



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PADRES CON HIJOS AUTISTAS, LA MUSICOTERAPIA Y EL
DESARROLLO SOCIAL Y CONDUCTUAL DE SUS HIJOS**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
JOSÉ JUAN MONTAÑO ORTIZ**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ**

**COMITÉ DE TESIS:
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ.
MTRA. BLANCA ROSA GIRÓN HIDALGO.
MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ.
MTRO. DAVID AURÓN ZALTZMAN.**



Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

ABRIL, 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Contenido

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	3
CAPÍTULO I	5
AUTISMO.....	5
1.1 CONCEPTO DE AUTISMO.....	5
1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	6
1.3. CARACTERÍSTICAS DEL ESPECTRO AUTISTA.....	8
1.3.1 Características Neurobiológicas.....	11
1.3.2 El autismo de la psicosis infantil	12
1.4. FACTORES DE RIESGO	13
1.5 ETIOLOGÍA.....	15
1.6 DIAGNÓSTICO	16
1.7 TRATAMIENTO	21
1.7.1 Tratamiento adaptativo	21
1.7.2 Tratamiento de Fisioterapia	22
1.7.3 Tratamiento Cognositivista.....	22
1.7.4 Tratamiento Farmacológico	23
1.8 EPIDEMIOLOGÍA	23
1.9. TEORIAS QUE ABORDAN EL AUTISMO.....	25
1.9.1 Teoría conductual.....	28
1.9.2 Teoría Psicoeducacional	28
1.10 FAMILIA Y AUTISMO	29
CAPITULO II	32
2.1 INTERVENCIONES EN EL TRASTORNO AUTISTA.....	32
2.1.1Desensibilización sistemática:.....	33
2.1.2 Técnicas conductuales:	33
2.2 TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA	35
2.2.1 Método ABA:	35
2.2.2 Modificación de conducta.....	35
2.2.3 Reforzadores.....	36
2.2.4 Economía de fichas	37

2.2.5 Moldeamiento.....	38
CAPITULO III	40
MUSICOTERAPIA.....	40
3.1 MÚSICA A TRAVÉS DE LA HISTORIA.....	40
3.2 ELEMENTOS DE LA MUSICA	42
3.3 CONCEPTO DE MUSICOTERAPIA.....	44
3.4 LA MUSICOTERAPIA DESDE LA BIOLOGÍA.....	45
3.5 HISTORIA DE LA MUSICOTERAPIA	47
3.6 .ESTRUCTURA DE LA MUSICOTERAPIA.....	48
3.6.1 Sonido	49
3.6.2 Ruido	49
3.6.3 Silencio.....	50
3.7 CLASIFICACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA.....	50
3.7.1 Curativa.....	51
3.7.2 Preventiva	51
3.8 PROCESO MUSICAL DE LA MUSICOTERAPIA.....	52
3.8.1 Neuroanatomico.....	53
3.9 LA MUSICOTERAPIA APLICADA A TRASTORNOS ESPECIFICOS.....	53
3.10 LA MUSICOTERAPIA DESDE VARIAS TEORIAS.....	55
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	57
JUSTIFICACIÓN.....	57
OBJETIVO GENERAL.....	58
OBJETIVOS ESPECIFICOS	58
PARTICIPANTES.....	59
ESCENARIO	59
MATERIAL.....	60
DISCUSIÓN.....	72
ALCANCES Y LIMITACIONES	74
ALCANCES	74
LIMITACIONES.....	75
BIBLIOGRAFIA.....	76
ANEXOS.....	86

RESUMEN

En este presente trabajo se encontrara un análisis del tema del trastorno autista, encontrándose las instancias del valor neurológico así como psicológico, acerca de la etiología, características, epidemiología, factores de riesgo, los diagnósticos en los cuales existe una diferencia de ciertas características que determinan el diagnostico, así como los posibles tratamientos, teorías que aborden el autismo y como es que la familia está involucrada y aborda el autismo en sus hijos.

Uno de los datos relevantes del autismo es que conforme va creciendo el niño se van denotando mas las características del trastorno autista como por ejemplo: la ausencia del lenguaje, la comunicación, las relaciones sociales, la falta de conciencia y sentimientos hacia los demás personas viéndolos así como solo objetos.

Algo que es muy característico de los niños que presentan el trastorno autista son los hábitos repetitivos e inusuales como los objetos de una misma posición y manteniéndolos en la misma posición por largos periodos de tiempo.

En este trabajo se presentaran varios tipos de tratamientos que tratan de mejorar el autismo, que están aplicadas a los síntomas y la mejora de su calidad de vida de los niños que presentan este trastorno.

La musicoterapia ayuda a los niños con trastorno autista a que desarrollen la memoria y el intelecto basándose en el ritmo, los terapeutas permitirán a los niños interactuar con los instrumentos teniendo una terapia musical que permite al niño autista desarrollarse en forma motora y conductual.

Por lo tanto se invita a que se lee los capítulos presentados en este trabajo que son ricos en contenidos y se puede en ellos encontrar la respuesta a interrogantes encaminadas a explicar el trastorno autista así como una alternativa de tratamiento que es la musicoterapia que es una gran herramienta para la mejora de los niños con autismo.

PALABRAS CLAVE: conducta, social, comunicación, lenguaje, música, terapia

SUMMARY

In this present paper analyzes the issue of autistic disorder is found, finding instances of neurological and psychological value, about the etiology, characteristics, epidemiology, risk factors, diagnoses in which there is a difference of certain characteristics that determine diagnosis and possible treatments, theories that address autism and how the family is involved and addresses autism in their children.

One of the relevant data autism is that as the child grows will denoting more the characteristics of autistic disorder such as: the absence of language, communication, social relationships, lack of awareness and feelings towards other people seeing them as well as single objects.

Something that is very characteristic of children with autistic disorder are repetitive and unusual habits like objects in the same position and keeping them in the same position for long periods of time.

In this paper various types of treatments that seek to improve autism, which are applied to the symptoms and improving quality of life of children with this disorder are presented.

Music therapy helps children with autistic disorder to develop memory and intellect based on rhythm, therapists allow children to interact with instruments having a musical therapy that allows the autistic child develop in motor and behavioral form.

Therefore you are invited to the chapters presented in this paper that are rich in content and can them find answers to questions aimed at explaining autistic disorder and an alternative treatment is music therapy is read a great tool for improving children with autism.

CLEVE WORDS: behavioral, social, communication, language, music, therapy

INTRODUCCION

El autismo es un trastorno en donde se ven afectados en su mayoría por niños y niñas, este trastorno afecta la relación interpersonal, de comunicación, de socialización y de conducta, teniendo una compulsividad y ansiedad hacia los objetos rutinarios, las rutinas que mantienen los niños autistas son muy específicas debido a que si los objetos son colocados de una forma específica y de forma rutinaria, si estos no están colocados de la misma forma dejada los niños autistas experimentarían mucha ansiedad, existen en México 46 mil casos de autismo, la organización mundial de la salud estima que aproximadamente hay un niño autista por cada 160 personas.

Existen teorías que explican las características y tratamientos para el trastorno autista, algunas de estas teorías obtienen resultados favorables, las técnicas utilizadas en su mayoría son específicas para modificar las conductas o rutinas que permiten a los niños autistas establecer una relación, comunicación y sociabilización en el medio en que se desarrollan, lo que pretende establecer este trabajo es acercarse a otro tipo de técnica que es diferente a las técnicas utilizadas normalmente, teniendo en cuenta que puede ayudar al progreso del niño autista.

La musicoterapia es una alternativa funcional que permite a los niños autistas interactuar con los demás de una manera diferente no establecida reglas específicas, la musicoterapia le permite a los niños desarrollar sus habilidades psicomotoras y cognitivas, la música permite abrir canales de comunicación a través de la música, la escucha, el canto y la interacción con instrumentos musicales.

Los componentes de la música como el sonido, el ruido y el silencio permiten a los niños autistas tener una influencia en el cuerpo y en la conducta de forma interactiva y curativa, influye en la subjetividad e intersubjetividad con relación a los demás.

El objetivo de este taller es que los padres que tienen hijos autistas conocerán los beneficios de la música y una vez adquiridos los padres de niños autistas tendrán herramientas para favorecer las relaciones interpersonales, sociales y conductuales de sus hijos.

En el capítulo I se describirán las características, epidemiología, factores de riesgo, y las formas conductuales, el porqué da autismo, así como las consecuencias y complicaciones de como es afectada la familia cuando hay un niño autista y como es que los padres manejan la situación.

En el capítulo II se establecerá que es la música, la música en el autismo, la música como curativa para el trastorno autista, la música como intervención para los niños autistas, herramientas que obtendrán los padres para ayudar a mejorar a sus hijos autistas.

Al término del taller, los padres con hijos autistas conocerán los beneficios de la música y adquirirán herramientas musicales para favorecer relaciones interpersonales, sociales y conductuales de sus hijos autistas.

CAPITULO I

AUTISMO

A continuación se definirá el trastorno autista, veremos que los niños no atienden a una relación con los otros en un entorno social, le es muy difícil poder interactuar con los niños de su edad así como con las demás personas, mantienen rituales de compulsivita y todo aquello que les llegue a afectar los cambios de objetos. A su vez el autismo está afectado en el desarrollo en su cognición y sobre todo en su socialización, el factor de empatía que está muy escaso en el trastorno autista. El proceso de socialización es afectado por lo cual es un proceso muy importante para que el niño pueda desarrollarse

1.1 CONCEPTO DE AUTISMO

Paluszny (1996), menciona que el autismo en la actualidad ha sido muy difícil de definir de tal manera que diferentes autores se han abocado a definir lo que es la conducta, es una serie de trastornos que llegan a afectar las habilidades de comunicación. La sociabilización y la relación con las demás personas, se caracteriza por la falta de relaciones sociales, rituales compulsivos persistentes, una severa angustia al cambio e objetos de su posición original y una resistencia al cambio.

Martos, (2002) menciona que en el trastorno de autismo existen alteraciones en el desarrollo que empezaran a aparecer en los primeros años de vida, mantendrán unas conductas simples así como repetitivas y en ocasiones obsesivas. Mostrando poco interés por las demás personas que están en su entorno social tienen en demasía problemas para aprender el lenguaje oral una comprensión de lo mismo y en su mayoría no tiene capacidades simbólicas.

Los niños autistas en los primeros años de su crecimiento no alcanzan a desarrollar el lenguaje para la comunicación. Ahora bien los balbuceos que son los primeros indicios de los bebes que son utilizados antes de que comiencen a

desarrollar y utilizar la palabras, en los niños autistas son menos frecuentes y por lo regular no transmiten la información a los otros, Davison, (2010)

El concepto en sus inicios definía a las personas como retraídas o encerradas en sí mismas y se podía aplicar a cualquier persona que tuviera esas características que manifestaran ese retraimiento. Martínez, (2003)

Wing (1998), argumenta que los niños con autismo que llegaron a adquirir un lenguaje funcional, este atravesara un complejo laberinto de ecolalias debido a que hay una repetición del lenguaje, tiempo después de haber escuchado una palabra o frase al poco o mucho tiempo la repite, los niños con autismo que llegan a usar ecolalias aprender a hablar con asociar palabras o frases que se repiten es situaciones específicas.

1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Para fines de esta tesina recapitularemos los antecedentes del autismo, como se fue describiendo así como su evolución en los conceptos del mismo En un principio no tenía el nombre de autismo solo estudiaban las características del trastorno, tratando de averiguar cómo es que el autismo en sus primeras investigaciones lo relacionaban con el retraso mental pensando que era una variante, con el paso de las investigaciones kaneer fue describiendo que las características del retraso mental eran muy diferentes a las características del autismo. Posteriormente con el paso del tiempo y de las investigaciones el autismo lo clasificaron con una vertiente de la esquizofrenia.

La palabra autismo etimológicamente viene de la palabra griega “así mismo” con el paso de las investigaciones el significado ha venido cambiando a “encerrado en sí mismo” para la terminología de cualquier persona (Wing, 1998).

Kaneer (1943). publica el caso de un niño salvaje, cerca de los 12 años de edad que fue encontrado desnudo, sucio y tenía un comportamiento de un animal salvaje lo describe como un extraño ser subhumano que no puede hablar ni comprender el lenguaje de los hombres, que está acostumbrado a alimentarse con bellotas y raíces e ignora cualquier modalidad civil.

Tomo a su cargo a un niño abandonado, la descripción que hace, sugiere que el niño encontrado presentaba muchos rasgos de conducta Itard, (1801) no mostraba ni jugaba con ningún objeto, a las personas no las miraba a los ojos, pero refería que tenía una memoria excelente debido a que sabía perfectamente la posición de los juguetes, existía enojo cuando los juguetes eran cambiados de lugar. Interactuó con el niño para poder así reeducar al niño, pero los intentos fueron fallidos, el niño nunca cambio la conducta y nunca hablo, lo único que pudo lograr fue mejorar el afecto hacia las personas y aprendí a comunicar pero no a través del lenguaje.

Desde antes que se le asignase el nombre de autismo o describir las características del autismo, Bleuler (1911), fue el primero en describir el síndrome de Down, para posteriormente investigar el retraso mental, haciendo una descripción del retraso en el desarrollo para así describir a los sujetos que posteriormente se clasificarían como autistas.

Se usaría la palabra autismo para describir un síntoma de la esquizofrenia, explica la esquizofrenia en su sintomatología, refiriendo que los esquizofrénicos con un nivel mayor no tenían contacto con el mundo exterior, se encerraban en su mundo interior en un mundo propio, posteriormente uno de sus estudiantes; Minkowski (1927), definió a profundidad el autismo como el generador de problemas de la esquizofrenia.

Kanner, (1943), menciona que la conducta de un niño de 11 años que mostraba un aislamiento demasiado extraño a una edad temprana, en los primeros años de vida, llamándolo "autismo de la primera infancia" para definir el padecimiento.

El primer artículo del psiquiatra estadounidense Kanner (S/F en Schreibman, 2006), exponía la descripción inicial del síndrome autista. A su vez partiendo de la difícil dificultad para establecer relaciones interpersonales y con el mundo externo en general. Asimismo daba una relevancia especial a las alteraciones del lenguaje, la dificultad para generalizar más allá de la situación concreta de aprendizaje inicial y la utilización inadecuada, con una importante tendencia a la libertad de las palabras.

El autismo era un trastorno emocional, que en el cual ese trastorno se les desarrollaría, por los pequeños daños psicológicos que las madres presentaban del mismo niño Betteheim (1950),

Rimland (1964), argumento que el autismo no tiene que estar necesariamente relacionado en el vínculo del padre con el hijo, si más el refería que esa condición tenía que ver más con una condición de aspecto biológico, dicho autor fue fundador de la Sociedad Americana de Autismo.

1.3. CARACTERÍSTICAS DEL ESPECTRO AUTISTA

Como se observo anteriormente la historia del autismo ha sido complicada de tal manera que las características se han definido cada vez más, varios autores han venido delimitando las características debido a que se tiene que definir el autismo diferenciándose del síndrome de Dawn, la psicosis y el retraso mental debido a que comparten ciertas características el autismo.

Sarason, (1996) nos dice que los niños autistas muestran diferentes impedimentos: en las relaciones sociales, la comunicación y las actividades. Sus interacciones sociales son muy poco comunes. En su mayoría los niños autistas presentan una falta de conciencia de la existencia y los sentimientos de los demás, a las personas las pueden ver como objetos, se puede apreciar que los niños autistas cuando se llegasen a lastimar no buscarían a un adulto para que los consuele.

Los cambios en las personas con autismo son naturalmente diferentes de los niños que son autistas. No existe una gran diferencia en los cambios físicos. Para las personas con autismo los órganos sexuales no representan ningún tabú Schopler y Esibou, (1985)

Rumsey, (1985) menciona que algunas de la características del autismo son similares al déficit de la función ejecutiva que se maneja tras una lesión frontal. También refiere que la conducta de las personas con autismo es muy consecuente a ser rígida e inflexible, llegando a mostrar demasiada ansiedad ante

los cambios del entorno, se manejan perseverantes al no cambio de objetos de posición manejándose así con una conducta estereotipada.

Wing (1979), en base a uno de sus estudios en Londres, identificaron pacientes con un mayor o menor grado de problemas de interacción social, comunicación e imaginación que estaría asociado a un patrón de conductas rígidas y repetitivas. También destacaría que pueden ser identificados por el nivel de inteligencia y podría estar asociado a problemas médicos o psicológicos.

Sostuvo la hipótesis de que los niños autistas carecen de una teoría de la mente, diciendo que los niños autistas no comprenden o no pueden comprender lo que los demás sienten o piensan los demás, Frith, (1993) refirió que los niños autistas a tienen una incapacidad para sentir empatía hacia los demás niños, en la mayoría de las veces no necesitan contacto físico ni respuesta emocional de ningún otra persona

Klin, (1991) hizo un estudio con tres grupos distintos de niños, el primer grupo era de autistas, el segundo grupo niños con retraso mental y el tercer grupo con un desarrollo normal, a los tres grupos se les puso dos pruebas auditivas donde la primera prueba eran las voces de las madres y la segunda prueba eran voces grabadas de algún lugar con mucha gente, los niños con retraso mental y los niños con un desarrollo normal prefirieron las voces de las madres, en cambio los niños autistas prefirieron las voces grabadas o en su defecto no mantenían ninguna preferencia por ninguna de las dos pruebas así mismo; los niños autistas interactúan con otras personas pero a estas personas las pueden ver como objetos, muestran poco interés por las personas no les toman importancia y en su mayoría no les interesa mantener amistades;

Sue, Sue, Sue(1999) establecen tres características del autista,

- Interacciones sociales: un aspecto principal es la falta de interés hacia los demás, los niños con autismo no desarrollan relaciones con sus demás compañeros, cuando los niños autistas presentan alteraciones se exhiben con posturas corporales, gestos, expresiones faciales y poco contacto

ocular. Mantienen una deteriorada capacidad para comprender las emociones o lo que los demás sienten, aunque un niño autista este mirando a otra persona, no significa que esté tratando de empatizar con sus emociones;

- Comunicación verbal y no verbal: gran parte de los autistas no desarrollan el lenguaje y los pocos que logran desarrollar el lenguaje, por lo general llegan a presentar ecolalia, los niños autistas aun cuando pueden hablar son incapaces o no están dispuestos a iniciar o mantener una conversación. Los niños autistas usan más un lenguaje sin sentido.
- Actividades e intereses: los niños autistas tienen hábitos repetitivos e inusuales, como girar los objetos constantemente sobre su posición, tiene pocas actividades, en ocasiones pueden mantener un gran interés en sonidos que son auto inducidos, pueden fijar su mirada a las partes externas de su cuerpo. Mantiene la mirada fija o perdida y estar por completo absortos en sí mismos. El más mínimo cambio de sus objetos que ya conocen y que constantemente manipulan puede desencadenar una angustia o un berrinche así como enojo. Los niños autistas tienen una carencia lo de imaginario así como de lo simbólico en actividades que para los niños con desarrollo normal les seria de lo más fácil.

