía entre usuario y terapeuta, en donde la imitación fue correspondida por el usuario, de una forma “modal”, de voz a voz, en donde se pudo apreciar una de las primeras veces en que “F” lograba imitar al musicoterapeuta y utilizar su voz. }

Otro hito relevante del proceso, ocurrió en la sesión n°7, cuando se logró realizar una sincronía con “F” a través del teclado, en donde el usuario, después de unos momentos que utilizó para explorar y conocer el instrumento, comenzó a escuchar y poner atención en lo que el musicoterapeuta interpretaba en éste. De ésta manera y de una forma espontánea, “F” se acercó al teclado y comenzó a contestar, de una forma sincronizada y “discreta” (Schumacher y Calvet, 2007) lo que el musicoterapeuta interpretaba en el instrumento, en forma de pregunta y respuesta. Éste momento se considera relevante, ya que anteriormente no se había logrado generar momentos de sincronía con “F” sólo con el instrumento, lo que significó que el usuario podía expresarse y responder a través de un instrumento musical, lo que el musicoterapeuta proponía.

La capacidad de poder interactuar o jugar de forma compartida con “F”, logrando que éste imite, espere turnos, forme diálogos, entre otros, y con la ayuda de la técnica de sincronía, da a entender que el usuario logra verse a sí mismo como el iniciador de sus propias acciones, lo que se logra cuando el individuo puede tener al terapeuta en su enfoque de percepción y lo ve como una contraparte de él. Ésta capacidad, de poder participar en las actividades e imitar, sólo se puede esperar a que ocurra una vez que el individuo haya alcanzado ésta etapa de desarrollo (Schumacher y Calvet, 2007).

En la sesión n° 15, se repitieron actividades que anteriormente habían sido efectivas en el proceso, de tal manera que se pudo apreciar cómo “F” había evolucionado positivamente en el proceso, mostrándose más participativo y expresivo. Ésta sesión en particular, estuvo marcada por hitos que fueron relevantes. En primer lugar, se pudo apreciar el cómo “F” había logrado adquirir tiempos más largos de atención y concentración, lo cual se pudo observar en la forma que éste se recostaba sobre la colchoneta, ponía sus manos en su mentón y escuchaba atento lo que el musicoterapeuta cantaba, manteniendo estos tiempos constantes y prolongados. De ésta forma, el estímulo sonoro creado, produjo que, tanto el musicoterapeuta como el usuario dirigieran su atención hacia la fuente sonora, estimulando el desarrollo de la atención conjunta de “F”.

También así, en la actividad receptiva, “F” logró recostarse sobre la colchoneta y escuchar la canción que se emitía, jugando con las telas y paños, sin desconcentrarse de la actividad, atento y perceptivo a lo que venía, lo que además llevó a en un momento se durmiera unos minutos en la relajación que se le realizó, teniendo una actitud pasiva y participativa.

...“En ésta penúltima sesión, “F” se nota mucho más concentrado y comunicativo, ha realizado actividades en las cuales anteriormente eran de su parte muy difíciles de llevar a cabo, como el jugar concentrado con

pañuelos, hacer rondas, utilizar la voz, jugar con la pelota terapéutica, reír, correr y abrazarme, mirarme fijamente a los ojos mientras cantamos, entre otros, lo que va demostrando el cómo se ha ido progresivamente cumpliendo los objetivos que fueron planteados para el proceso musicoterapéutico”...²

Estos hechos lograron marcar un antes y después de cómo “F” afrontó el proceso, ya que anteriormente éste corría por la sala, prestando muy cortos tiempos de atención y concentración en las actividades y en ocasiones, presentando estados de estrés, lo que paulatinamente fue cambiando, demostrándose participativo e interesado por las actividades. Este hecho, apunta también netamente a la realización de los objetivos que se plantearon para el proceso, que tenía que ver con el desarrollo y estímulo del área cognitiva del usuario.

3. Final

El comienzo del cierre del proceso, tuvo lugar el 30 de noviembre del 2015, en donde se comenzó a charlar y anticipar sutilmente al usuario sobre el término de éste, para luego realizar una sesión por medio, semana por semana. “F” no demostró mayores estados de estrés al advertirle sobre el cierre del proceso.

² Párrafo correspondiente al protocolo de evaluación de sesión

La realización de las sesiones espaciadas tuvo como fin el preparar gradualmente al usuario para el cierre del proceso y que éste no resulte mayormente estresante para él, por lo que se decidió dejar cuatro semanas para esto. Los días siete y 21 de diciembre se decidió no realizar la sesión de musicoterapia y sí hacerlas semana por medio, en los días 14 y 28 del mismo mes. (Revisar cronograma de asistencia y sesiones espaciadas en el Anexo VIII)

