



**TREBALL FINAL DE GRAU EN  
MESTRE/A D'EDUCACIÓ INFANTIL**

# **LA MUSICOTERAPIA CON NIÑOS AUTISTAS**

**Alumne:** Beatriz Lara Fonfria

**Tutor/a de TFG:** Alberto Cabedo Mas

**Àrea de Coneixement:** Fonaments i Didàctica de  
l'Expressió Musical en Educació Infantil

**Curs:** 2015/2016

## **Resumen**

Este trabajo es un Trabajo de Final de Grado en Mestre/a d'Educació Infantil realizado para trabajar la Musicoterapia con niños autistas. El objetivo principal es desarrollar una investigación teórica acerca de la aplicación de la Musicoterapia con niños que padecen autismo. En el cuerpo del trabajo se expresa que es la Musicoterapia y su evolución al largo de la historia. También se explica que es el Trastorno de Espectro Autista, al igual que sus causas y características principales. Finalmente, se plasma las ideas relevantes de las sesiones de Musicoterapia con niños autistas, mostrando los objetivos, estrategias y técnicas a trabajar. Una de las conclusiones más destacables después de realizar la revisión bibliográfica es que no es necesario medicar a los pacientes con TEA para experimentar una mejora en todas sus habilidades. Hay terapias que ejercen su efecto sin necesidad de afectar a la salud de los usuarios o modificar su metabolismo. Un ejemplo de ellas es la Musicoterapia, donde los pacientes aprenden y mejoran sus habilidades sin darse cuenta, ya que se realiza de forma dinámica y motivadora. Por último, destacar que las sesiones de Musicoterapia deben llevarse a cabo por un especialista, el musicoterapeuta, ya que conoce a la perfección las técnicas y estrategias que deben llevarse a cabo.

**PALABRAS CLAVE:** Musicoterapia, Trastorno del Espectro Autista (TEA), Autismo, Educación Infantil.

## ÍNDICE

Resumen .....	2
1. Introducción. ....	4
2. Método.....	5
3. Fundamentación teórica. ....	6
3.1. La musicoterapia.....	6
3.1.1. Historia de la musicoterapia.....	9
3.2. Trastorno del Espectro Autista (TEA). ....	10
3.2.1. Definición del TEA.....	10
3.2.2. Causas del TEA.....	12
3.2.3. Características del autismo.....	14
3.3. Musicoterapia y autismo.....	15
4. Conclusiones.....	18
5. Referencias bibliográficas.....	19

## 1. Introducción.

El objetivo principal de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica acerca del uso de la musicoterapia con niños autistas.

En primer lugar, tras mostrar los objetivos que se pretenden alcanzar con la realización de este trabajo, se establece una fundamentación teórica, centrándonos en los dos puntos clave de este trabajo. Cabe destacar que, anteriormente a la fundamentación teórica, se expondrá la metodología que se ha seguido para realizar el trabajo, detallando la estrategia que se ha seguido para seleccionar la información más adecuada. Para conocer de qué trata el trabajo, se explica teóricamente las bases de la musicoterapia, sus efectos y beneficios y su historia a lo largo de los años. Como bien dice Díaz (2015) “entendemos por Musicoterapia la disciplina que emplea la música, el sonido, la voz, los instrumentos musicales y el cuerpo en movimiento, con fines de desarrollo personal, terapéutico, preventivo y de mejora de la salud física, mental y emocional” (p.13).

Del mismo modo, es necesario entender el concepto de Trastorno del Espectro Autista (TEA), sus causas y sus características principales. Según la Real Academia Española, el autismo es un “trastorno del desarrollo que afecta a la comunicación y a la interacción social, caracterizado por patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados” (2014).

Para finalizar la fundamentación teórica, he considerado oportuno hacer referencia a los dos elementos unidos, utilizando distintas investigaciones que demuestran el uso de la música como terapia para niños con autismo en aula de Educación Infantil.

Para realizar este trabajo, he consultado una serie de referentes bibliográficos, los cuales están plasmados en el último apartado del trabajo.

Por lo referido a los objetivos, aquellos que se pretenden alcanzar con este trabajo sobre la Musicoterapia y el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en niños de Educación Infantil son los siguientes:

1. Fundamentar teóricamente la musicoterapia y el trastorno del espectro autista.
2. Conocer el uso de la música como terapia para niños con necesidades educativas especiales, especialmente con niños con autismo.