Kinsbourne, (1991) argumenta que un "casi-normal" como lo denomina debido a que presenta rasgos de autista, teniendo trastorno de la atención, la atención es perseverativa, trabaja lentamente y por lo general es compulsivo, no soportando así los cambios de rutina, socialmente es retraído, en espacial con extraños, no presenta muchos amigos y los ruidos excesivos le molestan mucho, no mantiene mucho interés por las cosas.

1.3.1 Características Neurobiológicas

En el subtema anterior se mencionaron las características generales y a continuación se revisaran las características neurobiológicas del niño autista señalando como se ve afectado el cerebro manteniendo una separación de un funcionamiento inadecuado limitando al niño autista en su interacción social, personal y de rasgos funcionales así como cognitivos.

Para Fejerman, (1994) los estados cerebrales anormales pueden deberse a un déficit fijo en el Sistema Nervioso Central, ya sea que este no se desarrolle o que no funcione en su totalidad. Los lóbulos parietal y occipital monitorean la información que proviene del exterior, mientras que el hemisferio derecho monitorea la información que viene del interior lo que vendría a reflejarse en los sentimientos, las sensaciones y los estados emocionales de las personas lo que en su caso de los autistas no responden a estas sensaciones y estados emocionales.

Los primeros argumentos que se hicieron para una base orgánica, se debieron a que el autismo partió de la observación de que ocurrían convulsiones en una proporción significativa de niños autistas, también menciona que las convulsiones se muestran a cualquier edad, el estudio que hizo mostro que 22 de 52 niños con autismo tenían epilepsia, las anomalías paroxísticas del EEG serian también frecuentes en niños autistas que no poseen una epilepsia clínica Steffenburg, (1991)

Olsson y Gillberg (1988), ubicaron la asociación con el trastorno de conducta y no con el retraso mental concomitante, por lo que sugirieron que los ataques no estaban relacionados de modo inespecífico con el daño cerebral difuso, sino con la difusión de sistemas cerebrales específicos y responsables del autismo.

Los autores Gallagher y Wiegerink, (1976) los estudios detallados de los problemas neurológicos más evidentes en los niños autistas educacionales mostraron que los niños autistas tiene dificultades en diferentes áreas cognoscitivas; también existen rasgos del autismo en la psicosis infantil.

1.3.2 El autismo de la psicosis infantil

Tustin, (1981) argumenta que el recién nacido no tiene ninguna experiencia fuera del cuerpo de su madre, el niño tendrá reacciones a todas las sensaciones que puedan asegurar la supervivencia del mundo hostil, en muy poco probable que el niño tenga un reconocimiento de los objetos que se encuentran él en el flujo de las sensaciones que han de constituir el sentido de existencia del niño; así mismo el niño diagnosticado con autismo primario normal, en su conciencia está relativamente indiferenciada la cual combinadas con la adaptabilidad de la madre a partir de su preocupación maternal protegen al bebé recién nacido de las experiencias "no/sí-mismo, proporcionando un estadio que estará protegido dentro del seno materno y fuera del esto da una constitución de matriz posnatal.

Klaus y Kennell (1976) refiere que en los primeros cuatro meses de existencia del bebé estaría considerado como un embarazo extrauterino, hay una pérdida de la unión umbilical con la madre que sería compensada por una conexión sensorial del pezón de la madre, que vendría a tener una satisfacción innata. En lo que respecta a las sensaciones que tiene el niño en su boca, son el pecho y así sus propios ritmos corporales vendrán creando una idea de lo auto sensual de la madre

Tustin, (1981) refiere que el bebé empieza a desarrollar sentido de vinculación hacia la madre "no/si-mismo" esto significa que el bebé formulara una idea de la madre para que después se convierta en una idea permanente en su mente, El bebé empezara a prepararse como un ser psicológicamente en un sentido para su propia identidad. Cuando hay desarrollo psicológico normal habrá una correspondencia de funcionamiento para con otros seres humanos de una misma cultura, menciona que las capacidades desarrolladas en la fase autista constituirán los cimientos de este proceso *"El sentimiento de que la madre dadora-de-sensaciones es una parte excitante del cuerpo del niño se opone a la verificación de que ella está separada del niño y debe ser compartida con otros. El sentimiento de que el niño "crea" el mundo choca con la comprensión de que es un mundo al*

que habrá de adaptarse y amoldarse. En el desarrollo normal estos duros descubrimientos tienen lugar al abrigo de la matriz posnatal" (Pág. 27).

Winnicott, (1958) observo la respuesta hipersensibilizada de la madre, el recién nacido esta en un estado de hipersensibilidad a la respuesta de sensaciones sensoriales. El bebé quedara expuesto a la mayoría de los riesgos de la hipersensibilidad en sus primeros años, el niño mantiene una conciencia de separación de su cuerpo con respecto a la madre, el niño ha de entender que la madre no es parte de su cuerpo.

1.4. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que tiene la exposición de uno o varios sujetos que aumentaran la probabilidad de que aparezca el trastorno autista en los niños teniendo varias situaciones que incrementaran el riesgo de desarrollarlo los estudios recientes han demostrado que en la mayoría de los casos el autismo de da por la genética de los padres; pero también algunos estudios han revelado que el riesgo de tener autismo se dan por otros motivos.

Barón, (1998) menciona que la biología en relación con el autismo tiene que ver con una o varias anomalías del cerebro que son producidas por varios factores que son de índole biológico siendo tales como los genes, las complicaciones durante el embarazo o las infecciones víricas, teniendo en cuenta que algunas de las anomalías biológicas se encuentran como raíz del autismo, que va acompañado por síntomas neurológicos, discapacidades mentales y trastornos mentales como la epilepsia

Barón (1998), refiere que el autismo será recurrente con un trastorno medico que daña al Sistema Nervioso Central, tales como:

- la esclerosis tuberosa
- en los bioquímicos la fenilcetonuria
- las que son infecciones víricas cerebrales que son el virus de la rubeola

.Cuando hay trastornos médicos en los niños que tiene autismo, estos comparten el rasgo de estar asociados.

El autista tiene una armadura confusional denominado caparazón, está construido en términos de yo y el no-yo (donde el niño se reconoce como un ser existente y el no yo donde el niño no reconoce que existe más a través de la madre). en su mayoría del tiempo, estos niños tiene muy poco sentido del yo mas no del no-yo, el niño que esta encapsulado por segmentos, podrá tener momentos de aguda conciencia de yo, no-yo, a veces estos niños podrán tener inquietantes segmentaciones para describir si son capaces de hablar Tustin, (1972)

Pribram, (1970) menciona que los niños autistas en su mayoría no pueden usar símbolos lo cual podría ser una de las razones por las que el desarrollo del lenguaje este limitado, una posibilidad de que los niños autistas no recibieran una estimulación integrada que provenga del mundo externo;

Los niños autistas pueden tener una estimulación excesiva que no alcanzan a diferenciar, mientras que en otros momentos los mismos niños no son capaces de recibir la estimulación sensorial y así quedan completamente sin respuesta a la estimulación externa.

Lara, Utria, Ávila (2012), encontraron que los sangrados vaginales que están presentes en la gestación es debido al consumo de medicamentos; asi mismo existen los antecedentes de que hubo consumo de tacabo, alcohol en el embarazo, a niños que tiene trastorno autista.

Hernández, Herminio (2007) Argumentan que las vacunas derivadas de mercurio son un factor de riesgo para desarrollar el trastorno autista aunado al mercurio que existe en el medio ambiente.

Los factores de riesgo que tienen que ver con los problemas de autismo se deben a que la madre tiene a sus hijos después de los 35 años debido a los factores genéticos Pérez (2004).

1.5 ETIOLOGÍA

Las causas que vendrían a generar el porqué del autismo están en un campo más extenso del que se ha pensado, existen varias teorías que tratan de explicar el origen del autismo.

López, Rivas, Taboada, (2006), mencionan que la mayoría de las investigaciones que se han hecho en el autismo tienen una vertiente a relacionar un conjunto de aparentes síntomas y junto con sus correspondientes déficits cerebrales, llevan a ciertas identificaciones de sus mecanismos patógenos.

Los síntomas que están en el espectro autista son alteraciones generales del desarrollo del Sistema Nervioso Central Folstein (1999).

Robbins (1999), establece que las diversas posturas teóricas tratan de responder a los comportamientos y sus características heterogéneas del autismo que vienen a ser acontecimientos médicos, genéticos y socio familiares, teniendo en cuenta que en el trastorno autista se desconocen las causas que lo provoca existiendo diversidad de propuestas hipotéticas como: alteraciones genéticas, déficits cognitivos y anomalías que no permitirán la explicación acertada del autismo.

En los años 50 y 60 se pensaba que los padres eran los responsables de que hubiera autismo, no existía casi comunicación, no había afecto teniendo conflictos emocionales generando así los trastornos de autismo, se hicieron investigaciones que estudiaron los factores que poseían los padres, mencionan que los padres no poseían las características de personalidad que pudieran influir en el trastorno; en cambio los niños autistas no demostraron cambios positivos si se les modifica el entorno, entonces el ambiente tiene una escasa significación para el desarrollo del problema Wing (1982).

Los estudios que se han hecho en las regiones del cerebro que van desde el cerebelo, la amígdala, el hipocampo, el septo y los cuerpos mamilares, las neuronas son más pequeñas en estas regiones y sus fibras nerviosas están subdesarrolladas las cuales interfieren en las señales nerviosas, las

investigaciones también señalan que el cerebro de los autistas es grande y pesado con respecto al cerebro del promedio. Polaina Lorente (1982).

López, Rivas y Taboada (2009) mencionan que la explicación del autismo etimológicamente se divide en dos principales grupos, el primer grupo tiene las causas patogénicas del autismo, la referencias a las anomalías en el entorno psicológico o con problemas orgánicos a las anomalías genéticas. El segundo grupo identifica aquellos desordenes psicológicos y fisiológicos como los rasgos de la organización cerebral diferente, así como los trastornos neurofisiológicos también los déficits cognitivos;

A su vez la teoría genetista tiene un amplio soporte, los estudios de las relaciones de hombre-mujer, la recurrencia de hermanos e investigaciones con gemelos, indicaron los factores genéticos de una alteración en la regulación del sistema nervioso cuando se está desarrollando el embrión; los genes tienen una asociación con el autismo teniendo patologías relacionadas.

La relación entre el autismo y los genes se mantiene como el gen que podría ser un gen adquirido dominante, autosómico o una transmisión ligada al sexo; no ha sido demostrado así, es poco probable que el autismo sea una consecuencia heredada, considerándose un 2% de probabilidad Frith (1989).

1.6 DIAGNÓSTICO

Los trastornos de autismo pueden ser muy difíciles de diagnosticar, debido a que no existen pruebas médicas como las pruebas de sangre se pueden diagnosticar otros trastornos. Para poder diagnosticar a un niño con autismo se basan en la descripción de la conducta y características, para delimitar los rasgos que serían prevaletentes en el trastorno autista.

Antes de dar un diagnóstico diferencial se realiza una entrevista con los siguientes pasos

1. Entrevista inicial con padres.
2. Entrevista con el niño.
3. Entrevista con padres y niño

4. Aplicación de un instrumento para detectar rasgos del trastorno autista

Posteriormente se tomarán los criterios del DSM-V que a continuación se describen:

Según el DSM-V 299.00 (F84.0)

A Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de los gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes.

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipadas o repetitivos (estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrasias).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal, (gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o poco de interés (fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, interés excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. hiperactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpitación excesiva de objetos fascinación visual por las luces o el movimiento).

C Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social separa las capacidades limitadas, o pueden estar enmascaradas por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden, para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo,

Las características del DSM-V es una versión americana , la OMS recomienda que se utilice el CIE-10, la interpretación de los casos, así mismo revisaremos las características del CIE-10

CIE. 10

Según el Cie.10: F48 Trastornos Generalizados del Desarrollo

F48.0 Autismo Infantil

A. presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad. Deben de estar presentes al menos unas de las siguientes aéreas:

1. Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
2. Desarrollo de los lazos sociales selectivos o interacción social reciproca.
3. Juego y manejo de símbolos en el mismo.

B. Deben de estar presentes al menos seis síntomas de 1,2 y 3, incluyendo al menos dos de 1 y al menos uno de 2 y otro de 3:

1) Alteración cualitativa de la interacción social reciproca. El diagnostico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes aéreas:

- a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.
- b) Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
- c) Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración, de los comportamientos social, emocional y comunicativo.
- d) Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés en el niño).

2) Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnostico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos unas de las cinco áreas:

- a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso a gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).
 - b) Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado).
 - c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico palabras o frases.
 - d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.
- 3) Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anomalías demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:
- a) Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento es anormal en sí, pero si en la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.
 - b) Adherencia de apariencia compulsiva a rutina o rituales específicos carentes de propósito aparente.
 - c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o los dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo.
 - d) Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).

Palacio (2007), argumenta que el autismo no tiene un diagnóstico biológico, solo está basado en el campo clínico en manifestaciones conductuales, dichas

características son las siguientes: trastorno en el desarrollo del lenguaje, afectación de la comunicación verbal y no verbal y de la socialización y conductas repetitivas.

Para los diagnósticos de los trastornos autistas se pueden tomar ambos criterios por parte de el DSM-V este es la versión americana y el CIE-10 es a nivel de la OMS teniendo en comparación que es mas revisado el CIE-10.

1.7 TRATAMIENTO

El espectro autista no tiene cura, todas las terapias que se ocupan para la mejora del autismo están enfocadas a la aplicadas a los síntomas y a la mejora de la calidad de vida de los pacientes con autismo las terapias suelen ser individualizadas y que se puedan ajustar a las necesidades del paciente para conseguir el mejor pronostico para el niño autista.

1.7.1 Tratamiento adaptativo

Esta teoría explica que son modos en que se generan conductas adaptativas, como por ejemplo el entrenar a niños para el control de esfínteres, disminuir conductas desadaptativas como por ejemplo que el niño deje de escupir, en esta se analizan las causas y consecuencias de la conducta, el objetivo de este tratamiento es identificar los factores que gratificaran o alimentarán las conductas adecuadas o conductas deseadas que serán mas utiles para quitar las conductas inadecuadas, las recompensas deben de estar establecidas por aquello que el niño mas valora. En la terapia de conducta adaptativa no existe un castigo por haber un mal comportamiento del niño pues esto no justifica que haya relevancia en un cambio de conducta favorable, procurando así reducir las conductas desadaptativas y eliminando los factores que podrían alentarlas y poder sustituirlas por habilidades más positivas Barón (1998).

Marcin, (2006), explica que a través de la hipersistematizacion, que es la unidad para analizar cómo funcionan los sistemas para predecir, controlar y construir los mismos, llevando esto a una asociación familiar entre un talento para la sistematización y el autismo en el que padres y abuelos de los niños estarán

relacionados con alguna de las carreras que pueda desempeñar el autista, teniendo sistemas donde estén predecibles para demarcar el comportamiento.

1.7.2 Tratamiento de Fisioterapia

Cazorla, Cornella (2014), mencionan que los niños con trastorno autista tienen características en el cuerpo que determinan el autismo, la actividad motora mantienen postura de difícil modificación y actividades aun más complejas, alteraciones en el tono muscular, la torpeza psicomotora se mantiene debido a que es difícil adquirir la motricidad gruesa y fina, la voz es una característica muy importante en todos los niños que poseen el trastorno autista, la fonología y su producción de la misma determinan la comunicación o no del niño autista.

Cazorla, Cornella (2014), mencionan que hay una gran importancia en el tratamiento de la fisioterapia con niños que tienen el trastorno autista creando un tratamiento en ayuda de los niños autistas con una intervención terapéutica, la aplicación de la fisioterapia hacia las características de cada uno de los niños autistas, se valoran las complicaciones físicas que tiene el niño reduciéndolas a lo menos posible, valorando la mejoría a largo plazo.

1.7.3 Tratamiento Cognositivista

Reviere, (1993), hace mención que desde la psicología cognitiva tendrá una gran importancia para el autismo, teniendo varias estrategias que ayudaran a las alteraciones en los niños, este enfoque terapéutico se centraliza en el desarrollo social, basándose en ciertas hipótesis donde psíquicamente se establecerá la conducta interactiva teniendo así una alteración que es primaria en los niños autistas.

Para Kaufmann (2006), la psicología cognitiva explica la noción del espectro autista enfocando los trastornos autistas donde se pueden encontrar otros trastornos profundos del desarrollo no categorizándolo en uno solo, afirmando que el autista no tiene una teoría de la mente estableciendo que el niño autista mantiene ese rasgo que vendría a ser común en todos los casos de heterogeneidad.

1.7.4 Tratamiento Farmacológico

El autismo se ha abordado desde diferentes modalidades como son: lo conductual, lo cognitivo y psicoeducativos, dependiendo de cada caso es como se aborda el autismo, en la medicación se debe de tener una evaluación de los síntomas del tratamiento para obtener los beneficios y riesgos. Palacio (2007).

A su vez los hallazgos que hay sobre la seguridad sobre el uso de fármacos para los trastornos autistas son aceptables en los últimos años como se muestra en la Tabla. 1

Revisión sistemática		Comentarios
Base de datos de Resúmenes de Revisiones de Efectividad	DARE	Revisión general sobre el uso de todos los anti psicóticos atípicos
Opiniones medicina basada en la evidencia	EBM	Revisión de los artículos publicados sobre la risperidona, a la luz de la medicina basada en la evidencia
Tecnologías Sanitarias base imponible Fecha	HTA	Incluye todos los psicofármacos utilizados usualmente. Es una revisión más amplia sobre el tema

Tabla 1 en Palacio (2007)

1.8 EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología como el estudio y estadística de la frecuencia en que las enfermedades aparecen en diversos grupos de personas con trastornos, también sirve como guía en el tratamiento de los pacientes de trastorno autista

Cabrera, (2007), nos dice que los trastornos de autismo afectan a nivel mundial a 27.5/10.000 personas teniendo en varones 4.1 la relación mujer-varón es de 7-23, arrojando que las mujeres que son afectadas de forma más grave.