EL día 28 de diciembre, se realizó la última sesión musicoterapéutica, en donde se realizaron actividades en las cuales se pudo observar que “F” estuviera ciertamente a gusto, con el objetivo de repetir aquellas donde surgieron hitos relevantes en el proceso. Se realizaron cantos e improvisaciones vocales acompañadas con guitarra, seguido por juegos con telas y pañuelos, acompañado con música de relajación, en donde “F” se recostó en la colchoneta en la cual solía sentarse, pareciendo ciertamente relajado, cada vez más hasta quedarse dormido en el lugar. En el transcurso que “F” dormía, se comenzó a estimular con telas suaves las manos del usuario, para mantener activa su mente y lograr que no se durmiera al 100%. “F” sólo se recuesta en la colchoneta boca abajo, escuchando la música de fondo. De forma paulatina, se fue cambiando la música de relajación a sonidos más activos, con un volumen mayor, para activar nuevamente al usuario y que éste volviera del trance. Cuando “F” despierta, lo hace de una forma pausada, estirando sus extremidades y regalando una sonrisa al terapeuta, para luego

comenzar a manipular las telas, incorporarse nuevamente a la sesión y jugar con ellas.

Finalmente, se le proporciona a “F” una hoja y lápices, con el fin de que éste pudiera dibujar algo libre, en conjunto con el musicoterapeuta, y de ésta manera simbolizar en el dibujo el fin del proceso y que el usuario pudiera llevárselo a su hogar como regalo. “F” manipula los lápices, con ayuda del terapeuta y ambos hacen rayas y puntos en el papel, para después cantar la canción de despedida. El usuario se muestra inquieto y algo ansioso por salir, ya que escuchó la voz de la madre, la cual se encontraba afuera de la sala. (Ver dibujo en anexo IV)

D. Evaluación del Proceso Musicoterapéutico

1. Evaluación de logro de los objetivos

A continuación, se expondrá la evaluación de logros de los objetivos que fueron planteados para el proceso musicoterapéutico, según los criterios explicados anteriormente. Estos objetivos eran el desarrollar y promover las habilidades cognitivas, comunicativo-lingüísticas y expresivas de “F”.

En primera instancia, se mostrará los resultados del cuestionario de evaluación del proceso, el cual fue enviado a los padres del usuario, con el fin

de evaluar el cómo ellos han percibido el proceso musicoterapéutico, así como también los cambios y avances de “F”. (Ver cuestionario completo en Anexo V)

Principalmente se observa que los padres, logran percibir y notar cambios relevantes en la forma de relacionarse de “F”, haciendo referencia a que el proceso ha influenciado para que “F” pueda acercarse más a sus familiares, en donde mencionan que ha logrado ser más afectuoso con su hermano mayor, acercándose más a él y tolerando el contacto físico, lo que antes le era muy difícil para “F”. También lograron percibir un aumento en los tiempos de toleración de “F”, ya sea en juegos, tareas cotidianas, contacto físico, entre otros, los cuales fueron progresivamente mejorando durante el proceso.

...“F” está más cariñoso con su hermano, con la gente que le cae bien, y él se siente más comprendido y querido”...³

También así, en el cuestionario los padres hacen referencia a que “F” ha tenido cambios positivos en cuanto a su forma de expresarse y comunicarse, haciendo referencia a que su hijo ha podido manifestar las cosas que quiere y las que no, señalando o realizando algún gesto corporal, tomando en cuenta la limitación expresiva de “F”, lo que apunta netamente a la realización del objetivo que se planteó para el proceso. De igual manera, se pudo observar en

³ Párrafo correspondiente al cuestionario de evaluación del proceso

las sesiones musicoterapéuticas, que “F” en ciertas ocasiones manifestó cuando quería o no realizar alguna actividad.

...“Noto que él ha manifestado su deseo y ha manifestado cuando quiere algo y cuando no. También, yo he aprendido a entenderlo y quererlo más”...⁴

En la reunión final que se realizó con la madre de “F”, ella hizo hincapié sobre el beneficio que significó para su hijo el realizar el proceso musicoterapéutico. Principalmente en su relato, destaca que pudo observar cómo “F” fue logrado paulatinamente mejorar sus tiempos de atención, dando como ejemplo los juego que ella realiza con él, en donde observó un incremento en los tiempos de atención y concentración de su hijo, así como también menciona que “F” al momento de ver la televisión puede estar más tiempo concentrado en lo que ve, lo que anteriormente ocurría en pequeños lapsos. De igual manera, la madre hace referencia a que pudo observar que “F” tenía mayores lapsos de atención y concentración al momento de ver videos en Youtube, una de las actividades preferidas del usuario que realiza en el hogar, poniendo también énfasis a que estos lapsos eran más duraderos desde que “F” realizó el proceso musicoterapéutico, relatando que cada lunes, el día que su hijo realizaba las sesiones de musicoterapia, “F” volvía a casa rejalado, lo

⁴ Párrafo correspondiente al cuestionario de evaluación del proceso

notaba más feliz y con otra disposición para realizar actividades, así como también en la forma que se relacionaba con la familia.