Como bien he mencionado anteriormente, el siguiente trabajo trata de las presencia de los alumnos autistas en las aulas de Educación Infantil, sobre todo de los beneficios que tiene la musicoterapia sobre ellos. Esto alumnos necesitan con necesidades educativas especiales necesitan una atención individualizada. La atención a la diversidad se ve reflejada en el REAL DECRETO 1630/2006, de 29 de diciembre, donde se expresa:

1. La intervención educativa debe contemplar como principio la diversidad del alumnado adaptando la práctica educativa a las características personales, necesidades, intereses y estilo cognitivo de los niños y niñas, dada la importancia que en estas edades adquieren el ritmo y el proceso de maduración.
2. Las administraciones educativas establecerán procedimientos que permitan identificar aquellas características que puedan tener incidencia en la evolución escolar de los niños y niñas. Asimismo facilitarán la coordinación de cuantos sectores intervengan en la atención de este alumnado.
3. Los centros adoptarán las medidas oportunas dirigidas al alumnado que presente necesidad específica de apoyo educativo.
4. Los centros atenderán a los niños y niñas que presenten necesidades educativas especiales buscando la respuesta educativa que mejor se adapte a sus características y necesidades personales. (p.475)

## **2. Método.**

Para realizar este trabajo, la principal tarea que he llevado a cabo ha sido una revisión de la literatura científica.

Para ello, en primer lugar, es necesario organizar las diversas ideas y acotar el tema de interés para realizar el trabajo. Una vez seleccionado, empecé a buscar libros que pudieran ofrecerme la información que necesitaba para realizar el trabajo. Primero de todo, busqué soportes físicos, libros, porque no quería centrarme solo en aquella información que encontrara por Internet.

Cabe destacar también la utilización de diversos soportes para la búsqueda bibliográfica. Por una parte, encontramos el catálogo de la biblioteca, en este caso, la biblioteca de la UJI, de donde localicé los soportes físicos. Por otra parte, se hizo uso de diferentes bases de datos, como es Dialnet, donde se facilita los datos identificativos del documento y un pequeño resumen y ver así si el documento contiene información que necesite. Por último, como buscador de Internet he utilizado Google, más específicamente Google académico, un buscador que nos facilita artículos de revistas científicas, citas, enlaces a libros, tesis, etc.

Para realizar la búsqueda de información, utilicé operadores lógicos como son OR y AND. Son términos y símbolos que se utilizan en el proceso de búsqueda de información para elaborar estrategias de búsqueda más eficientes. Entre los dos anteriormente nombrados, el más utilizado ha sido el operador AND, pues sirve para unir términos distintos y obtener únicamente aquellos enlaces de información donde aparecen los términos buscados. Los términos más buscados han

sido: autismo, musicoterapia y Educación Infantil, y los criterios de selección de información que he utilizado es que los documentos encontrados fueran relevantes para la realización de mi trabajo. He tenido en cuenta la credibilidad, fiabilidad y objetividad de la información, al mismo tiempo que el estilo y vocabulario de los documentos facilitarían la lectura y comprensión de los mismos. En ocasiones, también utilicé el inglés para buscar información.

Por lo que respecta a los principios de organización, me ha resultado de gran ayuda organizarme todos aquellos documentos encontrados categorizándolos según las ideas principales de estos. En cuanto a la información recogida en los soportes físicos, en primer lugar visualicé el índice y seleccioné aquellos apartados que consideré importantes para la realización de mi trabajo. Estos los organicé según trataban el TEA o la musicoterapia.

Finalmente, otro de los medios por los cuales he obtenido información interesante para mi trabajo ha sido la facilitación de documentos por parte de una persona que los contenía debido a su elaboración de un TFG donde fueron utilizados y que podían servirme de gran ayuda. En total, he contrastado información de dieciocho documentos, entre los cuales cinco son libros que he obtenido de la biblioteca de la universidad. Estos son: *Autismo y Síndrome de Asperger*, *Introducción al autismo*, *La musicoterapia*, *Fundamentos de musicoterapia* y *Musicoterapia en Educación Especial*. Muchas veces me llevaban a la fuente principal de donde se sacó la información reflejada en ellos. De todas las fuentes consultadas, solamente seleccionaba aquella información que me fuera útil según los puntos del trabajo. En ocasiones, algunos de los documentos revisados no me han servido de ayuda, ya que trataban la musicoterapia y el autismo, pero no concretamente lo que yo estaba buscando.

### **3. Fundamentación teórica.**

#### **3.1. La musicoterapia.**

Primero concretaremos el concepto de musicoterapia, del cual hay muchas definiciones, y luego realizaremos un análisis de la historia de la musicoterapia.

Jauset (2009) afirma:

La Asociación Americana de Musicoterapia define la musicoterapia como una profesión, en el campo de la salud, que utiliza la música y las actividades musicales para tratar las necesidades físicas, psicológicas y sociales de personas de todas las edades. La musicoterapia mejora la calidad de vida de las personas sanas y cubre las necesidades de niños y adultos con discapacitados o enfermedades. Sus intervenciones se pueden diseñar

para mejorar el bienestar, controlar el estrés disminuir el dolor, expresar sentimientos, potenciar la memoria, mejorar la comunicación y facilitar la rehabilitación física (p.49).