Enciso (2007). explica que mas de 40mil niños están padeciendo autismo en México, en promedio la Secretaria de Salud solo ha atendido a poco menos de 250 niños que padecen autismo, los estudios hechos con la relación de los casos de autismo demuestran que la falta de información acerca del trastorno autista convierten a las familias en un difícil padecimiento debido a la mala información y el atenderse a tiempo.

Existe un niño autista por cada 150 nacimientos, este problema es más frecuente que cualquier otra enfermedad como: la diabetes, y el sida, se calcula que en México hay 37mil niños con autismo, entre 1990 y 2005 nacieron 35.7 millones de mexicanos, más del 65 por ciento de de las personas que tienen el trastorno autismo presentan limitaciones que requieren tratamiento de por vida la atención que reciben debe de ser supervisada por gente especializada y refiriendo el costo de los tratamientos es de hasta 5 mil pesos mensuales Enciso (2007).

Prieto, Restrepo (2013) mencionan que hay una patología diagnosticada como carcinoma hepatocelular que ´produjo en el año 2009, 1584 muertes en el país de Colombia que afectan al hígado, teniendo tumores malignos, aumentado el índice de cáncer y una pequeña parte afectando la gestación del niño pudiendo producir trastorno autista.

Silva (2004), menciona que en México hay 46 mil casos de autismo en los Estados Unidos e Inglaterra se hicieron tres estudios donde se tomo a cientos donde se evaluaron las muestras de autismo donde si existe una prevalencia de 0.7 a 4.5 por cada 10mil habitantes

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) la prevalencia mundial del problema es de 62/10.000, lo que significa que un niño de cada 160 padece trastorno del espectro autista Cardona, Higueta (2014).

Para la región Europea su media de 65.5/10.000 con un intervalo de 30.0-116.1/10.000 y en la región Americana de 65.5/10.000 con un intervalo 34-90/10.000. En muchas zonas del mundo en particular en África, las estimaciones de la prevalencia son inexistentes o solo provisionales OMS (2007)

Los primeros datos de estudios realizados en el Reino Unido, e Irlanda del Norte y en los Estados Unidos del América indican que el costo estimado de la atención que necesitan a lo largo de la vida de las personas con trastorno autista se sitúa entre 1.4 millones y 2.4 millones de dólares

1.9. TEORIAS QUE ABORDAN EL AUTISMO

Como se observa el espectro autista ha sido un tema muy difícil de explicar y de tratar, varias disciplinas desde su campo del saber han tratado de explicar y dar resultados a continuación se definirán algunos.

Sue, Sue, Sue, (1999), mencionan que debe de existir una gran importancia en las interacciones de los padres y los hijos, argumentando que la paternidad que es fría e irresponsiva, es causante del desarrollo del autismo. Hace una descripción de los padres cuando son perfeccionistas, fríos y sin tener sentido del humor, refiere que estos padres prefieren hacer actividades más solitarias como leer, escribir, tocar música o pensar, y es muy difícil que piensen en tener un hijo.

Para este autor los padres de niños autistas se encuentran constantemente con mucho estrés así como preocupados por el bienestar de sus hijos, imaginando a futuro cuando ellos ya no puedan cuidar de sus niños autistas.

Bettelheim, (1987) refiere que la introspección está limitada pues solo puede contemplar lo que fue parte de nuestra vida, la introspección no posibilitara la recuperación de los orígenes del entendimiento o posterior desarrollo.

Schopler (1965), analiza la pérdida de la primera experiencia y es limitada a especular sobre la misma, la sensación y experiencia de un lactante será más intensa que la de un niño mucho mayor o un adulto, pues las sensaciones táctiles y olfativas resultan mucho mas filtradas causando y reproduciendo experiencias diferentes a la de un niño autista. El concepto de sí mismo y de los otros desde el

aspecto social carece de sentido para el niño, este da partida a la distinción entre objeto y sujeto.

Argumenta que sí los seres humanos se conservarían en cierta edad primitiva del cual se pudiera percibir el y experimentar el mundo y así mismo. *"Algunos niños permanecen detenidos parcialmente en este estadio del desarrollo emocional e intelectual, otros vuelven a él en parte. Son niños que sufren autismo infantil".* (Pág. 13)

Repacholy, Gopnik, (1997) postulan que los deseos y las emociones son los primeros estados mentales en aparecer en la mente del niño. Quien le ha otorgado un papel causal en la conducta humana, los términos relacionados con estos volitivos (quiero, tengo hambre) empiezan a ser utilizados a la edad de 2 a 3 años, los niños son capaces de comprender la relación causal entre deseos, resultados y emociones, puede asimismo predecir la conducta a partir de los deseos.

Flavell y Miller (1998), afirman que en las emociones su comprensión resulta fundamental, ya que promueven las relaciones positivas de los demás, el logro de las recompensas y los logros interpersonales. A partir de los 3 a 4 años los niños ya son capaces de explicar las emociones propias y ajenas con relación a los deseos y satisfacción.

Los niños empiezan a construir el concepto de las personas como agentes, es decir, como seres animados y a diferencia de los objetos inanimados, pueden actuar bajo su propio criterio Flavell, (1999).

Wing, (1981) el niño autista presenta una triada de déficits importantes:

- Déficit en socialización: lo más destacable es la incapacidad de los autistas para mostrar atención conjunta, empatía por los demás, no juegan con niños de su edad, utilizan gestos protodeclarativos (ambos

considerados precursores de la comprensión de la mente), las dificultades para imitar un déficit en el reconocimiento del afecto y de las emociones.

- Lenguaje: Entre los problemas del lenguaje que son específicos del autismo podemos destacar: retraso o ausencia del habla sin ningún gesto compensatorio; falta de respuesta al habla de los demás, uso de un lenguaje estereotipado y repetitivo; inversión pronominal (decir tu por yo) uso idiosincrásico de las palabras y aparición de los neologismos; problemas para iniciar continuar normalmente una conversación; anomalías en la prosodia (tono, acentuación, y entonación) dificultades semánticas y conceptuales, comunicación no verbal normal.
- Con respecto a la imaginación, los niños autistas presentan una audiencia llamativa en el juego fingido o simbólico espontáneo.

Reviere, (2002), propone considerar el autismo como una dimensión de la personalidad humana, realizando una propuesta cualitativa sin desmerecer la cuantitativa, propuesta por los manuales diagnósticos, y caracterización del autismo.

La teoría del debilitamiento de la coherencia central. quien postula que en el autismo hay una incapacidad para conectar información diversa para construir un significado de más alto nivel dentro de un contexto, existiendo una dificultad para realizar eficientemente comparaciones, juicios e indiferencias conceptuales; esto justifica la capacidad superior en la memorización Frith (2000).

Ramachandran y Oberman, (2006), refieren que hay otras investigaciones, que han tratado de aclarar el origen de la falta de reciprocidad socioemocional en el autismo, son los estudios recientes que describen la identificación de algunos mecanismos neurobiológicos, los cuales podrían explicar la sintomatología autista. Así, se ha apuntado hacia una disfunción del sistema de neuronas en espejo, como argumento central de la falta de procesos de identificación presentes en los sujetos autistas. Estos procesos son necesarios, entre otros aspectos, para el aprendizaje, así como para la adquisición del lenguaje, la expresión emocional y la capacidad de la empatía.

Murillo (2013), menciona que los autistas son personajes verbosos, el niño autista no está enganchado a la voz del campo del lenguaje no existe una relación tan exacta y afectiva con el otro, así el lenguaje y la relación afectiva están separadas quedando así como un objeto extraño.

Comenta que si no existe una primera inscripción de la función del padre, en el cual hay un gran peso del significante que permitiría tener una liga donde está el lenguaje como campo en una parte y en otras lo simbólico, el autista habita el lenguaje pero un lenguaje de sí mismo, según las leyes de la metáfora y la metonimia.

La percepción y la conciencia son los elementos que mantienen los muros del aparato psíquico que esta arruinado por un vaciamiento de lo inconsciente, donde se está augurando por unos retornos alucinatorios que regresan de lo percibido llamado retorno de lo percibido Schamahmann (1994).

1.9.1 Teoría conductual

Paluszny (1991), nos dice que desde la perspectiva en que se maneja la modificación de la conducta está la de identificar la conducta del niño en relación con el medio, como se comportará con relación a ciertos estímulos externos. La modificación de la conducta tiene como objetivo el repertorio de las conductas para abordar los cambios del entorno conductual, la modificación de la conducta hacia niños autistas ha tenido como muestras, incrementar los comportamientos funcionales para que sean adaptativos para las relaciones sociales y también sirve para eliminar comportamientos disfuncionales, demostrando así que las modificaciones conductuales han traído beneficios y mejoras para los pacientes con trastorno autista.

1.9.2 Teoría Psicoeducacional

Marcin (2006) menciona que lo psicoeducativo mantiene efectos en los familiares para la convivencia y así desarrollar cultura para el trastorno autista para que así los familiares puedan entender como interactuar con los niños teniendo ya conocimientos del trastorno autista.

El tratamiento psicoeducativo está dirigido al paciente y a la familia, primero debe de existir la terapia individual con el niño, mejorando sus discapacidades y potenciando sus capacidades para compensar las primeras también se debe de incluir la educación y el asesoramiento de la familia y en última instancia y como complemento educativo la escuela.

El abordaje adecuado psicoeducativo tendrán los factores más importantes en la práctica para el mejoramiento de los niños que tiene este trastorno, Ehlers, Gillberg (2001), el tratamiento psicoeducativo ha demostrado tener eficiencia en los problemas de los niños con autismo compartiendo las experiencias con los padres y conocimiento de las características para que los padres conozcan y empleen en su casa el tratamiento.

1.10 FAMILIA Y AUTISMO

La presencia de hijos con autismo constituyo un factor que perturba la dinámica familiar, la convivencia con un niño con autismo puede provocar cambios importantes en la personal de los distintos miembros de la familia principalmente la relación de los padres entre ellos.

Iruarrizaga, Díaz, Prado, Romero, (2001), mencionan que los padres son el elemento más significativo de las condiciones biológicas y socioculturales que se establece en el autismo, los padres tienen una función de actividad y participación para interactuar con su hijo autista, teniendo un apoyo para una intervención conductual formando unos coterapeutas, no teniendo la necesidad de que los padres sean unos profesionales de la conducta.

Los padres serán los principales participantes en la educación de sus hijos, tienen una gran participación en los cambios conductuales de sus hijos, estos padres tendrán que aprender a mejorar su relación con los hijos para identificar posteriormente las conductas no deseadas Iruarrizaga, Díaz, Prado, Romero, (2001).

Gómez (2006), argumenta que la familia al momento de recibir la noticia de que su hijo esta diagnosticado con autismo, la familia debe de empezar a tramitar el duelo

es esto que tiene que enfrentar debido a que afecta la armonía que tienen todos los miembros que la conforman, después de que los padres se impactan tras recibir la noticia, los mismos padres empezaran a negar que pueda existir en su hijo un trastorno de tal tipo, los padres con niños autistas se comportan de cierta forma comparándolos con los padres, estos padres buscaran la forma y los remedios para poder curar a su hijo.

Nos dicen que el autismo tiene que ver con la manera en que los padres tratan a sus hijos ya sea de forma muy distante o muy fría, no les prestan atención, y la convivencia suele ser muy alejada y sin ningún cariño, mas sin embargo el autismo se ha investigado mas con el hecho biológicamente determinado para los estudios Cuadrado, Valente (2005).

Los padres y madres que tiene hijos autistas presentan niveles de estrés superiores a los de los padres con hijos sanos, así mismo este estrés varía en función de las características del hijo autista de la familia y del entorno social, cuantos más graves y numerosos sean los síntomas del niño autista mayor será el grado de estrés de los padres y entre más aislado sea el niño autista mayores problemas de comunicación y más problemas de trastornos cognitivos Polaino (1997).

Stanton (2002), mencionan que los padres que tienen un niño con autismo pueden llegar a disfrutar por un periodo de tiempo como todos los demás padres que tienen hijos normales que se desarrollan con normalidad, a partir del primer año los padres empiezan a detectar ciertos comportamientos de sus hijos, provocando una inquietud que aumentara con el paso del tiempo, denotaran el rechazo al contacto afectivo, la falta de respuesta a las instrucciones verbales, el juego repetitivo, lo cual irán afectando poco a poco y profundamente a los padres.

Rodenas de la Rocha (2002), establece que para los padres que saben que su hijo tiene un trastorno autista es un suceso doloroso, la asimilación de la situación de un hijo autista llega a durar algún tiempo e incluso en algunos casos no llega a completarse nunca, la reacción de los padres ante el hecho de saber depende de

situaciones como la demora, los signos presentes, en la mayoría de los casos el proceso de aceptación debe de inscribirse dentro de lo que se denomina respuesta a la crisis

CAPITULO II

Las intervenciones son muy importantes para los niños diagnosticados con autismo , ayuda y facilitar las modificaciones de la conducta y el acercamiento social de los niños autistas para la mejora

2.1 INTERVENCIONES EN EL TRASTORNO AUTISTA

Para Garanto (1994), la solución de los problemas de conducta en algún campo de la educación, la psicología clínica y la rehabilitación puede modificarse desde la modificación de la conducta aplicada en estos campos para un procedimiento de una enseñanza.

La modificación de la conducta es importante debido a que sus técnicas son eficaces dentro de los rangos que tienen los niños en sus problemas conductuales no es necesario que existan especialistas que estén constantemente aplicando las técnicas, cualquiera puede ser entrenado a aplicarlas.

Kazdin (1996), argumenta que los repertorios conductuales son y deben de ser necesarios para que se puedan aprender, los sujetos deberían de ser capaces de aplicar cualquier programa teniendo un amplio repertorio de cualquier programa.

Garanto (1994), establece que un análisis de tareas que este de una forma si que a su vez tenga una descripción detallada de ciertas habilidades conductuales, que comprenderán la realización de tareas y funciones que desempeña, qen donde se toma en cuenta que se deben de identificar los comportamientos intermedios, que el sujeto adquiere para alcanzar la conducta terminal que tiene que tener un repertorio durante el análisis de tareas.

Un objetivo será la reducción de las conductas repetitivas y disruptivas que dificultan el aprendizaje y la interacción social del sujeto, la modificación de conducta es eficaz para lograr establecer conductas innecesarias mediante procedimientos de extinción, reforzamiento diferencial de otras conductas, castigo, incremento de conductas que sean funcionales Hernández (1996).

Las conductas disruptivas como rabietas y agresiones de cualquier tipo, pueden desaparecer con técnicas para modificar la conducta, eliminando siempre que sea posible, Reviere (2001), menciona que los estímulos discriminativos que desencadenen la conducta, enseñarle habilidades para que hagan frente a situaciones determinadas que son desencadenantes de estas conductas, reforzar de forma diferencial otras conductas ya aprendidas y adaptadas de forma que estas lleguen a tener mayor frecuencia que la anterior sustituyéndola.

Para Rendruello (2002), la enseñanza de habilidades que están relacionadas con la autonomía personal en niños con autismo que tienen alteraciones graves del desarrollo debe de estar acompañado de un tratamiento educativo, el objetivo será que los niños comiencen a tener habilidades para conseguir algo en una elección para la realización de eventos o situaciones que no precedían en las conductas de los niños autistas.

2.1.1 Desensibilización sistemática:

Kazdin (1996), argumenta que el uso de imágenes la desensibilización reduce el comportamiento de ansiedad y actitud positiva de los niños autistas, el valor de la relajación muscular y las imágenes puestas, disminuyan el comportamiento, teniendo una menor ansiedad y acercamiento hacia el trastorno.

Los pacientes autistas son complicados por lo que se han manejado técnicas de desensibilización sistemática que consiste en enseñarle al paciente de un modo visual todos los pasos del tratamiento que se le realizaran, pedirle que escuche los sonidos, que toque y trate de interactuar con el mundo exterior así los padres podrán hacer lo mismo poco a poco para que el niño vaya teniendo confianza y obtenga conductas aprendidas Nielsen (1991)

2.1.2 Técnicas conductuales:

Horner (2002), establece que la modificación de la conducta no se había utilizado en niños autistas porque existía un dogma de que los niños autistas eran normales que tienen el contacto humano y todo esto debido a los malos manejos psicológicos ya que se presenta que las madres eran frías con ellos.

Reviere (1998), menciona que la técnica o método está basado en la división de tareas ya sean simples o complejas por ejemplo el lenguaje comunicativo, aquí es donde se enseña a través de esfuerzos que estarán separados por un lado el terapeuta y por otro lado los padres que en conjunto trabajaran ambas partes para obtener un aprendizaje coherente.

Para Simons (1989), los niños autistas no aprenden de manera natural ni de manera espontanea que están en ambientes típicos así como lo hacen los niños normales, sin embargo usando reforzadores se intenta construir comportamientos sociales que serán útiles siendo que se trabajaran para reducir los problemas.

El niño autista no tiene habilidades como el hablar el imitar, los objetivos se trabajaran en pequeños pasos para lograr lo esperado siendo así que se consiga aquello que queremos que aprenda el niño autista, la tendencia en la modificación de la conducta está dirigida hacia controles positivos de la conducta, se obtiene una descripción del comportamiento problemático y se hace una detallada descripción de la conducta, para posteriormente observar los posibles refuerzos que hacen que dicha conducta sea consecuente en el medio ambiente Vivas (2002);

Así mismo al realizar una intervención que irá disminuyendo la frecuencia en que se produce la conducta problema, hasta que esta desaparezca por completo, las técnicas se aplican para también favorecen conductas positivas y otros aprendizajes.

Kazdin (2000), menciona que el entrenamiento a los padres se utiliza en el tratamiento de niños autistas con conductas agresivas, dicho tratamiento consiste en entrenar a los padres para que utilicen variaciones de inducción y moldeamiento de reforzamiento de conductas incompatibles, en este caso los padres de niños agresivos poseen tasas elevadas de castigo estricto, el entrenamiento con los padres enfatiza el reforzamiento positivo para la mejora de la conducta en favor de los niños agresivos.