También así, se realizó una reunión con el equipo de profesionales que trabajan de forma estable en el centro Manantial, esto incluye directora y educadora, kinesióloga y fonoaudióloga, las cuales brindaron una retroalimentación sobre el cómo ellas habían observado los cambios y mejoras de los usuarios que realizaron el proceso musicoterapéutico. Cada una de las profesionales comentaron sobre la mejoría que observaron de “F” en su forma de comunicarse y relacionarse con los demás, haciendo hincapié en que usuario estaba más expresivo, netamente en su lenguaje verbal, el cual había tenido una leve mejoría, al incrementar sus formas de expresarse con la voz, ya sea con balbuceos, emitiendo algunas vocales sueltas, etc., comentando que en alguna ocasión lo habían escuchado decir “mamá”.

Las profesionales del centro, al observar los videos que fueron expuestos para la presentación final del proceso, realizaron comentarios sobre que ellas nunca habían podido obtener en sus terapias, mayores lapsos de atención y concentración de “F”, realizando comparaciones entre las sesiones de musicoterapias y las de ellas, enfatizando en que el proceso terapéutico fue

mayormente beneficios para “F”, ya que pudieron observar cambios y logros en un periodo de tiempo menor al que ellas llevan realizando terapias con él.

Desde el proceso mismo, se pudo notar y observar cómo el usuario iba mejorando progresivamente su atención y concentración, al momento de realizar actividades musicales u otras, en donde estos lapsos iban mostrando una pequeña mejoría en la duración, la cual fue trabajada desde las primeras sesiones musicoterapéuticas y de igual forma, apuntando netamente a los objetivos que fueron planteados.

La creación del protocolo de evaluación, logra demostrar y comparar un antes y después de cómo el proceso musicoterapéutico influyó en “F” y cómo logró desarrollar potenciales en diferentes áreas. También así, se logra dimensionar cómo los objetivos que fueron planteados para el proceso se logran cumplir, demostrando por parte del usuario cómo fue el desarrollo vincular con el musicoterapeuta, aceptándolo, generando contacto físico y ocular, apuntando al cumplimiento del primer objetivo específico de desarrollar y fomentar el vínculo usuario-terapeuta.

En primera instancia, se compara cómo “F” se vincula con los instrumentos musicales, demostrando que logró pasar de una disminuida manipulación

instrumental a una gran utilización de éstos en las sesiones, a su modo, logrando en ocasiones expresarse a través de ellos.

De igual manera, se logra dimensionar cómo “F” logra desde el área cognitiva, tener un cambio positivo con respecto a su atención y concentración en las actividades y cómo éste logra paulatinamente ser cada vez más participativo en el proceso. Esto fue debido al trabajo que se generó con instrumentos musicales, en donde la atención del usuario tenía que estar 100% enfocada en la actividad que se presentaba, lo que se fue trabajando de forma paulatina, respetando los tiempos de “F” y realizando actividades en donde no se forzara a nada. Éste hecho, también apunta al cumplimiento del segundo objetivo específico de fomentar la atención y concentración del usuario.

...“Mientras toco la guitarra y canto, “F” se sienta a mi lado en la colchoneta, pone sus manos en su mentón y me escucha atento y concentrado, mirándome a los ojos, en más de una ocasión”...⁵

La utilización de la voz fue una de las áreas más relevantes en las cuales se pudieron observar cambios y que se logran dimensionar comparando ambos protocolos, ya que “F” logra paulatinamente utilizar cada vez más ésta. Generalmente se hace referencia a que la personalidad expresiva de “F” afloró,

⁵ Párrafo correspondiente al protocolo de evaluación de sesión

demostrando que aunque no existiera un lenguaje verbal en él, la utilización de la voz era una gran herramienta de expresión para el usuario. En primera instancia, se observa que “F” no utilizaba la voz para comunicarse ni expresarse con el musicoterapeuta ni en la sesión, tampoco generaba palabras completas ni vocalizaciones, lo que progresivamente fue adquiriendo y desarrollando en el proceso, quedando demostrado el cambio y progreso en el segundo protocolo mencionado, apuntando al cumplimiento del tercer y cuarto objetivo específico planteado, desarrollando y promoviendo la intencionalidad comunicativa y expresiva del usuario. Esto último hace principalmente referencia a cuando el “F” logra decir “adiós” en la sesión, entre otros, manifestándose de forma verbal. (Revisar ambos protocolos en el Anexo VI)

En conclusión, los diferentes criterios explicados anteriormente, que se utilizaron para evaluar el proceso, dan evidencia del desarrollo que surgió en el área cognitiva, expresiva y comunicativo-lingüística de “F”, demostrando una mejoría tanto en las sesiones como en su diario vivir, siendo mayormente observado por familiares y cercanos, lo que apunta netamente al cumplimiento de los objetivos que fueron planteados para el proceso.