Además, según Mutti (como se citó en Jauset, 2009) “es una especialidad orientada a la apertura de los canales de comunicación por medio del sonido, la música, el gesto, el movimiento, el silencio, en un contexto no verbal de la terapia, que sitúa estas técnicas en relación con el contexto verbal” (p.50). [Traducción al castellano]

Por último, según Bund (como se citó en Jauset, 2009) la musicoterapia consiste en “la aplicación de sonidos y música en el desarrollo de una relación entre paciente y terapeuta para favorecer y posibilitar el bienestar físico, mental y emocional” (p.50). [Traducción al castellano]

En definitiva, podemos afirmar que el objetivo principal de la musicoterapia es aportar un estado de bienestar y mejora en la salud de las personas. Además, la musicoterapia se basa en la utilización de la música como ayuda en determinados trastornos, favoreciendo así tanto el bienestar físico, mental como emocional.

La música tiene efecto en varios niveles o dimensiones del ser humano. Algunos de los efectos observados en cada uno de los niveles o dimensiones son los siguientes:

En la dimensión fisiológica, Thaut (como se citó en Betés de Toro, 2000) concluye que las respuestas fisiológicas que cada individuo muestra ante la música dependen de la constitución de cada uno de ellos. Además, a su vez, también influyen en ellas la experiencia psicológica individual ante la música. Por otro lado, en la dimensión emocional, Clair (como se citó en Betés de Toro, 2000) afirma que la naturaleza no verbal de la música facilita la comunicación y la expresión. Sobre todo, es especialmente útil para aquellas personas con habilidades de comunicación limitadas o nulas.

Respecto a la dimensión cognitiva, Davis, Gfeller y Thaut (2000) destacan que determinadas actividades musicales pueden ayudar al desarrollo de habilidades pre-académicas y académicas. También pueden ayudar a la estimulación de otras funciones cognitivas como el lenguaje o la atención. En cuanto a la dimensión social, Gaston (como se citó en Betés de Toro, 2000) sostiene que la música era un medio para la integración social de los individuos. Mayoritariamente, todas aquellas actividades que hacen uso de la música se realizan de manera grupal, facilitando así las relaciones con los demás.

Por último, en la dimensión espiritual Katsh y Merle-Fishman (como se citó en Betés de Toro, 2000) defienden que la conexión entre música y espiritualidad empieza con los orígenes

de la música propiamente. La música siempre ha ido acompañando las ceremonias religiosas. Esto se debe a que la música ayuda a expresar todos aquellos aspectos relacionados con lo divino.

La musicoterapia no sólo influye en diversas dimensiones del ser humano, sino que también aporta una serie de beneficios. Según Gfeller y Hanson (como se citó en Betés de Toro, 2000) estos son:

<b>BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA</b>
Es capaz de producir cambios sustanciales a diferentes niveles de funcionamiento de la persona.
Constituye un tratamiento flexible, que permite llegar a personas con diferentes habilidades y discapacidades.
Constituye un tratamiento no invasivo ni doloroso, que permite obtener resultados sorprendentes incluso en aquellos casos de personas más resistentes o reacias a participar en otro tipo de tratamiento.
Constituye un tratamiento farmacológico para ayudar a los individuos.
Permite ayudar a los individuos a organizar sus vidas interna y externamente.
Constituye un efectivo elemento motivador que permite que los individuos establezcan relaciones e interacciones con su entorno.
Es un tratamiento rentable.

Jauset (2009) afirma:

Las características más destacables de la música como medio terapéutico son su capacidad de afectar el ser humano en todas sus dimensiones (física-corporal, cognitiva-mental, emocional y espiritual), su flexibilidad (su amplia gama de estados de ánimo y emociones le permite adaptarse a cualquier necesidad del paciente), y su potencia comunicativa (que facilita la exteriorización de emociones y la comunicación con otras personas, y mejora la socialización y la cohesión de pertenencia a un grupo). (p.50) [Traducción al castellano]



Uno de los aspectos a tener en cuenta es que no se debe confundir musicoterapia con sonoterapia, debido a que no es lo mismo. La primera de ellas afecta a la mente y a las emociones y posteriormente al cuerpo físico, mientras que la terapia del sonido, sonoterapia, ejerce primero sobre el cuerpo físico para luego llegar a la mente y las emociones.

### **3.1.1. Historia de la musicoterapia.**

La música ha evolucionado a lo largo de la historia. Ya en Mesopotamia, como afirma Jauset (2009), la música se utilizaba como terapia para calmar la ira de los dioses y evitar que estos arrasaran e inundaran las cosechas. En cambio, en el antiguo Egipto, se pensaba que la música influenciaba favorablemente en la fertilidad de las mujeres, como consta en unos papiros que datan del año 1.500 aC. Posiblemente, estos sean los primeros escritos que se han encontrado acerca de la música como terapia.