2.2 TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA

2.2.1 Método ABA:

Este método está basado en el análisis conductual aplicado las siglas provienen de Applied Behavioral Analysis, este tiene un origen que es de carácter científico, dichos estudios empezaron en el año de 1913 sobre el aprendizaje y causa continuando estos estudios con Iván Pavlov en sus experimentos con los perros para después John B. Watson lo llevo al aprendizaje con niños.

- Es un procedimiento de extinción que disminuye la respuesta condicionada, cuando un estímulo condicionado se presenta en ausencia del estímulo no condicionado.

2.2.2 Modificación de conducta

Para Avia (1984), la modificación de la conducta vendrá a ser una alternativa para los modelos de la conducta anormal, para el área de la salud mental, soluciones eficaces a los problemas presentados o que se llegasen a presentar en una investigación experimental sobre el comportamiento, Ayllon, Azrin (1965).

Vallejo, Fernández, Labrador (1997), refieren que existen tres núcleos básicos en los que se ha desarrollado la modificación de la conducta, este se apoyara en los pasos básicos de la psicología del aprendizaje, mas también se centra en los principios del condicionamiento operante que también está dirigido a varias áreas pero lo que más interesa en el área de la clínica, los otros dos desarrollaran sus técnicas de intervención basados en el condicionamiento clásico, este se centrara en el área clínica mas exclusivamente.

Bandura (1974) argumenta que el análisis experimental de la conducta es para ser aplicada a la modificación de las conductas anormales, donde está determinada por los factores ambientales; Asimismo se deben de aplicar los principios del condicionamiento operante, cuyo objetivo es para demostrar experimentalmente como el cambio producido en la conducta se debe al tratamiento.

Las variables medicionales tratan de explicar y controlar las conductas anormales como medir la ansiedad la cual tiene una mayor frecuencia, Wolpe (1978), estas

conductas anormales se consideran como secuencias de estímulo-respuesta, las cuales se derivan fundamentalmente del condicionamiento clásico y estas aplicaciones se asignaran a conductas o problemas que juegen un papel de conductas anormales.

El medio determina al sujeto, así como la conducta del mismo podría modificar el medio, esto determina que existe una explicación entre las conductas y la modificación tanto de aspectos del condicionamiento operante como clásico, también son importantes en los procedimientos de autocontrol Kanfer (1978).

Para Clemente (1985), la modificación de la conducta en la salud mental, reflejara habilidades que serán útiles para los especialistas terapéuticos, ya que estos programas de intervención están basados en aspectos empíricos y comienzan a ser de gran importancia para las orientaciones provenientes del moldeamiento, entre otros problemas comportamentales que existen se pueden señalar las conductas depresivas, que se pueden etiquetar como esquizofrénicas.

Marks (1976), menciona que la modificación de la conducta tiene una extensa revisión ya que tiene un porcentaje de éxito alto ya que tiene un apoyo más sólido a tratar de cambiar conductas.

Para Powers (1999), .La modificación de la conducta para los niños autistas es muy eficaz ya que tiene el manejo sistemático de los sucesos que son ambientales que siguen a las conductas, con el objeto de remplazar y modificar los déficits, todo lo mencionado se combina de manera sistemática de los procesos realizados y el reforzamiento de la conducta deseada.

2.2.3 Reforzadores

Para Jerome (1996), la consecuencia es el resultado de una conducta siendo la consecuencia, es un reforzador positivo si esta tiende a incrementar la conducta que sigue, entonces el reforzador positivo incrementara la conducta lo cual nos se observa en el siguiente ejemplo:

“El niño dice por favor para conseguir una galleta y la mamá se la da, la conducta será decir por favor y la galleta dada será un reforzador positivo para que

esperemos que el niño diga más veces por favor más seguidamente, lo cual significa que el niño ha sido reforzado positivamente para esa conducta”. (pag 122)

El reforzamiento positivo es útil para la emisión de otras conductas que son diferentes o incompatibles a las que se desea eliminar, las técnicas se utilizan para disminuir conductas inadecuadas o agresivas, esto dependerá de la aplicación del reforzamiento para conseguir la eliminación de la conducta, Labrador (1995).

Olivares (2001), menciona que el reforzamiento diferencial es la reducción de conductas mediante el empleo de métodos positivos, el reforzamiento va a eliminar la realización de conductas inapropiadas reforzando cualquier conducta, menos la que se desea disminuir o eliminar.

2.2.4 Economía de fichas

Kazdin, (1978), menciona que las fichas de reforzamiento son reforzadores generalizados que serán cambiados o canjeados por una gran variedad de eventos que son reforzadores de apoyo, que tienen bienes, servicios, junto con actividades y privilegios, para hacer una economía de fichas se debe de especificar las conductas metas, son determinadas por el niño con el que se trabaja, se establecen unas cuantas fichas, deberán de costar cada reforzador de apoyo, a su vez se deben de establecer como reforzadores condicionados, puesto que originalmente es un estímulo que no era reforzador, si no que había adquirido ser reforzante al ser asociado con otros reforzadores.

Para Martin, Pear (1999), el uso de fichas dará la posibilidad para algunas multas que disminuirá el comportamiento inadecuado, cuando se utilizan las multas se deben de añadir contingencias de entrenamiento, estos a su vez enseñaran a los niños a aceptar las multas para que no se sientan de una forma emocional ni agresivo.

La economía de fichas vendrá a ser un programa donde el niño puede ganar fichas por hacer diversas conductas deseables, estas fichas pueden ser obtenidas

o canjeadas por reforzadores de apoyo, los reforzadores que están condicionados tendrán características que serán muy importantes: las fichas estarán cuantitativamente conforme a la cantidad de reforzamiento y las que tendrá el sujeto en su posición, no existe un número determinado de fichas que el niño pueda tener, los reforzadores condicionados establecerán el puente entre la respuesta deseada y la entrega; además proporciona el reforzamiento y mantiene la respuesta fortalecida así mismo la respuesta será reforzada en cualquier momento Ayllon, Azrin (1976).

Rutter (2008) argumenta que los lineamientos base, necesitan dos líneas base sobre las conductas que son metas específicas debido a que posteriormente habrá una comparación de los datos con los datos de la línea base que determinaran la eficacia del programa, se tendrá que seleccionar los reforzadores que serán de apoyo, la economía de fichas incrementará la variedad de los reforzadores que se podrán utilizar para obtener una respuesta deseada, cuando los reforzadores de apoyo están establecidos se van a usar y el cómo se va a obtener, se deberá de diseñar un método general de administración, se deberá de seleccionar el tipo de fichas, las fichas deberán de tener una forma atractiva, ligera, que sean duraderas, manejables y difíciles de falsificar, los lugares de donde se debe de llevar el programa deben de ser los más adecuados

2.2.5 Moldeamiento

El aprendizaje observacional también llamado imitación o aprendizaje vicario en la teoría en el aprendizaje social, la mayor parte de la conducta se aprende por observación y así se irá moldeando, la técnica básica de este procedimiento consiste en exponer al mediador ante una persona que demostrará que será adoptada por este, cuando se observa la conducta observada se le pedirá al mediador que reproduzca la conducta observada, Pineda, López, Torres, Romano (1987).

Ayala, Téllez, Gutiérrez (1994), nos mencionan que el sujeto observará una conducta modelo y posteriormente la imitará con el propósito de adquirir nuevos patrones de respuesta a esto se le denomina efecto de adquisición, para fortalecer

o debilitar respuestas, cuando hay efectos inhibitorios, facilita que tenga ejecución de respuestas con un repertorio conductual del sujeto.

CAPITULO III

MUSICOTERAPIA

Se puede considerar que la musicoterapia es manejada en dos aspectos lo científico y lo terapéutico, si lo separamos y lo definimos podríamos decir que la musicoterapia investiga y se ocupa del estudio en una complejidad del sonido-ser humano, buscando así elementos que sean de diagnóstico y métodos terapéuticos de la misma música. Desde el lado terapéutico la música se utilizara como la medicina donde se ocupa el sonido, la música y el movimiento estos para poder producir efectos que sean regresivos y abrir canales de comunicación, teniendo así un entrenamiento y una recuperación para el paciente.

3.1 MÚSICA A TRAVÉS DE LA HISTORIA

La historia de la música es la historia de un estilo musical y no puede comprenderse sin un conocimiento directo desde la misma música, la exploración de cómo es que se ha estudiado para descubrir que tiene efectos en los seres humanos para cualquier motivo.

Alvin (1984), refiere que por medio de la experimentación y la observación los antiguos hombres descubrieron y encontraron diversos sonidos que les producían varias sensaciones que con el tiempo podían reproducir por medio de su cuerpo y posteriormente con objetos manteniendo un ritmo conforme avanzaba la música o si iba acompañando de voz teniendo una melodía de forma primitiva.

Hace mención que en los años 374-604 a.c. se había creado el cántico Ambrosiano donde hacían canticos en forma de himnos para los monjes para posteriormente darle nacimiento a los canticos gregorianos Zanotti (2005).

Palacios (2001), argumenta que la música ha venido evolucionando a través de la historia creando fenómenos del ámbito social y artístico, los ritmos y canciones de los hombres primitivos serían asociados a ritmos de importancia para la vida en la que se desenvolvían: la caza, funerales, el nacimiento de un miembro de las tribus, cosechas y para la curación de algunos enfermos; los médicos practicaban números canticos, recursos vocales y gritos para disminuir los efectos malignos

así como hechizos, la música aunada a la danza la requerían para el bienestar y prosperidad de la madre naturaleza para tener mejores cosechas, una lluvia constante y tener buena fecundidad.

Para Poch (1999), la cultura musical creó un culto que era dedicado a los dioses y hacia los intelectuales para hacer un modelo social, refiere a los mitos de Homero y Orfeo hacían cantos a las fieras para su domesticación, creaban efectos beneficiosos para la educación de la aristocracia, la música la usaban para disminuir el dolor, la curación y la purificación produciendo efectos sedantes y calmantes.

Piña (2013), menciona que la música tuvo una esencia primordial en el canto, así como la poesía y cánticos, después elaboraron los instrumentos creando modos en escalas en lo que ahora se llaman escalas modernas.

Los romanos tomaron mucho de los griegos en los aspectos musicales, los romanos usaban la música romántica y de amor para curar ciertas patologías, una de ellas eran las enfermedades mentales, tenían la convicción de que la música tenía poderes para contra restar la depresión o los estados de tristeza Poch II (1999).

Guthrie (1973), refiere que la religión cristiana se desarrollo y creció en el ambiente judío, usaron los cánticos como alabanza a Dios, retomaron la música para tener efectos de beneficio y de paz enfocándose en los cantos gregorianos teniendo una meditación que trascendía espiritualmente hacia la cura.

En la edad media influenciada por los cristianos empezaron los cánticos en catacumbas, heredan en sus ancestros la teoría musical así como su importancia en la vida educativa Piña (2013).

Alvin (1997), argumenta que en el renacimiento la música y la medicina tendrán una importancia para el paciente, observando que ambos daban un efecto curativo, tener ese conjunto el paciente empezará a experimentar comunicación, socialización y autoexpresión.

Los autores clásicos retoman las ideas de la música en científicas, estéticas y sobre todo terapéuticas, refiriendo que los hombres por naturaleza tienen un gusto por la música y todos los efectos que esta produce teniendo en cuenta las reacciones a las que con lleva Shirlaw (1969).

Lago castro (2006), menciona que la música ha tenido una influencia en el ser humano y en las sociedades con su gran número de estilos, a nivel mundial se dice que en la cultura egipcia aparecieron los primeros instrumentos musicales donde se hallaron diferentes tipos de instrumentos de vientos así como instrumentos de cuerdas y de percusión.

La música en sus géneros más esenciales como es la ópera, la música instrumental y los cánticos se han venido perfeccionando a través de los años, esto ha hecho que los hombres tengan una búsqueda interminable por descubrir, más a profundidad los efectos que tiene las música en la personas, tratando de saber cómo es que opera en la mente y el cuerpo, llevándolo así a la terapia musical. Alvin (1997).

3.2 ELEMENTOS DE LA MUSICA

Existen varios elementos que componen a la música sin ellos estaría sin sentido no se comprendería, no existiría un sonido agradable y para la escucha humana solo sería un ruido más de cualquier forma de la naturaleza o un instrumento creado por el hombre, los elementos que componen a la música se unen para darle forma y armonía en conjunto creando melodías que se aprecian al escucharlas.

Grout (1990), menciona que la música está constituida por:

- Sonido, este se produce cuando un cuerpo sonoro es excitado saliendo de su cuerpo en reposo, iniciando un movimiento vibratorio donde se desplaza alternativamente, la vibraciones se trasmiten por el aire llegando los estímulos a nuestros oídos que se trasformarán en impulso nervioso, llegando al cerebro para obtener un significado de esa vibración.

Ulrich (1997), hace mención que el ritmo :

- Es la continuidad del tiempo que es segmentada por sonidos que se mantiene entre si, en cuanto tenga su duración, ha esta segmentación le llamamos ritmo, el ritmo organiza la duración, siendo ritmo cuando se reproduce un golpeteo en cualquier superficie; a su vez
- El ritmo es la distribución sonoras que están en el tiempo y en el espacio, hace pautas de intervalos de repetición, el ritmo es el movimiento que se repite con regularidad, teniendo en cuenta que distribuye los sonidos y silencios en unidades métricas.
- El ritmo por naturaleza ya es música aun cuando sea un solo elemento rítmico que proviene del timbre de donde se ejecute, el orden melódico está basada en la capacidad humana de memorizar y percibir los intervalos de una respuesta sensorial de una determinada frecuencia vibratoria.

Rebatet (1997), argumenta que unas pulsaciones llamadas thesis y unas pulsaciones llamadas arsis que son parte del compas binario, estas provocan que en nuestros oídos que sean percibidas en agrupación o en pareja dichas pulsaciones.

Fernández de la cuesta (1997), menciona que la melodía es:

- Una sucesión de sonidos y silencios que tendrá una secuencia lineal en un entorno sonoro particular, es el arreglo de una serie de notas, la tonalidad es la parte fundamental de la melodía, también forma parte de un conjunto de sonidos que son concebidos en un ámbito sonoro que se percibe con un sonido propio.

Pérez (1995), considera que la intensidad es la cualidad del sonido como volumen, la cualidad del sonido podrá permitir distinguir los sonidos fuertes de los sonidos débiles.

Maneveau (1993), menciona que el timbre es la cualidad que tendrá el sonido que nos permitirá distinguir el cuerpo del sonido, la función de las intensidades de los armónicos componen un sonido.

La armonía es la posición de sonidos que se van a producir simultáneamente combina los sonidos de acuerdo a los acordes y las voces armónicas Pérez (1995).

3.3 CONCEPTO DE MUSICOTERAPIA

La música como terapia se puede ver como algo científico ya que hay muchos profesionales que se han dedicado a las tareas que envuelve la musicoterapia, abordada desde varios países teniendo resultados favorables para llevar la música a la terapia de individuos

Para Benenzon (1981), la musicoterapia es una especialización de lo que sería el sonido-ser humano, donde el sonido musical busca elementos diagnósticos para introducir métodos terapéuticos; tiene una investigación científica así como un uso de las aplicaciones del sonido en el campo terapéutico hay elementos que son capaces de producir estímulos sonoros, dentro de estos están aparatos electrónicos, instrumentos musicales, cuerpo humano y sonidos de la naturaleza.

Poch (1981), considera que la musicoterapia es una aplicación científica del arte de la música que tendrá como finalidad algo terapéutico, para la recuperación o prevención de estados de salud ya sean físicos o mentales.

La musicoterapia tiene una utilización científica ya que tendrá una objetividad y una repetición, tomando en cuenta que tiene métodos y procedimientos que son de investigaciones científicas de la música terapéutica sin una investigación que sea de índole científica en la música la musicoterapia no podría existir Bruscia (1987).

Como se observa estos autores al definir a la musicoterapia hacen mención de que el sonido es terapéutico, pero en realidad la musicoterapia está compuesta por música, no por los sonidos que son aislados, sino todo lo contrario está compuesta por sonidos estructurados para la medicina que influyen en determinadas personas teniendo así algo terapéutico.

De acuerdo a Hevner (1935), los acordes o los sonidos en su forma aislada no serán música, debido a que no tendrán un contexto en una composición musical, donde existe una estructura cuyos acordes van ligados para formar una melodía.

Meyer (2001), menciona que la música expresa la belleza a través de los sonidos emitidos desde algún instrumento o desde el cuerpo mismo, para que pudiera tener un entendimiento de la expresión de la belleza argumentaba que para poder distinguir y apreciar esta belleza musical, habría que tener en cuenta que tendríamos que educar a nuestros sentidos, a una sensibilidad de un gusto interior manteniendo así una carga emotiva, un placer por la vida para cuando se admira algo bello que es la música.

Benenson (1999), refiere que la musicoterapia va a utilizar música y determinados elementos por un sujeto que es experto en la musicoterapia y este a su vez necesitará de un paciente o grupo en donde puedan manejar la información y la comunicación y así poder promover el aprendizaje, expresión y organización de elementos que puedan mover al paciente o a los grupos en unas necesidades cognitivas, sociales y psíquicas

3.4 LA MUSICOTERAPIA DESDE LA BIOLOGÍA

La musicoterapia es una disciplina que puede ser accesible a todo mundo y podemos marcar que no hay cultura sin música, ni que ninguna persona no haya o este ajena a ella, considerando así que la música es un fenómeno que es universal, con el paso del tiempo se le han dado atributos y propiedades curativas, las mismas personas de la antigüedad la usaban para rituales y para curar a los enfermos, en la actualidad se sigue usando para reflejar que la sociedad necesita de ella para diferentes aspectos como son: bodas, rituales funerarios, a continuación veremos que la musicoterapia se acerca a diferentes niveles de las emociones, teniendo esta disciplina una utilización en diferentes profesiones para un método terapéutico.

Pérez y Zatorre (2003), mencionan que la música es vivida por cada una de las personas de forma diferente según sus aspectos de vida, existen algunas corrientes que apuntan a diferentes teorías para que puedan explicar cómo es que la música ocupa un lugar en nuestras vidas, explicando así desde la teoría de la musicobiología teniendo una relación entre la biología y la música.