E. Evaluación del Proceso de Práctica

1. Análisis del vínculo musicoterapeuta-usuario

El vínculo musicoterapeuta-usuario se fue desarrollando de una forma progresiva a través del proceso. Dentro de las primeras sesiones, se pudo observar el cómo “F” no tenía mayores dificultades al relacionarse con las demás personas, lo que quedó demostrado en los primeros encuentros cómo éste se acercó al musicoterapeuta, sin un aparente temor, tocando su cara y otorgando ciertos abrazos. Éste hecho, se tomó como ventaja para poder desarrollar el vínculo entre ambos, ya que el usuario no ponía mayores resistencias ni se mostraba en estados de estrés al relacionarse con el musicoterapeuta. No obstante, cabe mencionar que también en las primeras sesiones, “F” se observaba algo tímido al comenzar, ya que se sentaba afuera de la sala, no queriendo tomar la mano del musicoterapeuta antes de ingresar a la sala, ni entrar por su propia cuenta, lo que después de la segunda sesión y luego del trabajo de vinculación que se comenzó a desarrollar, esto no ocurrió más.

A medida que el proceso avanzaba, “F” se iba mostrando ciertamente más en confianza con el musicoterapeuta, lo que se veía reflejado en cómo el usuario se vinculaba con éste, mirando a los ojos, tocando el rostro, abrazando, pidiendo que lo tomara en brazos, entre otros. De ésta forma, el buen vínculo que se desarrolló y formó entre usuario y terapeuta fue primordial para poder generar un óptimo proceso, así como también gracias a la confianza que

obtuvo “F” de parte del musicoterapeuta, lo ayudaron a poder desarrollar los objetivos que fueron planteados.

Se puede revisar el Anexo VI, en donde se expone el protocolo de evaluación, que además indaga sobre el vínculo entre usuario y musicoterapeuta.

2. Autoevaluación de fortalezas y debilidades propias

La elección de los diferentes métodos musicoterapéuticos, que fueron utilizados en conjunto en la práctica, fueron de gran importancia para poder comprender de alguna manera, el cómo un niño con TEA se relaciona con el entorno, el cómo éste siente, piensa, vive, en otras palabras, entrar a su mundo, comprenderlo y aceptarlo, sin intenciones de que el individuo se ajuste de manera forzada al nuestro, sino que más bien nosotros ajustarnos al suyo, esperándolo, dándole el tiempo necesario que requiera de respuesta, brindándole confianza y apoyo por parte nuestra, entre otros.

Principalmente puedo decir que éste fue el aprendizaje más grande que tuve en el proceso, en dónde uno de los mayores desafíos que se me presentaron, fue el querer de alguna u otra manera “normalizar” al usuario, gastando energía y tiempo realizando actividades que fueran cumplidas a

cabalidad por éste, de una forma casi perfecta, sin comprender ni adentrarme en el mundo del niño.

También así, otro factor que pude apreciar, que influía en mi rol de terapeuta, fue el control de la ansiedad, ya que al no tener una inmediata respuesta por parte del usuario, surgía la necesidad de interferir en la actividad y ayudar al individuo a que éste pudiera cumplir con la consigna que estaba planeada.

En ciertas ocasiones, “F” llegaba a las sesiones con un estado de ánimo muy bajo, casi somnoliento, debido al medicamento que ingería, que en aquel momento se encontraba en fase de cambio. Éste cuadro lo puedo nombrar como una de las debilidades que tuvo proceso.

En ciertas ocasiones, podía percatarme que debía manejar y controlar mi ansiedad, ya que en algunas oportunidades quería que el usuario realizara las sesiones de una forma más activa y participativa, no viendo el estado anímico en el cual éste se encontraba, teniendo un poco sintonía afectiva (Schumacher y Calvet, 2007).

Finalmente, el mismo tiempo y proceso me fue mostrando cómo podía llegar al usuario, cómo descubrir y potenciar su personalidad expresiva, de una

forma no violenta, como lo describe Gauna en su libro “Del arte, ante la violencia” (Gauna, G. 2001), dejando actuar a la incertidumbre, respetando e integrando el silencio del individuo, lo que dio lugar a que éste se pudiera comunicar y expresar, el cual se fue incrementando de forma paulatina, a su propio modo y forma, logrando cumplir con uno de los objetivos del proceso musicoterapéutico, así como también se fue logrando una mayor atención y concentración del usuario en las sesiones y en su diario vivir.

Uno de los momentos culmines, en donde logré una adecuada conexión con el usuario y que éste pudo participar de las actividades y ambos pudimos disfrutar de las sesiones, fue cuando pude comprender al niño en sí, no viéndolo simplemente como un individuo con TEA, un individuo con una patología o enfermedad, sino que simplemente viéndolo como un ser humano, una persona que necesita ser entendido y comprendido desde su propio mundo y espacio.

Así como también, el sincronizar con él, imitar sus movimientos, sus gestos, sus vocalizaciones, gritos, saltos, etc., fueron un factor clave para poder generar en el usuario una cierta seguridad en el proceso, una cierta confianza hacia el terapeuta, en donde al ver cómo éste correspondía a sus formas de expresiones, las aceptaba e incluía en los juegos, en las actividades y en el proceso en sí, se podía sentir de cierta forma incluido y aceptado en el entorno,

en donde éste juego de sincronización e imitación le generaba una cierta impresión e incertidumbre, que daba lugar a que el usuario quisiera ir más allá, quisiera expresarse cada vez más con las sesiones y generar nuevas formas de comunicación con el terapeuta, en donde se viera reflejado el juego de sincronía.