Por otra parte, en la Antigüedad, la música como medio o ayuda para determinadas enfermedades obtuvo gran importancia gracias a la cultura griega. Jauset (2009) manifiesta que los pensamientos de aquella época eran que la música tenía un origen divino y que las enfermedades provenían del pecado. Por otra parte, algunos sabios de la época como Aristóteles y Platón recomendaban la música para luchar contra el miedo, debido a que creían que la música influía en los estados de ánimo.

En cuanto a la Edad Media, el historiador y teólogo San Isidor de Sevilla (como se cita en Jauset, 2009) expresa que “la música conmueve y suscita emociones, calma los espíritus agitados. Cada palabra pronunciada por nosotros, cada pulsación de nuestras venas, está en conexión con el poder de la armonía” (p.41). [Traducción al castellano]

Por último, destacar que fue a comienzos del siglo XX cuando se inició un movimiento en el campo de la formación musical, contando con figuras tan relevantes como C. Orff, E. Dalcroze, Z. Kodaly, S. Suzuki o Edgar Willems. Como bien dice Jauset (2009) Dalcroze desarrolló una terapia rítmica para los enfermos, por lo que se le considera uno de los precursores de la musicoterapia. Por otra parte, el eje principal de la pedagogía musical de Karl Orff era el movimiento corporal en todas sus posibilidades comunicativas, uniendo la creatividad, la

música y el fomento de la sociabilización. En 1930 se llevaron a cabo los primeros ensayos con musicoterapia en una clínica privada de Nueva York. Se evidenció que la música era una terapia eficaz que activa a través del sistema nervioso y de los estados emotivos. En el período de la Segunda Guerra Mundial, los EE.UU. reconocieron oficialmente la musicoterapia a raíz de sus efectos terapéuticos en los soldados heridos. A partir de entonces, se empezó a utilizar científicamente como un tratamiento “reconocido”, con cierto rigor y una metodología propia.

Díaz (2015) afirma:

Será en 1950, cuando se cree la “National Association for Music Therapy”, finalmente denominando Musicoterapia como una disciplina la cual necesita seguir creciendo. Estados Unidos es el país en donde más se ha desarrollado y ha crecido la Musicoterapia, teniendo una consideración social y científica. Por último, en España, paulatinamente surgen cursos de formación y grados superiores sobre esta disciplina, cada vez más reconocida. (p.18)

## **3.2. Trastorno del Espectro Autista (TEA).**

### **3.2.1. Definición del TEA.**

El término “autista” fue utilizado por primera vez por Bleuler en 1908 (como se citó en Happé, 1994) para describir la introversión social que se observa en las personas que sufren esquizofrenia. Baron-Cohen (2008) expresa que a veces se denomina el autismo clásico “autismo de Kanner” en honor a Leo Kanner, el primer psiquiatra infantil que ya describiera a este tipo de niños en 1943.

El autismo no es un trastorno hereditario, aunque se investiga su origen neurológico. Surge por infecciones congénitas (rubéola), infecciones adquiridas (meningitis o encefalitis) y enfermedades metabólicas que afecta a distintas áreas del desarrollo. El trastorno del Espectro Autista hace referencia a un déficit cognitivo básico que está asociado con funciones de la comunicación, expresión e interacción social. Se denomina como trastorno infantil porque suele comenzar antes de los 30 meses.

Los problemas de *socialización, comunicación e imaginación* son signos suficientes para representar gran parte del comportamiento reconocido como específico y universal del autismo. Este grupo de las tres alteraciones nucleares se

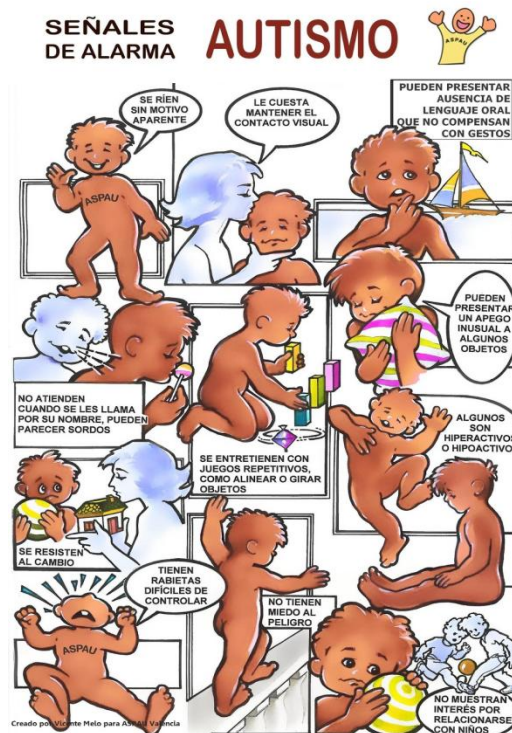
conoce como la tríada de Wing, y hoy por hoy es, según Rutter y Schopler (como se citó en Happé, 1994) la base para el diagnóstico del autismo.