Los autores mencionados anteriormente determinan si la música podría ser adaptativa en los niveles biológicos, se adentran a investigar si este aspecto tiene una relación biológica con otros animales diferentes a los seres humanos, la relación que maneja los humanos con la música se ve representado en el mundo animal como por ejemplo: el canto del pájaro estudiado por varios científicos para analizar su canto y su relación con las aves de su misma especie.

La música se debe de analizar debido que es una conducta como se maneja exclusivamente en los seres humanos, así comparando con el ejemplo del lenguaje donde menciona que es exclusivamente del ser humano y con esta base aparece en cualquier cultura Robb (2000).

Lucas (2013) hace mención que el contexto de la música va mas allá de las diferencias entre el ser humano y el animal abordando y retomando las cuatro dimensiones de Tinbergen, teniendo así una relación entre la música humana y la música animal como se muestra en la siguiente tabla 2

Causa	Funcional	Filogenética	Desarrollo	Mecánica
Aves	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atraer pareja ✓ Defender terreno 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El órgano vocal del canal evoluciona con la especie 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consecuencia de la interacción del medio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Circuitos neuronales complejos
Humanos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo del canal vertebral torácico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Innato o aprendido 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integra distintos dominios

Tabla .2 en Lucas Arranz (2013)

De acuerdo a Katagiri (2009), existe una relación entre el ser humano y la música donde maneja los aspectos cognitivos y emocionales teniendo una conexión con base en ciertos argumentos, uno de ellos es donde dice que la experiencia placentera es la de escuchar música en si misma aunado a que implica la energía física movilizada.

3.5 HISTORIA DE LA MUSICOTERAPIA

El abordar de la música antigua ha permitido a varios autores investigar los beneficios de la música en ciertas enfermedades, las investigaciones se han venido dando desde épocas antiguas observando como sus efectos que traía el simple hecho de hacer un ruido para hacer rituales, llevo a la investigación a profundidad los efectos benéficos de la música haciéndola terapéutica.

Lucas (2013), argumenta que los orígenes de la musicoterapia datan de tiempos muy antiguos, teniendo en cuenta las propiedades curativas de la música así como su uso, la música está asociada a momentos de la vida que están emocionalmente liadas a ciertas necesidades como son: las cosechas, la caza, los rituales donde existe una enfermedad y la música está dirigida a la curación.

Las culturas primitivas relacionaban la música con la medicina teniendo como un concepto divino a la música con propiedades curativas y servía para ahuyentar espíritus diferenciar lo bueno de lo malo. Cayse (2003).

Benenson (1985), menciona que la música ya tenía una gran influencia en el cuerpo de forma curativa, que ya estaba escrita en los papiros de los egipcios con una fecha de papiros egipcios que están registrados hace mas de 1500 antes de Cristo tomando en cuenta el pasaje del pastor David tocando su arpa para calmar al rey Saúl.

Zorrillo (1999), argumenta que la musicoterapia desde la antigüedad ha sido utilizada para beneficios de la salud referia que los hombres que eran primitivos para poder sanar o curar a un enfermo hacían rituales con palabras y sonidos para que el enfermo pudiera sanar

Gaston (1998), refiere que Pitágoras fue el padre de la medicina espiritual llevando el sonido a la curación, siendo así que analizo como utilizar la música como una técnica que curaría, se paraba por ratos a escuchar a los herreros en los golpeteos de los martillos sobre el metal dándose cuenta que algunas de las secuencias de los martilleos no eran iguales diferenciando que algunos eran más agradables al oído que otros golpeteos, con esto y el pasar del tiempo lo llevo a crear escalas musicales, desarrollo e experimentos con teorías de la armonía realizados con su lira, abriendo paso a ser el primero que hizo curaciones físicas y emocionales; Asimismo menciona que en 1950 nace el termino de musicoterapia en Estados Unidos donde se fundaría la primera asociación de terapia musical, desde esa epoca hasta nuestros días se han hecho diferentes estudios e investigaciones de los efectos que ejerce la musicoterapia en el hombre o en aquellos que tienen una enfermedad, manteniendo así una funcionalidad de aplicaciones en el campo de la clínica la patología y en la psicología.

Reschke (2011), fue quien experimento por primera vez con grupos infantiles en obras de teatro haciendo que los niños interpretaran todo creando los medios terapéuticos, iniciando así la psicoterapia de grupo y psicodramas.

La musicoterapia ha tratado de relacionarse en muchas disciplinas terapéuticas integrando un complemento terapéutico a fines de curación estas fusiones también pueden ser integradas por el arte o la ciencia, menciona que el arte tiene que ver con la subjetividad, la intersubjetividad, la belleza y la creatividad, menciona que la ciencia tiene que ver con la objetividad, la observación, el análisis y la verdad haciendo así que tanto ciencias como artes se fusionen con la música en un bienestar social Levinson (2006)

3.6 .ESTRUCTURA DE LA MUSICOTERAPIA

Así como la música se compone de elementos para que los sonidos estén acomodados de tal forma que le da sentido a los mismos sentidos, en la musicoterapia ocurre lo mismo aquí se reúnen elementos de carácter similar a la de la música solo que es empleado en pacientes para analizar los resultados y efectos que provoca la música para aprovecharlos en beneficio del paciente.

3.6.1 Sonido

Para Thayer (1982), el sonido esta y forma parte de la naturaleza humana e influye sobre las actitudes y facultades del ser humano, cuando hay un sonido irregular durante un tiempo prolongado se obtendrán respuestas comunes diciendo que el sujeto manifestara como todos los demás respuestas comunes y estados de alerta que se ve a través de los movimientos de cabeza y así mismo los ojos para percibir de donde vienen esos sonidos es decir; que todo lo que esté a nuestro alrededor es sonido derivado de la naturaleza el trueno, la lluvia, el viento, el mar, son percibidos y comprendidos sabiendo que los procede.

Argueda (1984) nos dice que los sonidos musicales afectan al niño debido a los primeros momentos de la concepción del sujeto en donde el primer momento es a través de sentido del oído más que el de la vista.

Muscarsel (1988), refiere que los estímulos externos por cualquier tipo de vía que se hacen presentes en la conducta del neonato las reacciones del sonido serán de tipo reflejas, conforme pasan los meses de maduración oirá diferentes sonidos que provienen del exterior, cuanto más tiempo pase y alcance un poco mas de maduración podrá reconocer esos sonidos que eran a priori; cuando el feto esta dentro de la madre, los sonidos procedentes del exterior conocerán en el una reacción antes estos sonidos

3.6.2 Ruido

A niveles de ciencia el ruido produce acústica de igual forma que el sonido, el ruido tiene una gran influencia en el ser humano, pero catalogaría al ruido como algo muy desagradable, cuyas frecuencias son complejas ya que son sonidos diversos que no estarán relacionados entre sí Poch (1999).

Palacios (1985), hace mención que el sonido es o será un dominio del ruido, es una espiración que modula los órganos fonatorios siendo dirigido a un objeto o instrumento que habrá de producir el sonido, para poder dominar el ruido habrá que expulsar y liberar dicho ruido así será admitido y aceptado el ruido para poder pasar al sonido respectivo del ruido; así mismo cuando los cuerpos producen vibración y viajan por aire llegan a ser tocadas por la piel y en su mayoría por las

partes del cuerpo también por el sistema nervioso autónomo ahora bien el ruido puede llegar a producir una alteración en el cuerpo o en el Sistema Nervioso Central.

Argueda (1984), plantea que los cuerpos que mantienen una vibración que es producida por la onda vibratoria que están en el aire tendrán una manifestación a través de huesos, músculos, sistema nervioso y todo lo que refiere con el cuerpo.

3.6.3 Silencio

El sonido que es transmitido por el aire y el ser humano no llega a escucharlo, es porque está fuera de su percepción auditiva denominándolo así como un silencio, para simplificarlo mas el silencio es la ausencia del sonido, ambos tanto el silencio como el sonido son de manera necesariamente complementaria Arroyo (2001).

De acuerdo a Whipple (2004) el silencio lo entenderemos donde existe un lugar callado pero es una realidad de un ambiente ruidoso, el silencio en su totalidad y de la forma pura nos dice que no existe; si este silencio fuera de una manera muy prolongada desorientaría al ser humano, se necesitaría tenerlo por lapsos de tiempo para que exista un equilibrio.

Poch (1999), nos argumenta que el silencio profundo en un largo tiempo y de prolongación constante interrumpiría la armonía del ser humano volviéndolo algo tormentoso, se necesitan pausas para complementar la armonía.

3.7 CLASIFICACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA

La musicoterapia se divide en dos aspectos una que es la curativa y la otra preventiva, como sus nombres la establecen la preventiva permite que antes de llegar a situaciones de índole desagradable o en casos diferentes ansiedad y trastornos la música permite la prevención a dicho evento y la curativa o terapéutica, esta para mejorar las situaciones, y conductas que deseamos cambiar para la recuperación del paciente.

3.7.1 Curativa

Para Murow y Sanchez (2003), la musicoterapia hace producir cambios positivos para el funcionamiento psicológico, físico y cognoscitivo, el terapeuta generara una conducta y un ambiente musical para lograr los cambios que se desea en el individuo que estará en tratamiento para generar una cura significativa en el paciente.

La música en el contexto terapéutico genera expresión de emociones incrementando su intensidad para que el paciente socialmente empiece la aceptación y pueda tener una mejor expresión emocional, la música puede permitir ser experimentada con diferentes características de un funcionamiento psicológico y será una adaptación a ciertas necesidades de cada persona Gaston (1968).

La música es efectiva en un ámbito terapéutico tiene la capacidad de influir sobre las emociones y los pensamientos, estas son necesarios para un cambio de conducta, la música tiene respuesta afectivas que activaran los mecanismos de excitación y percepción, la música tiene respuesta a combinaciones neurológicas, para después tener una evaluación de una experiencia musical cognoscitiva Thaut (1990).

Según Meyer (1956), la musicoterapia tiene tratamientos a pacientes con problemas mentales como los niños autistas donde los resultados curativos han sido favorables hacia los pacientes, los objetivos de la musicoterapia también han incluido la reducción de las conductas dispositivas, de adaptación social y habilidades sociales.

3.7.2 Preventiva

Bruscia (1987), hace mención que la musicoterapia tiene la finalidad de poder ayudar al enfermo en diversos métodos o modos previendo o curando a través de la musicoterapia en ámbitos psicosocial o individual, el proceso de la musicoterapia mantiene comunicación y empatía con el paciente y el terapeuta con una influencia para ambos refiriendo así;

que el proceso de la musicoterapia tiene un fin en el cual el terapeuta y el paciente tendrán una comunicación bastante extensa a través de la música en un bienestar de ciertas experiencias musicales con una dinámica compatible entre el terapeuta y el paciente; teniendo procesos y etapas de información, evaluación seguimiento y una finalización del tratamiento.

Pellizzari, Rodríguez (2005), argumentan que el aporte de la musicoterapia describe enfoques teóricos donde se debe de planificar una intervención para que pueda influir en el proceso de la cura terapéutica con la experiencia vivida del paciente, manteniendo así una abstracción de ideas que van a permitir el desarrollo de procesos abstractos en la asociación del pensamiento y la música.

La musicoterapia tiene un concepto en el cual parte de una forma central que es la salud positiva, esta tendrá como objetivo tener una fuente que permite tener prosperidad de la vida cotidiana, actuara sobre las problemáticas de la salud en comunidades siendo así sujetos y objetos de intervención; así mismo el trabajar con una persona o grupos de personas para obtener un objeto de estudio con técnicas sonoro-expresivas, improvisaciones en grupo, canto y voz, el trabajo y estudio se hace con signos sonoros en el riesgo psicosocial, los pacientes Pellizzari y Rodríguez (2005).

Zorrillo (1999), argumenta que la palabra terapia vista desde el campo educativo no tiene un significado de rehabilitación más bien lo maneja como la estimulación de habilitar a la comunicación y expresión de todos los medios para poder obtener mayores sensibilizaciones, capacidades y sensaciones hacia los estímulos, llevándolo al campo de la musicoterapia ya empieza a haber una prevención para la posibilidad de desarrollar un aprendizaje básico conformado por: la atención, memoria y concentración, teniendo varias opciones a la socialización.

3.8 PROCESO MUSICAL DE LA MUSICOTERAPIA

Los efectos que tiene la musicoterapia son de carácter neurológico que determina como es el cual reacciona el cerebro ante estímulos que serán aplicados para poder acceder al cerebro y modificar sus conexiones.

3.8.1 Neuroanotómico

Orjuela (2011) nos dice que la música así como el lenguaje estará formada por diversos elementos, así que hay tonos, intervalos y acordes; al escuchar una música se genera una escucha de carácter acústico con rítmicas tonales y líricas, en esta la canción ingresara al cerebro para que se obtenga un análisis general de la música en módulos específicos generado por el ritmo y compas que se llevara a codificar el tono; la música es una herramienta terapéutica para diferentes patologías por ejemplo vendrá a reducir el déficit cognitivo que tienen los ancianos con demencia, la coordinación motora de pacientes que sufren Párkinson. Así como la mejora de trastornos depresivos y ansiosos.

De acuerdo a Argueda (1984), los estímulos sonoros son constantes en todo lo que nos rodea siendo demasiado invasores, produciendo en el sujeto diferentes sentimientos que pueden ser manipulados por cada uno.

3.9 LA MUSICOTERAPIA APLICADA A TRASTORNOS ESPECIFICOS

La aplicación de la musicoterapia en con autismo han mejorado en procesos cognitivos, senso-motores, perceptivo-motoras, sociales, emocionales, psicológicos y de comunicación, así mismo se les enseña para que aprendan habilidades nuevas a través de la experiencia de la música. Ruiz (2005).

Lacarcel (1990), considera que la música tiene beneficios sobre los niños que no tienen aún bien desarrolladas, sus capacidades motoras y cognitivas, ya que es el medio de comunicación y expresión donde el niño ira mejorando su socialización ya que le ayuda a reducir la ansiedad presentada por el niño.

Ortega, Esteban, Ángeles, Alfonso (2009), nos mencionan que los diferentes elementos musicales como son: ritmo, melodía, timbre, textura y tempo; estarán implicados en actividades que los niños realizan cuando hacen actividades diferentes como cantar, jugar, y también improvisar, en donde la música puede influir para producir cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales para un crecimiento normal del niño, teniendo en cuenta que la musicoterapia creará un ambiente que les permitira aprender mediante la expresión de la, música ya sea cantando o tocando un instrumento.

La musicoterapia ayuda a los niños con retraso mental o autismo teniendo una adecuada adaptación en las relaciones interpersonales y de comunicación en esta terapia también se estimula la memoria, la reflexión y la autoestima Digiammarino (1990).

Los niños autistas rechazan las interacciones sociales, pero cuando los exponen a diversas experiencias musicales tienen intentos comunicativos para con los terapeutas, demostrando así que los autistas tienen una capacidad musical; existen una variedad de técnicas usadas en estos niños, como un entrenamiento musical, musicoterapia receptiva que es escuchar música en vivo o grabada, juegos musicales y la improvisación de la musicoterapia que incluye que el paciente elabore música de forma espontánea Accordino, Comer y Héller (2007).

Benenson (1981), plantea que los sectores del cerebro tienen algunas reservas de los cuales el organismo puede obtener elementos de sustitución o compensación de un daño sufrido, dicha reserva en donde el musicoterapeuta ayudara a que puedan desarrollarse, es que los niños con parálisis cerebral pueden ir disminuyendo progresivamente la ansiedad y la tensión que puede producir estas limitaciones por otra parte;

La enseñanza del musicoterapeuta lo hará a través del control del cuerpo con ritmo, instrumentos, voz y el canto, estas técnicas facilitarán la organización de movimientos para que el cuerpo lo pueda controlar el cerebro, ya que la música brinda connotaciones de tiempo, espacio y ritmo dando a este una sensación de movimiento, el niño al observar que es capaz de expresarse con propios movimientos y medios le generará una desinhibición y autoestima teniendo un diálogo espontáneo y variado.

Schumacher y Calvet (2007), consideran que una intervención para el autismo desde la metodología de la musicoterapia enfocada en sus elementos que están conectados entre sí, involucran el diálogo, el movimiento y la danza donde el autismo debe de estar involucrado más allá de un oyente sino como partícipe de la misma musicoterapia.

Para Campell (1998), la música puede ayudar a que los niños con trastorno autista desarrollen la memoria y el intelecto basándose en el ritmo, ya sea que el terapeuta lo toque o que permita a los niños interactuar con algunos instrumentos.

Fernández de Juan (2008), utilizo una terapia llamada terapia musical improvisada para actuar en la rehabilitación de los trastornos de conducta.

3.10 LA MUSICOTERAPIA DESDE VARIAS TEORIAS

Los beneficios de la musicoterapia no solo se ven abordados desde una sola teoría varias disciplinas se han interesado en el hecho de que la música atrae mejores beneficios que cualquier otra terapia.

Freud (1920), refiere que existe un placer el cual esta en la disociación de la mente, experiencias es lo que puede soportar el ser humano; Llevando esto a la música, en la escucha existe un placer que puede parecernos extraño pues se mantiene evidente en una superficie plana, pero esta misma mantiene compulsiones de repetición a lo cual puede generar un displacer en la escucha.

La pieza musical compuesta tiene las características de llegar a la conciencia y al inconsciente que pueden afectar a cualquiera de las dos estructuras en cualquier persona, puede afectar o ser algo favor del ser humano, interesa el poder que emana la música para poder realizar un estado terapéutico en donde la persona pueda identificar el modo en el que podría ayudar dicha terapia González (2008).

Betes del Toro (2000), propone que la musicoterapia estimula o ejerce las necesidades que se desarrollan en el ser humano así como sus necesidades para poder tener una vida plena, cuando las necesidades básicas se ven frustradas crearan el ruido con ciertas vibraciones inadecuadas que serian las de tiempo disminuido y sin sentido estas mismas están fuera y son inarmónicas, arrítmica y atonal

La organización psíquica se denomina como procesos de la impresiones que son el resultado de la experiencia, en la musicoterapia el paciente tiene esta percepción de la apreciación de la música el malestar del paciente cobrara sentido en la musicoterapia Bruscia (2006).

Schapiro (2007), plantea que el modelo de musicoterapia creativa es donde el paciente hace una improvisación musical acompañada del terapeuta teniendo instrumentos musicales o usando la voz para el canto, mejorando las funciones vitales y mejorar las condiciones neurológicas, existe un acontecimiento que será de carácter interpersonal con cualquier malestar del paciente y la personalidad del terapeuta haciendo muchas interpretaciones de paciente a terapeuta.