3. Sugerencias

Se sugiere realizar actividades en donde el canto y la utilización de la voz sean lo primordial, estimulando gradualmente el lenguaje verbal del usuario. También así, se sugiere continuar trabajando la expresividad emocional y comunicativa de “F”.

Un buen elemento a considerar en el trabajo con niños con TEA, es la realización de actividades libres y de relajación, que disminuya sus grados de ansiedad, con objetos que llamen su atención y sean de fácil manipulación, en donde el usuario se sienta cómodo y relajado. Preferiblemente dejar que él mismo se auto exprese y escoja una actividad a realizar en la sesión, junto a la escucha de música de relajación.

Se sugiere utilizar sonidos de naturaleza, como agua, pájaros, entre otros, con el fin de lograr un ambiente cómodo y relajado, observando cómo el usuario reacciona a los diferentes estímulos sonoros. Así como también, es útil trabajar en ciertos momentos con luz baja en la sala o a oscuras,

proporcionando linternas o luces de colores que llamen su atención u objetos luminosos, acompañado siempre con música de relajación, ayudando al usuario a relajarse, lo que a su vez también disminuirá su nivel de ansiedad.

3.1 Instrumentos más utilizados

- Guitarra
- Bombo
- Kalimba

3.2 Actividades utilizadas destacadas

- Improvisación vocal
- Canto con guitarra
- Juego con conos de cartulina
- Juego con pelota terapéutica y música de relajación
- Juego con pañuelos, telas y música de relajación
- Juego con bombo y canción infantil
- Juego con tela grande, mecer y arrastrar
- Juego con globos vacíos y rellenos
- Juego con pelota de luz en la oscuridad
- Juego con papel celofán

V. Conclusión

En conclusión, se puede determinar que gracias a la constante participación de “F” en el proceso, su buena relación con la música y los instrumentos musicales, el buen vínculo que se generó entre usuario y musicoterapeuta, la buena disposición que tuvieron los padres de “F” para que éste participara en el proceso y ellos involucrarse en el mismo, la buena disposición del Centro Manantial, entre otros, fueron factores claves para que el proceso se llevara a cabo y los objetivos que se plantearon se pudieran cumplir. De la misma forma, la elección del marco teórico musicoterapéutico elegido, fue de gran ayuda para poder guiar el proceso en sí y que éste fuera constante y consecuente, pudiendo y logrando comprender el cómo trabajar con un niño con TEA y cómo lograr generar cambios positivos en él.

Se determina que los objetivos planteados para el proceso musicoterapéutico, fueron cumplidos, demostrando, por parte del usuario, una mayor atención y concentración en la realización de actividades y en su diario vivir, en el transcurso del tiempo. Así como también, se logró que el usuario tuviera un mayor desarrollo en su forma de comunicarse y expresarse, logrando que éste pudiera repetir algunas palabras y vocalizaciones con la voz, en ocasiones haciendo saber cuándo deseaba algo o no, demostrándolo en actividades musicoterapéuticas, como también en el diario vivir.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. APA, Asociación Americana de Psiquiatría, (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5®* (5a ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
2. Benavides, H. y Orrego, P. (2009). *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 autista*. Tesis para optar al título de psicólogo. Valparaíso: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
3. Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia: De la teoría a la práctica* (1a. ed. amp.). Barcelona: Paidós.
4. Gauna, G. (1996). *Entre los sonidos y el silencio musicoterapia en la infancia: clínica y teoría*. Rosario, Argentina: Editorial Artemisa.
5. Gauna, G. (2001). *Del arte, ante la violencia*. Neuquén: Nueva Generación.
6. MINEDUC, Ministerio de Educación de Chile, (2010). *Manual de apoyo a docentes: Educación de estudiantes que presentan trastornos del Espectro Autista* (1a. ed.). Santiago: Unidad de Educación Especial.
7. MINSAL, Ministerio de Salud de Chile, (2011). *Guía de Práctica Clínica de Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA)*. Santiago: Departamento de Discapacidad y Rehabilitación.