Actualmente, los principales instrumentos que se utilizan para diagnosticar el TEA son: el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III-R), de la Asociación Americana de Psiquiatría, 1987, y la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, décima versión (ICD-10), de la Organización Mundial de la Salud, 1990. El diagnóstico se basa en tres alteraciones fundamentales:

- Alteración en la interacción social.
- Alteración de la comunicación verbal y no verbal.
- Un repertorio de actividades e intereses reducido.

Los signos de alarma en el desarrollo evolutivo de las tres principales áreas afectadas en los niños con Trastorno del Espectro Autista según Díaz (2015) son los siguientes:

- En el área comunicativa: no expresa deseo por las personas u objetos. Debido a esto, muchas veces no responde a su nombre o consignas simples, en las que a veces parece no escuchar.
- En el área social: el niño tiene preferencia por un objeto y tendencia a jugar solo. Es muy independiente.
- En el área conductual: aunque es muy autónomo, suele estar muy unido a ciertos juguetes. Suele provocar berrinches y comportamientos agresivos, ya que se sienten impotentes al no comprender el mundo de que les rodea. Por otro lado, disfruta con movimientos repetitivos y rutinas.



Alcantud F., Rico D. y Lozano (2012)

### 3.2.2. Causas del TEA.

Como bien dicen Alcantud et al. (2012), cuando por primera vez Kanner definió el Autismo, se llegó a pensar que el autismo era como una forma de esquizofrenia, teniendo su origen en unos padres poco comunicativos, distantes e incapaces de proporcionar el cariño necesario.

En sus inicios, el origen del autismo y del Síndrome de Asperger se atribuía a causas diversas que lo ligaban a la esquizofrenia. Llegó a pensarse que, el origen de estos trastornos, era debido a que durante la infancia no se establecían correctamente los lazos afectivos entre las madres y sus hijos, lo que se denominó como “madres nevera”. Esto provocó que los niños diagnosticados fueran internados en centros de acogida, separándolos así de sus padres.

Poco a poco, y tras muchas investigaciones, se han encontrado evidencias sobre un origen biológico y/o genético. Mucho de lo que se conoce en la actualidad, se debe a los estudios clínicos en personas afectadas con TEA, en sus familiares, o en el estudio postmortem de cerebros de individuos con TEA.

Payá y Fuentes (2005), exponen que parece demostrado que existen anomalías estructurales en los cerebros de los pacientes con autismo, afectando a diferentes estructuras como el cerebelo, el sistema límbico y ganglios basales.

Aunque en los últimos años la incidencia conocida del autismo se ha incrementado, ello se debe, probablemente, a una mejor información y una concepción más amplia de lo que es este trastorno. Todos los estudios epidemiológicos demuestran que existe un número significativamente mayor de niños autistas que de niñas con autismo. La razón de varones-mujeres oscila entre 2 por cada 1 según Ciadella y Mamelle (como se citó en Happé, 1994) y casi 3 por 1 según Steffenburg y Gillberg (como se citó en Happé, 1994). La razón del sexo parece variar con la capacidad: la mayoría de las niñas con autismo están en el extremo más bajo del intervalo de capacidad, mientras que en el extremo de los más capaces, los niños pueden sobrepasar a las niñas en una razón de 5 a 1.

Tanto Kanner como Asperger insistieron en la inteligencia y el alto estatus social de las familias de los niños con autismo y esto ha dado lugar a la idea de que el autismo predomina entre las clases de alto estatus socioeconómico.

Para poder detectar a tiempo la presencia del autismo, una de las imágenes que pueden servir de gran ayuda, sobre todo a la familia de las personas con autismo, es la siguiente:



Alcantud F., Rico D. y Lozano (2012)

Es por lo tanto que todo profesional que trabaja con niños debe conocer estos síntomas y características, ya que cuanto antes se detecten, mejores progresos en la comunicación, socialización y conducta tendrá la persona que padece el trastorno.

### **3.2.3. Características del autismo.**

El primer artículo de Kanner sobre el autismo destaca un conjunto de características que a él le parecían ser propias de todos los niños que veía. Estas características son las siguientes:

- La extrema soledad: los niños no se relacionaban normalmente con las personas y parecían ser más felices cuando se les dejaba solos. A Kanner le pareció que esta falta de respuesta social empezaba desde muy pronto en la vida del niño, como lo demuestra el hecho de que los niños autistas no alcen los brazos hacia el padre o la madre que están a punto de cogerle.
- El deseo obsesivo de invarianza: a los niños les molestaban enormemente los cambios en la rutina o en las cosas que les rodeaban. Una ruta diferente para ir al colegio, un cambio de los muebles desencadenarían una rabieta y no se podría calmar al niño hasta que se restableciera el orden familiar.
- Una memoria de repetición excelente: los niños que vio Kanner demostraban una capacidad para memorizar cantidades muy grandes de material sin sentido. En cambio, presentaban graves dificultades de aprendizaje que se reflejaban con un retraso mental en otros aspectos.
- La ecolalia demorada: los niños repetían fragmentos lingüísticos que habían oído, pero eran incapaces de utilizar el lenguaje para dar a entender algo más que sus necesidades inmediatas.
- Hipersensibilidad a los estímulos: Kanner se dio cuenta de que muchos de los niños que él veía reaccionaban intensamente a ciertos ruidos y a algunos objetos como las aspiradoras, los ascensores e incluso al viento. Algunos tenían también problemas de alimentación o manías a las comidas.
- Limitaciones en la variedad de la actividad espontánea: se manifiesta en los movimientos, verbalizaciones e intereses de estos niños.
- El buen potencial cognitivo.
- Familias de gran inteligencia: Kanner destacó que en todos los casos que trataba los padres eran intelectuales.

En su último escrito Kanner (como se citó en Happé, 1994) destacó dos de las características anteriormente nombradas como los aspectos clave del autismo: *la soledad extrema y la obsesiva insistencia por reservar la invarianza*. Consideraba que los otros síntomas eran o bien secundarios o causados por estos dos elementos (p.ej., las alteraciones comunicativas) o bien no eran específicos del autismo (p.ej., las estereotipias).

### **3.3. Musicoterapia y autismo.**

En este apartado, analizaremos las conexiones existentes entre la musicoterapia y el autismo.

Según Teresa Fernández de Juan (como se citó en Pozo, 2012):

Uno de los mayores logros de la Musicoterapia se encuentra dentro del campo del autismo, debido a su capacidad de romper el cerco de comunicación entre el paciente y el terapeuta e iniciar, a través de la música u otros sonidos verbales, la posibilidad de una nueva interrelación. Es además destacable el interés y hasta la capacidad mostrada en muchos niños autistas hacia la música, que ha contribuido en el efecto apreciado en la mayor parte de los pacientes tratados. (p.10)

Además, Rolando Benenzon (como se citó en Miranda, 2007) afirma que “la musicoterapia es para el niño autista la primera técnica de acercamiento, pues el encuadre no verbal es lo que permite a estos niños establecer los canales de comunicación” (p.11).

Whipple (como se citó en Kern, 2012) realizó un metaanálisis que demuestra que la musicoterapia es altamente eficaz para el desarrollo de las habilidades básicas de los niños con autismo. Después de la realización de este metaanálisis, se concluye que:

1. Las intervenciones de musicoterapia mejoran la comunicación como la producción verbal y las respuestas independientes en los niños pequeños con TEA.
2. Las intervenciones de musicoterapia apoyan las habilidades interpersonales, tales como contacto visual, atención conjunta, imitación, toma de turnos, reconocimiento social e interacciones entre padres de niños pequeños con TEA.
3. Las intervenciones de musicoterapia benefician a los niños en el aprendizaje de la responsabilidad personal en tareas como limpiar, lavarse las manos e ir al baño.
4. Las intervenciones de musicoterapia incitan al juego y a la participación en actividades significativas para los niños pequeños con TEA. (p.197-198)

Como bien dice Poch (1998) la música es un elemento flexible y adaptable a muchos niveles. En el caso del autismo, podemos destacar que estos pacientes encuentran en la

musicoterapia elementos como afecto, posibilidades de expresión, posibilidades de relacionarse consigo mismo, posibilidad de relacionarse con los demás y posibilidad de relacionarse con las cosas y con los fenómenos.

El doctor José Antonio Muñoz (citado en Jauset, 2009) afirma que “la música les organiza el área cerebral que les permite relacionarse socialmente. La música y la pintura son su contacto con el exterior” (p. 75). [Traducción al castellano]

La música es un medio de comunicación y expresión que favorece la comunicación, por lo que facilita las relaciones interpersonales de una forma distendida y divertida. De una forma muy especial, la música permite empatizar y, a través de la imitación por ejemplo, se hace patente la aceptación y la seguridad en sí mismo, reduciendo la ansiedad, las rabietas y/ la hiperactividad. Por lo referido a la música, Gaston (como se citó en Betés de Toro, 2000) manifiesta que “es más útil que las palabras. De hecho, es el significado no verbal de la música lo que le otorga su valor” (p. 298).