El modelo GIM trabaja dos aspectos, la música tiene la posibilidad de provocar sinestesia y otros estados alterados de conciencia manejando así la música en la cual puede provocar momentos extraordinarios para el paciente Schapiro (2007).

Spranger (1961), argumenta que el modelo Behaviorista va a operar con la música a través de una conducta alterada que vendrá a ser reforzada una condición del impacto de la música donde causara un efecto de la relación de música y conducta para el beneficio del paciente en hechos de programas individuales para el tratamiento encontrar las necesidades que el paciente necesita.

El modelo de la musicoterapia psicoanalítica busca los métodos y diagnósticos terapéuticos a través del sujeto buscando su interior musical, lo que produce el sonido en circunstancias ambientales de naturaleza propia, con sus vibraciones en un recorrido del medio ambiente así como recepción de sonido a través de los órganos corporales, la percepción en el sistema nervioso que también vienen a impactar en lo biológico y psicológico encerrando respuestas a la elaboraciones de una compleja fuente de estímulos, el modelo estará como objetivo fundamental tener en los pacientes estados regresivos con ciertas aperturas de comunicación para obtener un progreso en la terapia y recuperación del paciente Schapiro (2007)

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

JUSTIFICACIÓN

Este programa servirá para que los padres de familia obtengan información sobre el autismo, aprenderán, conocerán y podrán aplicar alternativas de unas técnicas de intervención diferentes a las ya establecidas comúnmente, una alternativa de estas técnicas será la aplicación de la musicoterapia, teniendo así una participación en el desarrollo de sus hijos autistas y los niños podrán obtener otra forma de estimulación para el desarrollo de sus habilidades motoras y cognoscitivas.

Los beneficios de la musicoterapia ayudaran a la mejoría de sus procesos cognitivos, censo-motores, percepción de la realidad musical, las emociones y la adaptación social, mejora de la autoestima donde podrán aprender habilidades gracias a la música.

El propósito de la musicoterapia es ayudar a la disminución de las conductas en la adaptación del niño, los diferentes elementos que componen a la música como son: el ritmo, melodía, timbre, textura y tiempo ayudan a los niños a que en sus actividades motrices así como el juego con la música ayuda a que interactúen con el canto y la relación con las demás personas, influyendo así en lo fisiológico y psicológico para el crecimiento del niño autista.

OBJETIVO GENERAL

Al término del taller, los padres con hijos autistas conocerán los beneficios de la musicoterapia y adquirirán herramientas musicales para favorecer relaciones interpersonales, sociales y conductuales de sus hijos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Al finalizar la sesión los padres obtendrán información sobre el espectro autista que tienen sus hijos..
2. Los padres de familia identificarán las conductas de sus hijos así como los comportamientos de inadaptabilidad.
3. Los padres de familia conocerán e identificarán las necesidades básicas.
4. Los padres de familia conocerán e identificarán las rutinas sociales de una apropiada interacción.
5. Los padres de familia conocerán y aplicarán una técnica de intervención (economía de fichas) en las conductas autistas.
6. Los padres de familia conocerán tratamientos (conducta adaptativa) del autismo.
7. Los padres de familia conocerán como la musicoterapia aplicada en el autismo.
8. Los padres de familia identificarán una técnica de utilización del sonido y haciendo sonido con las partes del cuerpo para la ayuda de sus hijos.
9. Los padres de familia identificarán los elementos básicos que componen la musicoterapia como fuente de estímulo para los niños autistas.
10. Los padres de familia identificarán el canto a través de ejercicios para ejecutarlos con sus hijos autistas
11. Los padres de familia aplicarán toda la técnica aprendida de modificación de conducta asociada con la musicoterapia para la sociabilización de sus hijos autistas.

Para la elaboración del programa de intervención se elaborara una invitación a los centros de atención hacia al autismo dirigido a los directores de los institutos para que ellos a su vez se la hagan llegar a los padres de familia. (Anexo 1)

PARTICIPANTES

Taller dirigido a un grupo de 10 a 15 padres de familia, bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Que tenga un hijo diagnosticado con autismo
- Cualquier edad
- Estatus socioeconómico cualquiera
- Cualquier ocupación
- Sexo indistinto
- Escolaridad secundaria trunca o terminada

Para el taller se requiere un psicólogo clínico que maneje pacientes autistas y tenga nociones de musicoterapia que conozca y que actuara como facilitador

ESCENARIO

Para la realización del programa de intervención será necesario contar con un aula de 6x5 metros, que cuente con 20 sillas y 10 mesas. El aula debe de contar con iluminación así como ventilación suficiente para llevar a cabo las actividades.

MATERIAL

Nombre	Descripción	Cantidad
Sillas	Con paleta	Dependiendo del número de participantes
Mesas	Amplias para los trabajos	Dependiendo el número de participantes
Proyector	Proyector para conectar a la computadora	1
Pantalla	Pantalla	1
Memoria USB para la presentación en power point	Presentación de los temas del taller	1
Carpeta del contenido del taller	Fotocopias con los contenidos del taller	1
Cuaderno	Cualquier cuaderno para las anotaciones requeridas	Dependiendo el número de participantes
Bolígrafos o Lápices	De cualquier color	De 10 a 15 participantes
Tambores	Tambores pequeños estilo chinos	De 10 a 15 participantes
Instrumentos de cuerda	1 Guitarra	De 10 a 15 participantes
Grabadora	Para escuchar discos	1
Disco compacto	Disco con varias canciones	De 10 a 15 participantes
Guitarra	Para tocar en sesión	1
Cuestionario de evaluación (Anexo 2)	El cual está sujeto a futuros estudios de confiabilidad	De 10 a 15 participantes

- **Objetivo Específico:** al finalizar la sesión los padres obtendrán información sobre el espectro autista que tienen sus hijos.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
1	Bienvenida y presentación	El facilitador dará la bienvenida a todos los participantes empezando por el psicólogo diciendo: nombre, ocupación. posteriormente aplicara la dinámica "La caja sorpresa"		10 min.
	Dinámica de integración grupal	La caja sorpresa, se trata de aprender todos los nombres, de forma dinámica. (anexo 3)		20 min.
	Información del taller así como los objetivos	El facilitador planteará el objetivo del taller y el objetivo de la primera sesión, describiendo las reglas del taller: puntualidad, participación, respeto, lecturas de los participantes y tareas dejadas	Proyector y computadora	30 min.
	Lluvia de ideas sobre el autismo	El facilitador les pedirá a los participantes que definan que es el autismo para ellos para que así en la lluvia de ideas se recopile las conclusiones.		25 min
	Exposición del tema autismo.	el facilitador utilizara la proyección en power point con los temas: ¿Que es el autismo? Características	Proyector y computadora en power point	35 min.
	Cierre	Aclaración de dudas y despedida		5 min

- **Objetivo Específico:** Los padres de familia identificaran las conductas de sus hijos así como los comportamientos de inadaptabilidad.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
	Bienvenida y presentación	El facilitador da la bienvenida a la sesión 2		5 min.
2	Ejercicios 1 lluvia de ideas	El facilitador pedirá a los participantes que describan las características y el comportamientos de sus hijos autistas		30 min
	Exposición del temas de las características del espectro autista	Exposición del psicólogo de las características del espectro autista en presentación en power point: La relación del autista con la interacción social Los cambios del comportamiento del autista en grupo	Proyector, computadora y power point	30 min.
				20 min
				20 min
	Tareas	El facilitador pedirá a los participantes que observen a sus hijo durante la semana y las rutinas que emplean en su vida cotidiana registrándolo en el cuadernillo por dia.	Cuadernilos	10 min
Cierre	El facilitador aclara dudas de los participantes		10 min	

- **Objetivo Específico:** Los padres de familia conocerán e identificarán las necesidades básicas de los niños autistas

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
3	Bienvenida	El facilitador da la bienvenida a los participantes		5 min
	Recuperación de la información de la tarea	Se discute en foro las observaciones que se anotaron durante la semana de tarea a los padres de familia	Cuadernillo	20 min
	Dinámica	tomando en cuenta los comentarios antes mencionados se les solicitará que identifiquen que conductas fueron inapropiadas y ante qué situación		
	Tema: necesidades educativas de niños con autismo	El facilitador expondrá las necesidades fundamentales de las necesidades de los niños autistas presentación en power point la: Enseñanza y motivación para actuar comunicativamente en el medio social Necesidad de responder a un evento discriminatorio de cosas Comprensión de que los niños autistas tienen las mismas necesidades básicas de afecto, compañía, actividades etc.	Pantalla, proyector, computadora y power point	20 min
				20 min
				20 min
				20 min
Tarea	El facilitador le pedirá a los participantes que observen las rutinas sociales y su interacción de sus hijos en la semana		10	
Cierre	Aclaración de dudas		5 min	

- **Objetivo Específico:** Los padres de familia conocerán e identificarán las rutinas sociales en una apropiada interacción.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
4	Bienvenida	El facilitador da la bienvenida a los participantes		5 min
	Recuperación de la información de la tarea	Se discute en foro las observaciones que se dejaron de tarea a los padres de familia	Cuadernillo	20 min
	Dinámica	Se les solicitará que identifiquen las rutinas sociales y de interacción fueron inapropiadas y ante qué situación		
	Tema: rutinas sociales	El facilitador expondrá las rutinas sociales y de interacción de los niños autistas presentación en power point con los temas: Hábitos repetitivos e inusuales Cambio de objetos y generador de angustia Cambios de rutina	Pantalla, proyector, computadora y power point	20 min
				20 min
				20 min
				20 min
Tarea	El facilitador les pedirá a los padres que para la siguiente sesión expliquen qué forma o métodos utilizan para cambiar las conductas o rutinas de sus hijos		10	
Cierre	Aclaración de dudas		5 min	

- **Objetivo Específico:** Los padres de familia conocerán y aplicaran una técnica de intervención en las conductas autistas

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
5	Bienvenida	El Facilitador da la bienvenida a los participantes		5 min
	Recuperación de la información de la tarea	El facilitador le pedirá a los participantes que describan que método o técnica utilizo para modificar las conductas de sus hijos		20 min
	Tema: técnicas intervención en el autismo	El facilitador expondrá técnicas de intervención o modificación de conducta en power point: Reforzadores, positivos Técnica economía de fichas	Pantalla, proyector, computadora y power point	20 min
				20 min
				20 min
				15 min
Dinámicas	El facilitador le pedirá a los padres que apliquen las técnicas de modificación de conducta y observen los cambios suscitados (caja sorpresa) anexo 4		10 min	
Cierre	Reflexión, y aclaraciones dudas		10 min	

- **Objetivo Específico:** Los padres de familia conocerán los tratamientos del autismo

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
	Bienvenida	El facilitador da la bienvenida a los participantes		5 min
6	Recopilación de tarea	El facilitador invita a los participantes que describan que método ocuparon y describan la observación y cambios que se suscitaron.	Cuadernillo	
	Lluvia de ideas	El facilitador dará los temas y los participantes trataran de explicar de qué se trata cada tema		30
	Tema: Los posibles tratamientos del autismo	Exposición del facilitador del tema los posibles tratamientos del autismo Conducta adaptativa Tratamiento de fisioterapia Tratamiento cognoscitivista Tratamiento farmacológico	Pantalla, proyector, computadora y power point	45 min
	Ejercicios	El facilitador pedirá a los participantes que escojan algún tipo de tratamiento que posiblemente les sirva a sus hijos para después expongan el porqué y para que serviría ese tratamiento		30 min
	Cierre	Reflexión y aclaración de dudas		10 min

- **Objetivo Específico:** Los participantes conocerán como la musicoterapia aplicada en el autismo.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
7	Bienvenida	El facilitador da la bienvenida a los participantes		5 min
	Introducción al tema de musicoterapia	El facilitador explicara el tema de musicoterapia	Pantalla y computadora	20
	Dinámica lluvia de ideas	El facilitador le pedirá a los participantes que hagan una lluvia de ideas acerca de la musicoterapia		35 min
	Exposición del tema: Musicoterapia	¿Que es la música ¿Que es la musicoterapia Concepto de musicoterapia	Pantalla, proyector y computadora en Power Point	35 min
	Tarea	El facilitador les pedirá a los participantes que en casa a sus niños les ponga música clásica tomado en cuenta 4 autores sugerido: Vivaldi, (las cuatro estaciones), Bach (Harpsichord concertó N° 5 in F minor), Mozart (concertó for piano and orchestra N°27), Beethoven (claro de luna).		15 min
	Cierre	Se aclararan dudas y se despedirá al grupo		10 min

- **Objetivo Específico:** Los padres de familia identificarán una técnica de utilización del sonido y haciendo sonido con las partes del cuerpo para la ayuda de sus hijos

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
8	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida		5 min
	Recopilación de la tarea	El facilitador le pedirá a los participantes que comenten y expliquen con que autor se identifico su hijo	Cuadernos	25 min
	Exposición de tema	El facilitador expondrá el tema de la musicoterapia como herramienta en el comportamiento del niño autista	Pantalla, proyector y computadora	35 min
	Dinámica	El facilitador pondrá unos ejercicios acerca del sonido, cantando y tocando (anexo 5)		35 min
	Tarea	El facilitador le pedirá a los participantes que los ejercicios vistos en el taller los apliquen en casa con sus hijos y observen su comportamiento		15 min
	Cierre	Aclaración de dudas y despedida		10 min

- **Objetivo Específico:** Los padres de familia identificarán los elementos de la musicoterapia como fuente de estímulo para los niños autistas

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
9	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida		5 min
	Recopilación de la tarea	El facilitador pedirá a los participantes que expongan y comenten como fue su comportamiento de sus hijos a momento de cantar y tocar	Cuadernillos	30 min
	Exposición del tema	El facilitador expondrá el tema de componentes de la música: Ritmo, Armonía y melodía	Pantalla, protector y computadora	35 min
	Dinámica	El facilitador pondrá unos ejercicios de ritmo con notas y pentagrama para que los padres de niños autistas aprendan el ritmo y canto. (Anexo 6)		35 min
	Tarea	El facilitador les pedirá a los participantes que apliquen lo aprendido en la sesión con sus hijos y observen sus conductas.		10
	Cierre	Se aclararan dudas y se despedirá la sesión		10 min

- **Objetivo Específico:** los padres de familia identificarán el canto a través de ejercicios para ejecutarlos con sus hijos autistas

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
10	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida		5 min
	Recopilación de la tarea	El facilitador pedirá a los participantes que expongan y comenten como fue su comportamiento de sus hijos a momento del ritmo y de cantar	Cuadernillos	30 min
	Dinámica	El facilitador pondrá unos ejercicios de canto complementando con un instrumento (guitarra). (Anexo 7)	Disco compacto y instrumento (guitarra)	35 min
	Tarea	El facilitador les pedirá a los participantes que apliquen lo aprendido en la sesión con sus hijos y observen sus conductas.		10
	Cierre	Se aclararan dudas y se despedirá la sesión		10 min

- **Objetivo Específico:** Los padres de familia aplicaran toda la técnica aprendida de modificación de conducta asociada con la musicoterapia para la sociabilización de sus hijos autistas.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
11	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida		5 min
	Recopilación de la tarea	El facilitador pedirá a los participantes que expongan y comenten como fue su comportamiento de sus hijos a momento del ritmo y de cantar	Cuadernillos	30 min
	Dinámica	Una asociaron de modificación de conducta con la música en ritmo, canto e instrumento aplicándola a sus hijos autistas que quieran modificar una conducta	Disco compacto y instrumento (guitarra) y técnica de modificación de conducta de economía de fichas	35 min
	Cierre	Se aclararan dudas y cierre del taller.		10 min

DISCUSIÓN

Hablar de autismo es hablar de en una forma complicada del trastorno debido a que es muy difícil de detectar a temprana edad, los estudios sobre el autismo han esclarecido como se presenta este trastorno, desarrollando técnicas que permiten a la familia, maestros y sociedad mejorar su condición de vida; existen muchas técnicas que abordan el autismo desde principio a fin, lo que interesa es saber cómo poder modificar las conductas de los niños autistas y mejorar la relación con la familia y sociedad, lo cual concuerda con Palusny (2004), el autismo ha sido difícil de explicar de manera que está definido en la conducta donde este trastorno afecta las habilidades de comunicación, socialización y la relación con las demás personas.

En la actualidad tanto padres como sociedad no tienen claro que características presenta el autismo ni que es, ni como poder abordarlo, así como lo menciona Sarason, (1996) nos dice que los niños autistas muestran diferentes impedimentos: en las relaciones sociales, la comunicación y las actividades. Sus interacciones sociales son muy poco comunes. En su mayoría los niños autistas presentan una falta de conciencia de la existencia y los sentimientos de los demás, a las personas las pueden ver como objetos, se puede apreciar que los niños autistas cuando se llegasen a lastimar no buscarían a un adulto para que los consuele.

El autismo aparte de ser conductual puede ser visto desde lo biológico y los factores que determinan que se desencadene el autismo con lo cual nos dice Fejerman (1994), los aspectos neurológicos están más basados en los estados cerebrales donde existe un déficit, los lóbulos parietal y occipital monitorean la información que proviene del exterior, en el autismo es muy difícil que procesen los estímulos externos.

Una parte importante para la mejora de los niños con autismo, tiene que ver con la relación con los padres y como es que ellos interactúan frente a la situación del trastorno autista ya sea para su mejora o empeoramiento del niño con lo cual nos

menciona Iruarrizaga, Díaz, Prado, Romero (2001), los padres son el elemento más significativo de las condiciones biológicas y socioculturales que se establece en el autismo, los padres tienen una función de actividad y participación para interactuar con su hijo autista, teniendo un apoyo para una intervención conductual formando unos coterapeutas, obteniendo una necesidad que los padres sean unos profesionales de la conducta.

La musicoterapia aborda el autismo de una manera más significativa debido a que no necesita palabras ni formas que impliquen estructuras formales, la música ya de por sí es terapéutica, el establecimiento de música en un trastorno permite abrir la comunicación no verbal para la interacción del niño autista, mejora conductas y socializa la interacción con los demás estando de acuerdo con Benenson (1988), la musicoterapia busca los métodos y diagnósticos terapéuticos a través del sujeto buscando su interior musical, lo que produce el sonido en circunstancias ambientales de naturaleza propia, con sus vibraciones en un recorrido del medio ambiente así como recepción del sonido a través de los órganos corporales, la percepción en el sistema nervioso que también vienen a impactar en lo biológico y psicológico.