8. Orellana, D. (2012). *Diagnóstico temprano de trastornos del espectro autista y hallazgos sobre el contacto ocular*. Chile: Revista GPU.
9. Porté, J. (2014). *La interacción con un niño con TEA (trastorno del espectro autista) a través del juego de turnos*. Tesis de máster del Programa de Máster en Musicoterapia. Dinamarca: Universidad de Aalborg.
10. Rivière, Á. (s.f.). I.D.E.A. Inventario de Espectro Autista. Recuperado de <http://www.fundacionasemco.org/documentos/asemco-idea.pdf>
11. Rivière, Á. (1997). *Desarrollo normal y autismo. Definición, etiología, educación, familia y papel psicopedagógico en el autismo (2a. Pt.)*. Santa Cruz de Tenerife: Universidad Autónoma de Madrid.
12. Rivière, Á. (2016). I.D.E.A. Recuperado de <http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/instrumentosdeevaluacion/deainventariospectroautistaangelriviere/index.php>
13. Rivière, Á. y Martos, J. (2000). *El niño pequeño con autismo (1a. ed.)*. Madrid: APNA.
14. Schumacher, K. y Calvet, C. (2007). *Music therapy with children based on developmental psychology, using the example of "synchronization" as a relevant moment*. Göttingen: Vandenhoeck y Ruprecht.
15. Stern, D. (2005). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva (1a ed. 4a reimp.)*. Buenos Aires: Paidós.

16. Wigram, T., Nygaard P. I, Ole B. L. (2005). *Guía Completa de Musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz: AgrupArte.

VII. ANEXOS

Anexo I: Consentimiento Informado (Para los padres)

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPANTES DEL TALLER DE MUSICOTERAPIA

Yo, _____ he sido informado(a) oportunamente de la participación de mi hijo/a, _____ en el Taller de Musicoterapia. Se me ha notificado que las sesiones serán grabadas con el fin de facilitar la labor del supervisor docente y los musicoterapeutas. Entiendo que dichas grabaciones solo podrán ser utilizadas para los fines establecidos en esta carta y que en caso de requerir el material audiovisual para otro fin, se solicitará mi consentimiento informado nuevamente y de manera oportuna. Se me ha garantizado que toda grabación de las sesiones es estrictamente confidencial y que en cualquier momento, si así lo deseo, puedo decidir que se detengan. Además fui informado(a) de mi derecho de pedir que el material audiovisual sea borrado una vez finalizado el tratamiento. Por lo tanto, acepto voluntariamente que las sesiones sean grabadas para este fin.

Firma de cuidador(a)

Firma de musicoterapeuta

Fecha: ____/____/____

Anexo II: Protocolo de Planificación de Sesión

Planificación de Sesión MT.

Nombre:

Sesión N°

Hora inicio/término:

Mt:

Fecha:

1. Objetivo(s) de la sesión:

2. Técnicas y métodos a utilizar:

3. Setting instrumental:

4. Desarrollo de la sesión:

a. Inicio:

b. Desarrollo:

c. Cierre:

5. Otros:

Anexo III: Protocolo y Evaluación de la Sesión

Protocolo y evaluación de Sesión MT.

Nombre:

Sesión N°

Hora inicio/término:

Mt:

Fecha:

1. . Objetivo(s) emergentes de la sesión:

2. Técnicas y métodos utilizados:

3. Setting instrumental utilizado:

4. Observaciones musicales (relación con instrumentos, parámetros del sonido)

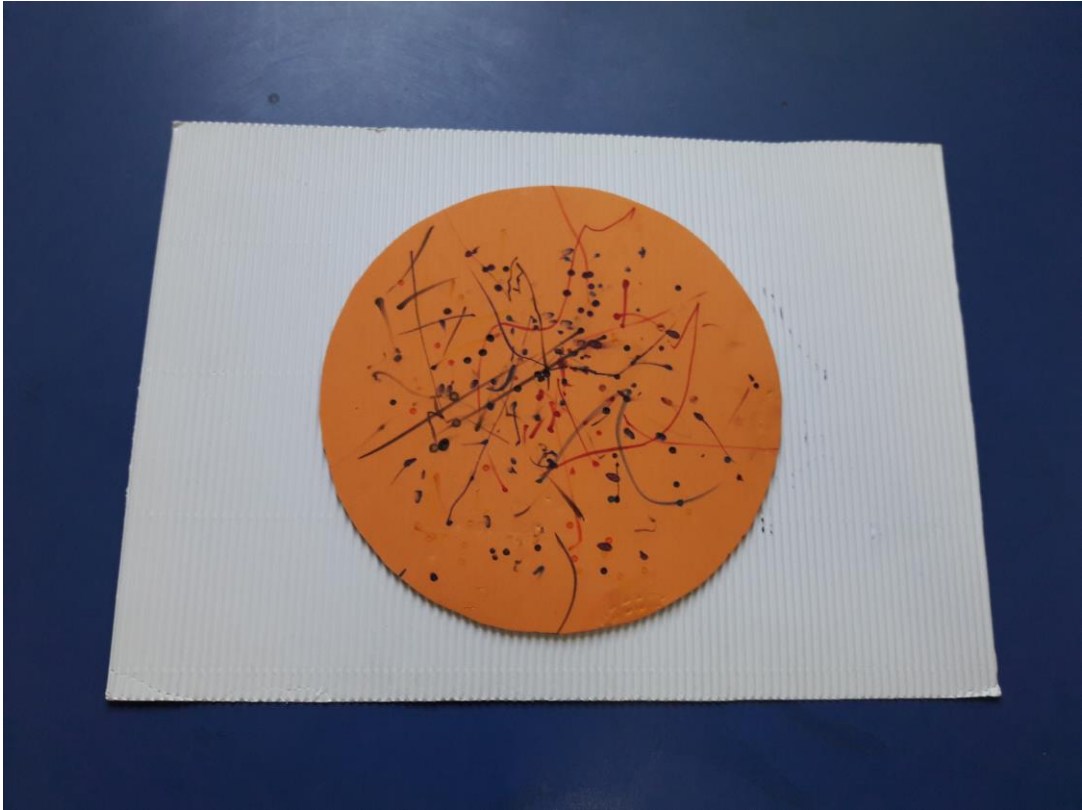
5. Observaciones no musicales:

6. Auto-observación: (dificultades, aciertos, contratransferencias)

7. Observaciones a considerar para la próxima sesión:

8. Conclusiones:

Anexo IV: Dibujo (mándala) Sesión de Cierre



Anexo V: Cuestionario de Evaluación del Proceso

Cuestionario de Evaluación del Taller de Musicoterapia **(Sesión individual y grupal)**

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer su percepción sobre el desarrollo del proceso musicoterapéutico, se ruega responder con sinceridad ya que no existen repuestas erróneas.

- **¿Cuál es su opinión sobre esta experiencia?**

R: *Positiva, he aprendido a conocer a mi hijo y a notar de qué forma día a día va madurando. Me ha comunicado con mi hijo.*

Sobre su hijo

- **¿Ha observado cambios durante las sesiones? (Formas de comunicación, forma de relacionarse, expresión, etc.) Si es así, ¿Cuáles?**

R: *Si, noto que él ha manifestado su deseo y ha manifestado cuando quiere algo y cuando no. También, yo he aprendido a entenderlo y quererlo más.*

- **¿Ha observado cambios en su hijo en la vida cotidiana? (Formas de comunicación, forma de relacionarse, expresión, etc.) Si es así, ¿Cuáles?**

R: *Si, está más cariñoso con su hermano, con la gente que le cae bien, y él se siente más comprendido y querido.*

- **¿Cómo cree usted que su hijo ha vivenciado este proceso?**

R: *De manera positiva, conoció perfectamente a cada miembro del grupo, conocía claramente su rutina y le gustaba. Creo que la va a extrañar.*

Sobre usted (madre):

- **¿Ha observado cambios en su propia forma de interacción, con su hijo, durante las sesiones? Si es así, ¿Cuáles?**

•

R: *Sí, noto que lo entiendo más, lo quiero más y que él es maravilloso.*

- **¿Qué habilidades cree que usted desarrolló o fortaleció durante este proceso y ha podido usar en su casa y en el diario vivir?**

R: *La comunicación, el contacto con “F”. He podido practicar en casa algunas de las actividades que realizábamos en las sesiones*

- **¿Qué obstáculos observó en sí misma durante este proceso?**

R: *Pensaba que para poder realizar una sesión terapéutica con él debía exigirme, y seguir ciertas reglas y forzar al niño a realizar ciertas actividades y si no lo lograba, pensaba que estaba realizando un mal trabajo. Ahora me doy cuenta que es más sencillo interactuar con él y eso me ha permitido hacerlo más veces sin sentirlo como un peso.*

- **¿Qué fortalezas observó en sí misma durante este proceso?**

R: Perseverancia, ganas y amor por mi hijo. Poco a poco se fue transformando en algo agradable, que me permitía el contacto con "F".

Sobre la relación madre e hijo:

- **¿Cómo cree usted que éste proceso influyó en el vínculo con su hijo?**

R: Positivamente, ahora trato de entenderlo y creo que en algunas cosas lo he logrado y me siento más en sintonía con él.

Sobre el proceso:

- **¿De qué manera cree usted los musicoterapeutas la ayudaron durante este proceso?**

R: Ayudaron muchísimo; me guiaron durante este proceso, me enseñaron cómo poder interactuar con "F" y me enseñaron a entenderlo.

- **Sugerencias y comentarios**

R: Ojalá experiencias como éstas sean repetidas muchas veces, porque uno como mamá, aprende de su hijo, se contacta más con él y eso ayuda enormemente en su proceso y en la madurez del niño. Felicitaciones.

Sugiero que sea por un tiempo más largo y mayor cantidad de veces por semana.