Otra de las técnicas que se puede utilizar en las sesiones de musicoterapia con niños autistas es la improvisación. Es muy favorable y fructuosa y, además, la improvisación musical crea un marco donde los usuarios pueden expresarse libremente. Por otra parte, la improvisación musical tiene validez con los niños autistas puesto que parte de las capacidades individuales e intereses del niño, ayudándoles así en el desarrollo y expresión de sus emociones y la interacción social a través de la música. También ayuda a reducir la ansiedad y aumenta la receptividad del niño con TEA, proporcionando una manera agradable de estar con el otro. Por último, fomenta el desarrollo del sentido de sí mismo y la capacidad de crear vínculos con el terapeuta. Carpente (como se citó en Porté, 2014) propone seis pasos mediante los cuales facilitar las interacciones musicales a través de la improvisación. Estos son:

- 1) Escuchar y observar las respuestas y reacciones del niño ante la envoltura sonora.
- 2) Crear un entorno musical-emocional.
- 3) Seguir las propuestas musicales del niño.
- 4) Sincronizar musicalmente con el niño, a través del sonido, el movimiento o los gestos.
- 5) Abrir un círculo comunicativo a través de la interacción musical.
- 6) Promover experiencias musicales que provoquen contacto y comunicación. (p. 27)

También destacar que, mediante el manejo de diferentes instrumentos musicales y la danza, los pacientes mejoran la coordinación motriz gruesa y fina, así como aumentan su atención. Además, mediante estas actividades motivadoras se facilita el aprendizaje,



interrumpiendo y alterando patrones repetitivos y posibles rituales. Por último, se desarrollan las habilidades sociales y la comunicación verbal y no verbal. Además, según Lacarcel (1990) a los niños autistas les gusta producir ruidos golpeando objetos de diferentes formas. Más que una capacidad para producir música se trata de una estereotipia gestual. Los niños con autismo tienen gran interés por el sonido de instrumentos como el carrillón o el triángulo, lo cual se puede aprovechar para despertar su interés y su participación en las sesiones de musicoterapia.

Varios estudios demuestran que la Musicoterapia en el tratamiento del TEA posee un gran valor, pues se observan avances positivos en la conducta social y relaciones interpersonales; en la coordinación motora e imagen corporal, y en la comunicación y habilidades del lenguaje.

Los principales objetivos que se pueden trabajar mediante la musicoterapia con niños autistas son:

1. Mejorar las habilidades emocionales y sociales.
2. Usar la música como medio para mejorar las habilidades motoras.
3. Mejorar las habilidades comunicativas.
4. Reforzar las habilidades preacadémicas y académicas.
5. Mejorar la coordinación motriz.

Para poder llevar a cabo todos estos objetivos y desarrollar estas habilidades, Pozo (2012) afirma que la Musicoterapia emplea una serie de técnicas en particular:

- Ejercicios de vocalización.
- Cantar con acompañamiento de percusión corporal y/o pequeña percusión.
- Realizar movimientos mediante danzas, movimientos creativos o técnicas de imitación.
- Juegos musicales.
- Interpretación instrumental.
- Audición musical.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, destacamos la existencia de una serie de estrategias a través de las cuales conseguirlos. Según Eslava (s.f.) éstas son:

- Utilizar actividades musicales que impliquen movimiento, y que éstas ayudan al desarrollo de la coordinación. Además, las canciones y actividades rítmicas grupales favorecen el desarrollo de las habilidades sociales.
- Utilizar canciones, ya sean compuestas o improvisadas, pues estimula el uso del lenguaje. También se consigue, mediante las sesiones terapéuticas, desarrollar un

vocabulario más amplio y mejorar en las habilidades del lenguaje. Además, es conveniente utilizar canciones en las que los usuarios deban contar, identificar letras, distinguir colores, etc., ya que retendrán mejor la información y mejorarán sus habilidades académicas.

- Hacer uso de canciones con instrucciones de diferentes movimientos, de improvisación al ritmo de la música, mejorando así sus habilidades de motricidad gruesa. También se puede trabajar la motricidad fina mediante la manipulación de distintos instrumentos musicales.

Cabe mencionar que las estrategias descritas son sólo lineamientos sugeridos, pero que debe evaluarse cada caso por aparte.

Tras muchas investigaciones, se puede concluir que todas demuestran una inclinación positiva hacia la Musicoterapia en el tratamiento del TEA, bien sea mejorando las habilidades sociales, comunicativas, etc.

#### **4. Conclusiones.**

Así pues, podemos expresar que la Musicoterapia no se trata de un método para trabajar la Educación musical, sino que es una terapia en sí misma. Ésta es llevada a cabo por un profesional, el musicoterapeuta, el cual se ha formado en áreas como: música, psicología, métodos de investigación, etc..., y no el profesor de música, el cual carece de la formación adecuada para ello. Una de las funciones esenciales del musicoterapeuta, es conocer las preferencias musicales que los pacientes. La música preferida es aquella con la que el sujeto se siente identificado y con la que comprende mejor, lo que facilitará el proceso terapéutico.

Uno de los aspectos más importantes de la Musicoterapia no es aprender conceptos musicales o danzas, ya que no es necesario que los pacientes sepan música. Lo importante es saber expresarse. La Musicoterapia utiliza la música como un medio y no como un fin. Por dicha razón, la musicoterapia ayuda y facilita la comunicación y las relaciones interpersonales, y además, como su nombre indica, utiliza la música con un fin terapéutico para ayudar a las personas con necesidades y discapacidades, mejorando tanto su salud mental como física y emocional.