Los niños crecen con dificultades en el desarrollo y conducta, la musicoterapia viene a ayudar al trastorno autista que enfocan los elementos que involucran el movimiento donde el autismo debe de estar involucrado más allá de un oyente sino como partícipe de la misma musicoterapia concordando con que Los niños crecen en forma desfavorable los cuales influirán en el desarrollo conductual e intelectual del mismo, se desarrolló una terapia llamada terapia musical improvisada para actuar en la rehabilitación de los trastornos de conducta Fernández de Juan (2008).

ALCANCES Y LIMITACIONES

ALCANCES

En este presente taller se aborda el autismo desde una técnica diferente a de la cual manejan muchos psicólogos y psiquiatras, la musicoterapia ayuda en muchos aspectos al niño autista, las características importantes del musicoterapeuta es el cómo identifica el problema y averigua la identidad sonora de cada paciente en una tarea ardua el niño autista, hay una gran cantidad de actividades y ejercicios, como la utilización del ritmo, el sonido y la música con fines terapéuticos para el trabajo con autistas.

La música clásica conecta con el autismo lo seba y arrebatada, manifestando a través de sus gestos, sus posturas, que es la música que tranquiliza y libera parte de su angustia y ansiedad, la música profunda y sedante induce a los niños con autismo a la acción y a salir de su letargo, que al contrario de los niños normales.

La hipersensibilidad auditiva a los sonidos, cuando la composición musical que escuchan los pacientes con autismo, los niños demuestran poseer un gusto innato por la música de buena calidad, prefiriendo la música sedante, de tiempo lento y armonioso como la música clásica que les sugerirá sentimientos afectivos.

En la medida de la intensidad de la pulsación, los autistas se caracterizan por tener falta de energía física sobre el autismo más severo, la influencia de la música refleja que la música incita a los niños con autismo a dibujar, demostrando que los dibujos realizados bajo el influjo de la música serán mas creativos que si no los hicieran con música.

La música puede ayudar a los niños autistas a modificar su conducta atreves de técnicas de modificación de conducta asociando estas con la música para que el niño aprenda a la conductas que deseamos modificar pero con música.

LIMITACIONES

Los padres de familia podrían no seguir los lineamientos del taller o tratar de seguir las técnicas aplicadas en el mismo, otra consecuencia es que los padres no asistan a todas las sesiones del programa, o bien que los padres no apliquen el taller a sus hijos con autismo dejando de lado el taller.

Que no apliquen las medidas con el cual se les dio información en el taller o que los padres no hayan aplicado bien las técnicas de modificación de conducta así como las técnicas de musicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

- According, R., Comer, R., & Heller, W. (2007). Searching for music's potential: A critical examination of research on music therapy with individuals with autism. *Research in autism spectrum disorders* , 101-115.
- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia* . Buenos Aires: Paidos.
- Alvin, J. (1997). *musicoterapia*. Argentina : Paidos.
- Argueda, C. F. (1984). *Musicoterapia aplicada al niño deficiente*. Provincial de Cordoba: Excma Diputacion.
- Arroyo, T. M. (2001). Sonoterapia. *Revista universitaria de formacion del profesorado* , 3-48.
- Asperger, H. (1981). *El síndrome de asperger: un relato clinico*. Viena: Sintesis.
- Avia, M. (1984). *Técnicas cognitivas y de autocontrol*. Madrid: Alhambra.
- Ayala, H., Tellez, G., & Guitierrez, M. (1994). Analisis y establecimiento de estilos instruccionales en padres de familia como estrategia de intervencion en problematica conductual infantil. *Revista Mexicana de psicología* , 20-26.
- Ayllon, T., & Azrin, N. (1976). *Economia de fichas: un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitacion*. Mexico: Trillas.
- Ayllon, T., & Azrin, N. (1965). Measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of the experimental analisis of behavior* , 356-383.
- Bandura, A. (1974). Behavior therapy and models of man. *American Psychologist* , 29: 859-869.
- Baron, C. (1998). *Autismo una guia para padres*. Madrid: Alianza litoral.
- Baron-cohen, S. (1989). Do autistiic children have obsessions and compulsions. *Br jelin psychol* , 193-200.
- Benenzon, R. (1999). *La nueva musicoterapia*. Buenos Aires: Lumen.
- Benenzon, R. (1985). *Manual de musicoterapia*. Argentina: Paidos.
- Benenzon, R. (1981). *Manuela de psicoterapia*. Barcelona: Paidos.
- Betes del toro, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Morata.
- Bettelheim, B. (1950). *La fortaleza vacia. El autismo infantil y el nacimineto del si mismo*. Barcelona: Paidos.
- Bleuler, E. (1911). *Tratado de psiquiatria. Lehrbuch der psychiatrie*. Berlin: Springer verlog.

- Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of musictherapy*. Springfield: Ma. Thomas. S.
- Bruscia, K. (2006). *Musicoterapia: Metodos y practicas*. Mexico: Pax Mexico Publishers.
- Bruscia, K. (1997). *Musictherapy. musicoterapia*. Mexico: Pax Mexico.
- Cabrera, P. (2007). Ansiedad y depresion en niños . *Revista de psicopatologia y psicologia clinica* , 115-124.
- Campell, D. (1998). *El efecto Mozart. Aprovechar el poder de la musica para sanar el cuerpo, fortalecer la mente y liberar el espiritu creativo*. Barcelona: Urbano.
- Cardona, A. J., & Higueta, G. L. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado para la oms para la evaluación de calidad de vida. *Revista cubana de salud* , 175-189.
- Carrillo, G., & Cataño, F. (1983). *Temas de cultura musical*. Mexico: Tillas.
- Cazorla, G. J., & Cornella, C. J. (2014). Las posibilidades de la fisioterapia en el tratamiento multidiciplinar del autismo. *Pediatría atencion primaria* , 37-46.
- CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Clemente, M. (1985). *La conducta delictiva: Modelos e intervenciones conductuales. Analisis y Modificacion de la conducta II Vol. 2*. Madrid: U.N.E.D.
- Cuadrado, P., & Valiente, S. (2005). *Niños con autismo y trastornos generalizados del desarrollo* . Madrid: Sintesis.
- Davinson, R. J. (2010). Gaze fixation and the neural circuitry of face processing in autism. *Nature Neurosciencie* , 519-526.
- Digiammarino, M. (1990). Functional music skills of persons with mental redaction. *Journal of music therapy* , 209-220.
- Ehlers, S., & Gillberg, C. (2001). The epidemiology os Aspergers syndrome: a total population study. *Child psychol Psychiatry* , 34: 1327-27.
- Enciso, A. (2007). *La jornada: el autismo afecta a 40mil niños autistas*. Recuperado en: <http://www.jornada.unam.mx/2007/07/06/index.php?section=sociedadparte=044n/suc>.
- Fejerman, N. (1994). *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Buenos Aires, Barcelona, Mexico: Paidos.
- Fernandez de juan, T. (2008). Educacion, música y lateralidad: algunos estudios psicologicos y tratamientos. *Enseñanza e investigación en psicologia* , 107-125.
- Fernandez de la cuesta, I. (1997). *Historia de la música*. Madrid: Real musical.

- Fernandez, A. E., & Calvo, F. (1985). Modelos psicofisiologicos de la hipertension. *Revista española de terapia del comportamiento* , 71-109.
- Fitch, R. (1994). Induced microgyria and auditory temporal processing in rats. *Cerebral cortex* , 260-270.
- Flavell, J. (1999). Cognitive development: children's knowledge about the mind. *annual review of psychology* , 21-45.
- Flavell, J., & Miller, P. (1998). Social cognition handbook of child psychology. *Cognition, perception and language* , 851-898.
- Folstein, S. (1999). Autism. *International review of psychiatry* , 269-277.
- Freud, S. (1920). *Obras completas de Sigmund Freud. Interpretacion de los sueños*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Frith, U. (1993). El autismo. *Investigacion y ciencia* , 58-65.
- Frith, U. (1989). *El autismo: hacia una explicacion del enigma*. Madrid: Alianza.
- Frith, V. (2000). *Autismo explicacion al enigma*. Madrid: alianza.
- Galguera, I. (1991). *Retardo en el desarrollo*. Mexico: Trillas.
- Gallagher, C., & Wiegierink, S. (1976). Early detection of autism diagnostic instrument for clinicians. *European child and adolescent psychiatry* , 67-74.
- Garanto, A. (1994). *El autismo*. Barcelona: Herdev.
- Gaston, E. (1968). *Music in therapy*. Nueva York: The MacMillan Company.
- Gaston, f. (1998). *Tratado de musicoterapia*. España: Plus uitaz.
- Gayse, E. (2003). *Curar por la musica*. Colombia: Tikal.
- Gomez, L. I. (2006). El entorno familiar y comunitario del niño autista. *Varona* , 45-50.
- Gonzalez, V. (2008). *El procesamiento musical*. Conferencia dictada en el en el 5° congreso nacional de neuropsicología: sin publicacion.
- Grout, D. J., & Pallisca, C. V. (1990). *Historia de la música occidental*. Madrid: Alianza.
- Guthrie, W. K. (1973). *Orfeo y la religion griega*. Buenos Aires: Universitaria.
- Hartmut, R. J. (1997). *El autismo*. Madrid España: Acento.
- Hernandez, D., & Herminio, R. (2007). Vacunas y timerosal ¿riesgo de autismo y desordenes neurobiologicos? *Acta medica peruana* , 53-58.

- Hernandez, R. (1996). *Propuesta curricular en el area de la comunicacion y presentacion para alumnos con trastornos en la comunicacion*. Madrid: Edic CIDE.
- Hevner, J. (1935). Expression in music a discussion of experimental studes and theories . *American Journal Psych* , 103-118.
- Horner, R. (2002). Using Punishment: A commentary. *Journal of Applied Behavior Analysis* , 465-46.
- Iruarrizaga, I. E., Diaz, O., Prado, N., & Romero, R. (2001). Escuela de padres. Un programa de modificacion de conducta infantil. *Revista Psicologica.com*, vol. 5 num 3 , disponible en [<http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/62/>].
- Jerome, S. (1996). *Terapia conductual*. Mexico: Trillas.
- Kanfer, F. (1978). Las multiples curas del autocontrol o la modificacion de la conducta, cambia su centro atencional. *Analisis y modificacion de conducta* , 4: 11-64.
- Kanner, L. (1943). *Autistic Disturbances of Affective Contact*. New York: Nervous Child.
- Kanner, L. (1943). Autistic. Disturbances of affective contact. *Nervous child* , 217-250.
- Kanner, L. (1944). Infantil Autism. *Journal of pediatrics* , 29.
- Katagiri, j. (2009). The effect of background music and son text on the emotional, undestanding of children with autism. *Journal of music therapy* , 1-46.
- Kaufmann, L. (2006). Instrumento de evaluacion del tratamiento clinico de niños con autismo . *Subjetividad y procesos cognitivos* , 120-148.
- Kazdin, A. (1978). *Modificacion de la conducta y sus aplicaciones practicas*. Mexico: El manual moderno.
- Kazdin, E. A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones practicas*. California: Manual moderno.
- Kazdin, E. (2000). *Modificacion de la conductay sus aplicaciones practicas*. Colombia: Maual moderno.
- Kinsbourne, E. (1991). *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Buenos Aire: Paidos.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Philadelphia: Mosby.
- Klin, C. (1991). Autismo y síndrome de Asperger: una vision general. *Rev psiquiatry rio* , 47-53.
- Labrador, F. (1995). *Manual de tecnicas de modificacion y terapias de conducta*. Madrid: Piramide.

- Lacarcel, M. (1990). Musicoterapia en educacion especial Murcia. *Servicio de publicaciones de la universidad de Murcia* , 45-120.
- Lago castro, P. (2006). *Congreso nacional de musicoterapia*. Barcelona: Monserrat.
- Lara, C., Dary, L., Utria, R. O., & Avila, T. J. (2012). Factores de riesgo pre, peri y postnatales asociados al genero en niños y niñas con autismo. *International journal of psychological* , 77-90.
- Leivinson, A. (2006). *Resonando, ecos, matices y disonancias en la practica musicoterapeuta*. Argentina: Nobuko.
- Lien de Rozental, M. C. (1983). *El autismo enfoque fonoaudiologico*. Buenos Aires: Panamericana.
- Lopez, G. S., Rivas, T. R., & Taboada, A. E. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista latinoamericana de psicologia* , 550-570.
- Lucas, A. M. (2013). *Introduccion en la musicoterapia*. Barcelona: Sintesis.
- Maneveau, G. (1993). *Música y educación*. Madrid: Rialp.
- Marcin, S. C. (2006). Autismo en Mexico. *Psicologia Iberoamericana* , Recuperado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13392696001>.
- Marks, I. (1976). The current status or behavioral psychotherapy: theory and practice. *American journal of psychiatry* , 253-261.
- Martin, g., & Pear, j. (1999). *Modificacion de la conducta quees y como aplicarla*. Madrid: Prentice hall.
- Martinez, L. (2003). Autismo: estado del arte. *Ciencias de la salud* , 68-85.
- Martos, J. (2002). *Autismo evaluacion y diagnostico*. Mexico: Instituto de lenguaje y la comunicacion.
- Meer, V. D., & Berkely. (1997). *Carpeta de musica*. Barcelona: Destino.
- Meyer, L. (2001). *Emocion y significado de la musica*. Madrid: Alianza.
- Meyer, L. (1956). *Emotion and Meaning in music*. Chicago: University of chicago press.
- Michael, D. P. (1999). *Niños autistas*. Mexico: Trillas.
- Minkowski, E. (1927). *La schizophrenie*. Paris: Nouvelle.
- Moreno, J. (1975). *Psicodrama*. Buenos Aires: Home.

- Murillo, E. (2013). *Actualizacion conceptual de los trastornos del espectro autista*. Mexico: Alfaomega.
- Murow, E., & Sanchez, J. J. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia cronica. *Salud mental* , 47-58.
- Muscarsel, C. (1988). *Mundo sonoro*. Madrid: CEPE.
- Nielsen, I. (1991). Vertical malocclusions: etiology, development. *Diagnosis and some aspects of treatment angle orthod* , 247-260.
- Olivares, J. (2001). *Tecnicas de modificacion de conducta* . Madrid: Biblioteca nueva.
- Olsson, J., & Gillberg, G. (1998). Neurotrophins in nweonatal blood of children with autism or metal retardation. *annals of neurology* , 97-606.
- OMS. (s.f.). +6.
- OMS. (2011). *ICD Update and revision platform*. recuperado de <http://extranet.who.int/icdrevision/icd10po.aspx>.
- OMS. (2007). Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la oms. *Pediatricia: atencion primaria* , recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.va?id=366638696013>.
- Orjuela, R. J. (2011). Efecto ansiolitico de la musicoterapia: aspectos neurobiologicos y cognoscitivos del procesamiento musical. *Revista Colombiana de psiquiatria* , 48-159.
- Orjuela, R. M. (s.f.). Efecto ansiolitico de la musicoterapia: aspectos neurobiologicos y cognoscitivos del procesamiento musical. *Revista Colombiana de Psiquiatria* .
- Ortega, E., Esteban, L., Angeles, F., & Diego, A. (2009). Aplicaciones de la musicoterapia en educacion especial y en hospitales. *European Journal of education and psychology* , 145-168.
- Palacio, J. D. (2007). Tratamiento farmacologico de conductas patologicas asociadas con el autismo y otros trastornos relacionados. *Revista psiquiatrica* , 221-240.
- Palacios, P. (1985). *Cuerpo, sonido, musica y otros lenguajes*. Barcelona: Bilbao.
- Palacios, S. J. (2001). El concepto de musicoterapia a traves de la historia. *Revista Universitaria de fromacion del profesorado* , 19-31.
- Paluszny, M. (1991). *Autismo. Guia practica para padres y profesionales*. Mexico: Trillas.
- Paluszny, M. (2002). *Autismo: guia practica para padres y profesionales*. Mexico: Trillas.
- Paluzsny, M. (1996). *Autismo*. Barcelona: Trillas.

- Pellizzari, P., & Rodriguez, R. (2005). *Salud, escucha y creatividad*. Buenos Aires: Universidad del Salvador.
- Perez, L. C. (2004). *Técnicas de análisis multivariante de datos*. Madrid : Pearson prentice hall.
- Perez, M. (1995). *El universo de la música*. Madrid: Musicalis.
- Pineda, F., Loopez, R., Torres, G., & Romano, H. (1987). *Modificación de conductas, problemas en el niño*. Mexico: Trillas.
- Piña Sarmiento, R. (2013). El uso de las tic, en el aprendizaje de la musica en estudiantes de educacion primaria. *Pedagogiasocial. Revista universitaria* , 180-181.
- Poch, B. S. (1999). *Compendio de musicoterapia* . Barcelona: Herder S.A.
- Poch, B. S. (1999). *Compendio de musicoterapia Iyll*. Barcelona: Herder.
- Poch, S. (1981). Musicoterapia: Boletín de la sociedad española de pedagogía musical. *N2 Madrid 29 y en la musica como vehícle de salut en la peralla avui altres escrits* , 63-103.
- Polaina Lorente, A.
- Polaina Lorente, A. (1982). *El impacto del niño autista en la familia*. Sevilla: Rialp.
- Polaino, L. A. (1997). *El impacto del niño autista en la familia*. España: Rialp.
- Polaino, L. A. (1982). *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. Madrid: Alhambra Universidad.
- POwers, M. (1999). *Niños autistas: guía para padres, terapeutas y educadores*. Mexico: Trillas.
- Pribram, K. (1970). *El proyecto de Freud*. Buenos Aires: Marymar.
- Prieto, O. E., & Restrepo, G. J. (2013). Epidemia y factores de riesgo. *Revista Colombiana de gastroenterología* , 7-11.
- Ramachandran, U., & Oberman, L.-M. (2006). Broken mirrors: attheory of autism. *Scientific American* , 39-45.
- Rausch, J., Sirota, E., Londino, D., & Johnson, M. (2005). Open-label risperidone for Aspergers disorder: negative symptom spectrum response. *Clinic psychiatry* , 7-66.
- Rebatet, L. (1997). *Una historia de la música: de los origenes a nuestros días*. Barcelona: Omega.
- Rendruello Aranda, R. (2002). *Educación especial, autismo: orientaciones para la intervención educativa* . Madrid: Mec.