Anexo VI: Protocolo de Evaluación

Dimensiones a evaluar con respecto al proceso musicoterapéutico de “F”	<u>Etapa Inicial</u>	SI	A/V	NO
1. Acepta el vínculo con el musicoterapeuta		X		
2. Rechaza el vínculo con el musicoterapeuta				X
3. Responde a la propuesta musical del musicoterapeuta				X
4. Mantiene el contacto visual con el musicoterapeuta			X	
5. Logra comunicarse con el musicoterapeuta			X	
6. Utiliza el contacto corporal con el musicoterapeuta			X	
7. Explora los instrumentos musicales			X	
8. Utiliza los instrumentos musicales				X
9. Logra participar en las actividades propuestas			X	
10. Mantiene su atención y concentración en la actividad				X
11. Utiliza la voz de forma libre en la sesión				X
12. Utiliza la voz para comunicarse con el musicoterapeuta				X
13. Utiliza palabras dentro de la sesión				X
14. Logra expresar lo que quiere o no en la sesión			X	
15. Genera estados de alerta o estrés en la sesión			X	

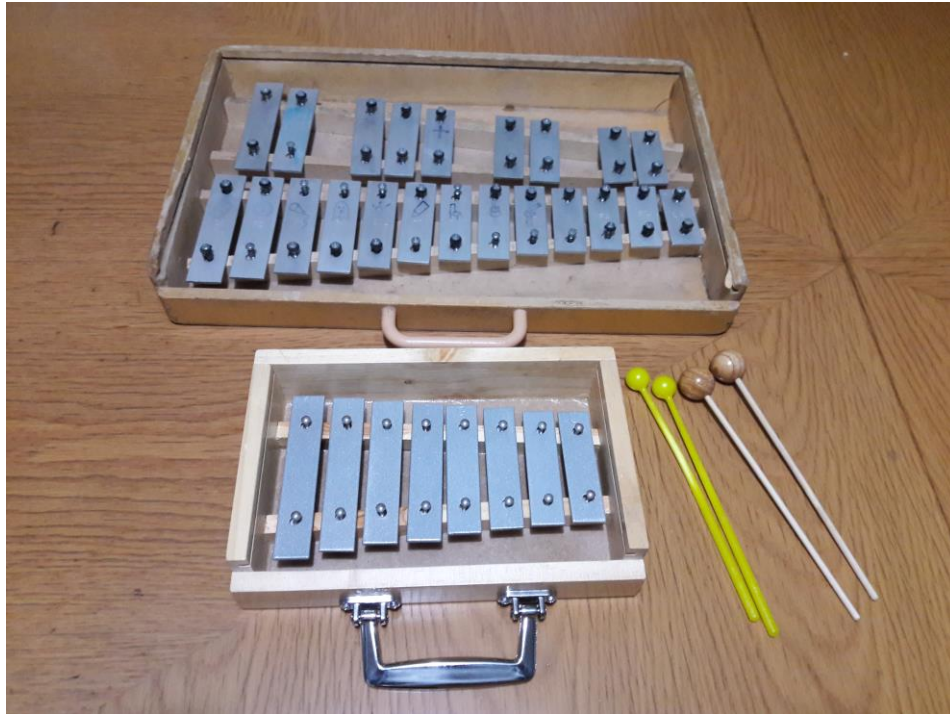
Dimensiones a evaluar con respecto al proceso musicoterapéutico de "F"	<u>Etapas Final</u>	SI	A/V	NO
1. Acepta el vínculo con el musicoterapeuta		X		
2. Rechaza el vínculo con el musicoterapeuta				X
3. Responde a la propuesta musical del musicoterapeuta			X	
4. Mantiene el contacto visual con el musicoterapeuta		X		
5. Logra comunicarse con el musicoterapeuta			X	
6. Utiliza el contacto corporal con el musicoterapeuta		X		
7. Explora los instrumentos musicales		X		
8. Utiliza los instrumentos musicales		X		
9. Logra participar en las actividades propuestas		X		
10. Mantiene su atención y concentración en la actividad		X		
11. Utiliza la voz de forma libre en la sesión		X		
12. Utiliza la voz para comunicarse con el musicoterapeuta			X	
13. Utiliza palabras dentro de la sesión			X	
14. Logra expresar lo que quiere o no en la sesión			X	
15. Genera estados de alerta o estrés en la sesión				X

A/V: A veces

X: Selección de la opción

Anexo VII: Setting Instrumental









Anexo VIII: Sala Utilizada



Anexo IX: Cronograma

El siguiente cronograma, muestra la asistencia de “F” a las sesiones de musicoterapia, así como también los días que se realizaron las sesiones espaciadas, en el cierre del proceso.

Usuario	Día	Hora
“F”	Lunes	15:20 – 16:00 hrs.

Mes	día	L	L	L	L	L
Agosto					24 X	31 X
Septiembre			7 X	14 X	21 X	28 X
Octubre			5 X	12 Feriado	19 X	26 X
Noviembre	2 X	9 X	16 X	23 X	30 X	
Diciembre		7 No	14 X	21 No	28 X	

X: Asistió **O:** No asistió **No:** Sesión espaciada de cierre

Anexo X: Letra de Canción de Saludo

Hola, hola, (nombre),

Yo te invito a jugar.

Me alegra verte,

Y juntos cantar.

Con tu mano saludame... (Esperar saludo con la mano)

Y vuelvo a cantar.

Hola, hola (nombre),

Gracias por saludar.

Anexo XI: Letra de Canción de Despedida

Adiós, adiós, adiós,

(Nombre), adiós, adiós, adiós.

Decimos adiós,

Ahora me voy,

(Nombre), adiós.