Cabe destacar la gran aportación de la Musicoterapia en el campo del autismo. Uno de los mayores problemas de los niños con autismo es establecer relaciones con otras personas, sobre

todo aquellas que están fuera de su hábitat natural. Gracias a la Musicoterapia, los niños con autismo mejoran sus habilidades sociales y comunicativas, ya que mediante la música, los gestos, la danza, el silencio, etc., pueden expresarse sin tener la necesidad de hablar. Poco a poco, van estableciendo relaciones, dejando a un lado su característica soledad al mismo tiempo que aumenta su atención y sus habilidades motrices.

Tras realizar la revisión bibliográfica, observamos que no precisamente los usuarios que tienen necesidades educativas especiales, como es el autismo, tienen que ser medicados para controlar o mejorar los aspectos, ya sean positivos o negativos, de dicha necesidad. Encontramos terapias, como es la Musicoterapia, que influye en los pacientes de manera positiva si afectan a su salud y metabolismo.

Al realizar este trabajo, me he dado cuenta de la importancia que tiene la música en el desarrollo de los niños, especialmente en aquellos que tienen trastorno del espectro autista. La Musicoterapia no solo debe emplearse con niños con necesidades educativas especiales, sino que puede desarrollarse con todos los alumnos del aula, ya que, tengan dificultades o no, puede ayudarles a desarrollar y mejorar todas sus habilidades.

Para finalizar, me gustaría destacar que se dispone de una gran cantidad de información acerca de la musicoterapia así como de la aplicación de la musicoterapia con niños autistas. Gracias a ella he podido conocer los objetivos que se pretenden conseguir con estos niños mediante esta terapia, al igual que estrategias que nos ayuden a conseguirlo. En cambio, uno de los aspectos que, bajo mi punto de vista, está ausente es la evaluación de las actividades realizadas con niños autistas o los logros conseguidos. Obtenemos mucha información teórica, propuestas de actividades a realizar con niños autistas, pero no se plasman los resultados. Debido a esto, no podemos saber si las actividades y las técnicas propuestas han dado resultados positivos, ayudando a los niños con autismo en sus mayores dificultades.

## **5. Referencias bibliográficas.**

- Alcantud, F., Rico D. y Lozano. (2012). *Trastorno del Espectro Autista. Guía para padres y profesionales*. Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Temprana, Universidad de Valencia.
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid, España: Alianza Editorial, S.A.

- Betés de Toro, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid, España: Ediciones Morata, S.L.
- Davis, W. B., Gfeller, K. E. y Thaut, M. H. (2000). *Introducción a la musicoterapia. Teoría y práctica*. Barcelona: Boileau.
- Díaz, B. (2015). *Musicoterapia y trastorno del espectro autista en las aulas de educación infantil* (tesis de grado). Universidad de Valladolid, España.
- Eslava, J. (s.f.). *La musicoterapia en las patologías del desarrollo* (tesis de máster). Instituto Colombiano de Neurociencias.
- Happé, F. (1994). *Introducción al autismo*. Madrid, España: Alianza Editorial, S.A.
- Jauset, J. A. (2009). *La musicoteràpia*. Barcelona, España: UOC.
- Kern, P. (2012). Musicoterapia con niños pequeños con tea y sus familias para una mejor calidad de vida. En Martí, P. y Mercadall-Brotons, M. (Ed.), *Música, musicoterapia y discapacidad* (pp. 195-207). Editorial Medica Jims, S.L.
- Lacarcel, J. (1990). *Musicoterapia en Educación Especial*. Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Miranda, F.A. (2007). Intervención musicoterapéutica en un niño que presenta trastorno del espectro autista (Monografía para optar al curso de Especialización de Post Título en Terapias de Arte mención Musicoterapia). Universidad de Chile, Chile.
- Payá, B. y Fuentes, N. (2005). Neurobiología del autismo: estudio de neuropatología y neuroimagen. *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 33(0):00-00.
- Poch, S. (1998). *Compendio de musicoterapia. Volumen I y II*. Barcelona: Herder.
- Portés, J.M. (2014). *La interacción con un niño con TEA (Trastorno del Espectro Autista) a través del juego de turnos* (tesis de máster). Universidad de Aalborg, Dinamarca.
- Pozo, P. (2012). *Investigación sobre la creación del vínculo musicoterapeuta-usuario. En dos casos de TEA* (tesis de máster). ISEP Valencia, España.

### **Páginas web**

- Real Academia Española. (s.f.). Recuperado el 12 de Mayo de 2106, de <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- REAL DECRETO 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación infantil. (4 de enero del 2007). Recuperado el 11 de Mayo de 2016, de <https://www.boe.es/boe/dias/2007/01/04/pdfs/A00474-00482.pdf>