- Repacholy, B., & Gopnik, A. (1997). Early reasoning about disieres: evidence from 14 and 18 month olds. *Develomental psycology* , 12-21.
- Reschke, A. (2011). History of music therapy treatment interventions for children with autism. *Journal of music therapy* , 169-207.
- Reviere, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la intervenci3n educativa*. Barcelona: Trota.
- Reviere, A. (1993). *El desarrollo y la educacion del ni1o autista*. Madrid: Alianza.
- Reviere, A. (2002). *IDEA: inventario del espectro autista*. Buenos Aires: Fundec.
- Reviere, A. (1982). Principios de definicion y tratamiento del autismo del autismo infantil. *Boletin del real patronato de prevencion y atencion a personas con minusvalias* , 7-18.
- Reviere, A., & Nu1ez, M. (1996). *La mirada mental. Desarrollo de las capacidades cognitivas interpersonales* . Buenos Aires: Aique.
- Reviere, G. J. (2001). *Autismo: orientaciones para la intervencion educativa*. Madrid: Trota.
- Reviere, J. M. (1998). *El tratamiento del autismo*. Buenos Aires: Imsero.
- Rimland, B. (1964). *Autismo infantil: el sindrome y sus implicaciones para una teoria neural de la conducta*. Barcelona: Paidos.
- Robb, S. (200). The effect of therapeutic music interventions on the behavior of hospitalized children in isolation. *Journal of musictherapy* , 118-146.
- Robbins, T. (1999). Integracion de las dimensiones neurobiologica y neuropsicologica del autismo . *El autismo como trastorno de la funcion ejecutiva* , 23-52.
- Robbins, T. (1999). *Integracion de las dimensiones neurobiologicas y psicologicas del autismo*. Madrid: Medica panameicana.
- Rodenas de la rocha, C. (2002). *Experiencias de una madre y su hijo con retraso mental y autismo*. Sevilla: Fundacion Verbum.
- Ruiz, Y. (2005). La musicoterapia en la educacion especial, Alfonso Cano. *Andaluza de arte* , Recuperado en <http://perso.wanadoo.es/alonsocano1601/anteriores.htm>.
- Rumsey, J. (1985). Conceptual problem-solving in highly verbal, nonretarded autistic men. *Journal of autism and developmental disorders* , 15, 23-26.
- Rutter, M. (2008). *Entrevista para el diagnostico del autismo*. Argentina: TEA.
- Sarason, I. (1996). *Psicologia anormal*. Mexico : Trillas.
- Schapiro, D. (2007). *Musicoterapia: Abordaje plurimodal*. Madrid: ADIM.

- Schmahmann, J. (1994). The cerebellum in autism: clinical and anatomic perspectives in: bauman kemper. *The neurobiology of autism baltimore: the johns hopkins University press* , 195-226.
- Scholper, E., & Mesibov, G. (1985). *Autism in adolescents and adults*. New York: Plenum press.
- Schopler, E. (1968). Early infantile autism and receptor process. *Archives of general psychiatry* , 327-335.
- Schopler, E., & Reich, R. (1979). *The psychoeducational profile*. Baltimore: Vol I. University park press.
- Schopler, S., & Esibou, B. (1985). HOrne-based Treatment of young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders* , 15-23.
- Schreibman, L. (2006). Individual behavioral profiles and predictors of treatment effectiveness for children with autism. *Journal of consulting and clinical psychology* , 75. 525-538.
- Schumacher, K., & Calvet, C. (2007). *Music therapy with children based on developmental psychology, using the example of synchronization as a relevant moment*. Berlin: Gottingen: Vandenhoeck y Reprecht.
- Shirlaw, M. (1969). *The theory of harmony* . New York: Dsa Capo Press.
- Silvia, M. (2004). En Mexico hay prejuicios en la atención al autismo . *Noticieros televisa* , Disponible en <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/losreporteros/390206> consultado el 20 de agosto de 2015.
- Simons, O. (1989). *El niño oculto*. Buenos Aires: Intercontinental.
- Spranger, E. (1961). *Psicología de la edad juvenil*. Madrid: Manuales de la revista de occidente.
- Stanton, M. (2002). *Convivir con el autismo. una orientación para padres y profesores*. Barcelona: Paidos.
- Steffenburg, C. (1991). The question of autism in an atypical infant. *American Journal of psychotherapy* , 50-135.
- Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (1999). *Comportamineto anormal*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Thaut, E. (1990). Neuropsychological processes in music perception and their relevance in music therapy . *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders* , 3-32.
- Thayer, G. E. (1982). *Tratado de musicoterapia*. Barcelona: Paidos Iberica.
- Tustin, F. (1972). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona: Paidos.
- Tutsin, F. (1981). *Estados autistas en los niños* . Buenos Aires, Barcelona, Mexico: Paidos.

- Ulrich, M. (1997). *Atlas de música*. Madrid: Alianza.
- Valente, M. (1997). Autism symptomatic and idiopathic and mental retardation . *Pediatrics* , 495-497.
- Vallejo, M., Pareja, E., Fernandez, A. F., & Labrador, A. (1997). *Modificación de la conducta*. Madrid: TEA.
- Vivas, P. A. (2002). *Proyecto educativo*. Barcelona: Martín de porres.
- Whipple, J. (2004). Music in intervention for children and adolescents with autism. *Journal of musictherapy* , 90-106.
- Wing, L. (1982). *Autismo infantil: Aspectos médicos y educativos*. Madrid: Santillana.
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos: una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.
- Wing, L. (1985). *La educación del niño autista: guía para los padres y maestros* . España: Paidós.
- Wing, L. (1981). *La educación del niño autista: guía para los padres y maestros*. Barcelona: Paidós.
- Wing, L. (1979). Screening questionnaire for asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of Autism* , (9) 129-41.
- Winnicott, D. (1958). *Transitional objects and transitional phenomena* . Londres: Tavistock.
- Wolpe, J. (1978). Cognition and causation in human behavior and its therapy. *American psychologist* , 33: 60-67.
- Wolpe, J. (1976). *Theme and variations: A behavior therapy casebook*. New York: Pergamon press.
- Zepeda, T. (2009). *La musicoterapia como técnica de intervención en el proceso terapéutico*. Tesis Licenciatura en psicología: Facultad de estudios superiores Izcala-Unam.

ANEXOS

ANEXO1

México, Cd. Mx.. a Abril de 2016

Diseño de una propuesta de intervención dirigido a niños diagnosticados con autismo a través de la musicoterapia para favorecer el acercamiento de los padres en un entorno social

Estimados padres de familia:

Por medio de la presente se les invita al próximo taller que se llevara acabo en el aula de la escuela con una duración aproximada de una hora y veinte minutos por sesión, dicahs sesiones trataran el tema del autismo y la intervención de la musicoteparapia como una herramienta de ayuda hacia las conductas de los niños diagnosticados con autismo.

Se les pedi a los padres de familia que sistan al taller llevando toda la dispocision e interés para una adecuada intervención hacia sus hijos y asi poder entrar a los mismo a poder llevar una mejora de vida

Esperando su puntual asistencia, agradezco su atención.

ATENTAMENTE

FACILITADOR DEL TALLER EL AUITSMO Y LA MUSICOTERAPIA

ANEXO 2

1. El autismo es un trastorno que está presente en todas las familias de bajos y altos recursos

- | | | | | |
|-----------------------|---------|--------------------------|------------|-----------------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente de acuerdo | acuerdo | acuerdo ni en desacuerdo | desacuerdo | Totalmente desacuerdo |

2. La convivencia de los padres hacia el niño hacen que se detone el autismo.

- | | | | | |
|-----------------------|---------|--------------------------|------------|-----------------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente de acuerdo | acuerdo | acuerdo ni en desacuerdo | desacuerdo | Totalmente desacuerdo |

3. Una causa del autismo es porque hay mal parto.

- | | | | | |
|-----------------------|---------|--------------------------|------------|-----------------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente de acuerdo | acuerdo | acuerdo ni en desacuerdo | desacuerdo | Totalmente desacuerdo |

4. El autismo se da tanto en niños como en niñas.

- | | | | | |
|-----------------------|---------|--------------------------|------------|-----------------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente de acuerdo | acuerdo | acuerdo ni en desacuerdo | desacuerdo | Totalmente desacuerdo |

5. El trastorno autista afecta las habilidades de comunicación y la sociabilización con las demás personas.

- | | | | | |
|-----------------------|---------|--------------------------|------------|-----------------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente de acuerdo | acuerdo | acuerdo ni en desacuerdo | desacuerdo | Totalmente desacuerdo |

6. Los niños autistas en sus primeros años de vida no alcanzan a desarrollar el lenguaje y solo balbucean.

- | | | | | |
|-----------------------|---------|---------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente de acuerdo | acuerdo | acuerdo ni en | desacuerdo | Totalmente |

de acuerdo

desacuerdo

desacuerdo

8. El síndrome Dawn, la psicosis y el retraso mental comparten ciertas características del autismo.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

9. Los niños que presentan autismo no tienen contacto físico ni una respuesta emocional hacia otras personas.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

10. El autismo es un trastorno que daña el sistema nervioso.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

11. El desarrollo del lenguaje en los niños autistas está limitado debido a que no tienen una estimulación que proviene del exterior ya que tienen dificultades para la utilización de símbolos

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

12. El autismo es una condición que afecta la actividad motora, así como la torpeza psicomotora, la motricidad gruesa y fina, la voz que afecta la comunicación.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |

de acuerdo

en
desacuerdo

desacuerdo

13. El niño autista es muy poco probable que tenga un reconocimiento de los objetos y de las sensaciones que construirían el sentido de la existencia.

a)
Totalmente
de acuerdo

b) De
acuerdo

c) Ni de
acuerdo ni
en
desacuerdo

d) En
desacuerdo

e)
Totalmente
desacuerdo

14. Las emociones resultan fundamentales para las relaciones positivas hacia los demás y tener logros interpersonales.

a)
Totalmente
de acuerdo

b) De
acuerdo

c) Ni de
acuerdo ni
en
desacuerdo

d) En
desacuerdo

e)
Totalmente
desacuerdo

15. La música ha venido cambiando a través de los tiempos creando fenómenos sociales y artísticos.

a)
Totalmente
de acuerdo

b) De
acuerdo

c) Ni de
acuerdo ni
en
desacuerdo

d) En
desacuerdo

e)
Totalmente
desacuerdo

16. A través de la historia los médicos antiguos utilizaban la música y el canto para tener una mejora en las cosechas, nacimientos, funerales y para curar a la gente.

a)
Totalmente
de acuerdo

b) De
acuerdo

c) Ni de
acuerdo ni
en
desacuerdo

d) En
desacuerdo

e)
Totalmente
desacuerdo

17. La influencia de la música en el ser humano a beneficiado tanto a su cuerpo como a su mente.

a)
Totalmente
en

b) En
desacuerdo

c) Ni de
acuerdo ni
en

d) De
acuerdo

e)
Totalmente
de acuerdo

desacuerdo

desacuerdo

18. La música está constituida por el ritmo, la melodía y la armonía.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

19. La melodía tiene sonidos y silencios que en una serie de notas constituye un arreglo tonal que le da sentido a la melodía.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

20. La musicoterapia está considerada como una especialización científica debido a que la investigaciones indican que existe una relación entre el sonido y el ser humano

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

21. El sonido es terapéutico no por los sonidos que son aislados sino que están compuestos por sonidos estructurados que influyen en determinadas personas.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

22. La musicoterapia influye en los niños desde su concepción teniendo en cuenta que los primeros momentos son a través del sentido del oído más que de la vista.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

23. La musicoterapia es preventiva y curativa.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

24. La musicoterapia trata a pacientes con autismo obteniendo resultados de conductas favorables.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

25. La musicoterapia tiene beneficios para los niños con autismo desarrollando sus capacidades motoras y cognitivas.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

26. La musicoterapia se enfoca a elementos que se conectan entre si no siendo la música por si sola si no que involucra el movimiento y la danza para que el niño autista no solo escuche sino que interactúe con ella.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

27. Las características de una pieza musical compuesta pueden llegar a la conciencia o a el inconsciente de cualquier persona ya sea afectando o favoreciendo a la persona.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

28. La musicoterapia no solo es de escucha e interacción sino que también es de carácter creativa siendo que el niño autista pueda crear música, mejorando así las condiciones neurológicas.

- | | | | | |
|------------|---------|------------|------------|------------|
| a) | b) De | c) Ni de | d) En | e) |
| Totalmente | acuerdo | acuerdo ni | desacuerdo | Totalmente |
| de acuerdo | | en | | desacuerdo |
| | | desacuerdo | | |

Como evaluar una escala likert

Si los padres de familia obtienen una puntuación de 91 a 128 puntos, los padres de niños con autismo habrán entendido con claridad los conceptos y técnicas del taller favorablemente.

Si los padres de familia obtienen una puntuación de 51 a 90 puntos, no quiere decir que los padres de niños autistas entendieron escasamente los conceptos y técnicas del taller.

Si los padres de familia obtienen una puntuación de 0 a 50 puntos, quiere decir que los padres de familia no entendieron ni conceptos ni técnicas de los objetivos del taller.

ANEXO 3

JUEGOS DE PRESENTACIÓN

CAJA SORPRESA

1.- Definición

Se trata de aprender todos los nombres, de forma dinámica.

2.- Participantes

Grupo, clases

3.- Desarrollo

Todo el grupo en círculo. Alguien se levanta y dice su nombre: "soy Antonio" luego presenta a las cuatro personas que tiene a su izquierda, empezando por la que esta mas lejos: Paco, Maite, Laura y Alberto. Según va presentando, las personas nombradas se levantan y se sientan rápidamente, dando el efecto de una casa sorpresa, luego la persona a la derecha de de Antonio hace lo mismo.

4.- Notas

Según la edad de las(os) participantes y su número, se pueden presentar a mas o menos personas cada vez.

ME PICA AQUÍ

1.- Definición

Se trata de conseguir aprender los nombres de todo el grupo.

2.- Participantes

Grupo, clase

3.- Desarrollo

Todo el grupo en círculo. La primera persona dice “me llamo Carlos y me pica aquí” (rascándose alguna parte del cuerpo, por ejemplo la cabeza). La segunda persona dice: “se llama Carlos y le pica allí” (rascando la cabeza y le pica allí). “y yo me llamo maría y me pica aquí”. (Rascándose otra parte del cuerpo). Y así sucesivamente hasta complementar el círculo.

4.- NOTAS

Según lo grande que sea el grupo se pueden repetir los nombres (y rascar) de todas las personas anteriores o solo de las ultimas.

ANEXO 4

EJEMPLO DE FICHAS PARA UTILIZAR:



PASOS A SEGUIR:

CONOCER AL GRUPO

El paso previo para la instauración de una economía de fichas en el aula pasa por conocer las peculiaridades de nuestro grupo. La edad, las características personales de cada niño, sus áreas de interés, su ámbito social, etc., pero también la propia personalidad del grupo, es decir, si se trata de un grupo homogéneo o, por contra, es muy heterogéneo y nos encontramos con niños de diferentes orígenes y culturas. En este último caso puede que sea un poco más complejo encontrar reforzadores adecuados en especial con los más mayores.

Es muy probable que cuando decidamos introducir una economía de fichas en el aula (en especial cuando se trata de controlar la conducta) lo hagamos por la necesidad de actuar sobre los niños “problemáticos”. Normalmente en cada clase hay niños que siempre se portan o trabajan bien y, por tanto, no necesitan de premios especiales para hacerlo. No obstante, ahora todos quedan sujetos a los posibles premios en caso de darse las condiciones marcadas y deberemos estar atentos en asegurar, al menos en inicio, de que el colectivo que lo tiene más difícil, pueda asegurarse algún pequeño éxito de entrada. No se trata de regalar premios sino bajar el listón de la demanda al comenzar el programa para situarlo al alcance de la mayoría de los alumnos e ir subiéndolo progresivamente.

DEFINIR EL ÁMBITO DE ACTUACIÓN

¿Qué es lo que necesitamos corregir o mejorar en el aula? Podemos tener necesidad de actuar para fomentar la motivación hacia ciertas asignaturas y/o actividades o también sobre determinadas interacciones conductuales desadaptadas entre iguales (peleas, riñas, desobediencia, negativismo.).

Una vez definidos los objetivos prioritarios, debemos transmitirlos de forma concreta y entendible para todo el grupo. Por ejemplo, no podemos marcar como objetivo el conseguir que los alumnos *se porten bien* ya que esto supone una valoración subjetiva que puede variar según el observador. Hay que especificar (si queremos modificar conductas) con frases como: *“no pelearse” no contestar al maestro.*

Si son varias las conductas que hay que modificar, se aconseja crear un listado de las mismas y un orden de prioridad teniendo en cuenta las necesidades de la propia escuela o aula. Empezar por la conducta u objetivo elegido y aplicar el procedimiento hasta que se consiga la mejora adecuada. Progresivamente pueden irse introduciendo otras. La idea es no intentar un cambio sobre muchos aspectos a la vez ya que puede tener un efecto contrario al deseado.

COMO LO VAMOS A HACER EN EL AMBITO DE LA PRACTICA

Este es un aspecto clave. Ahora debemos delimitar las medidas necesarias para aplicar el procedimiento en la práctica. Esto requiere varios pasos:

Este es un aspecto clave. Ahora debemos delimitar las medidas necesarias para aplicar el procedimiento en la práctica. Esto requiere varios pasos:

1) Especificar la conducta que va a premiarse y el premio: Se explica al grupo que se van a dar unos premios determinados (según edad y posibilidades) y que para obtener el premio hay que efectuar algún tipo de actividad (por ejemplo, aprender la tabla del 7) o dejar de hacer otras (no pelearse).

2) Explicar cómo se obtienen o pierden puntos: Los puntos o fichas pueden darse, según los objetivos, en el mismo momento que se produce la conducta positiva (se entrega una ficha) o al final del día haciendo balance individual. En el caso de aulas muy numerosas pueden suministrarse puntos colectivos exceptuando los casos de niños que no hayan tenido las conductas esperadas. En caso de mala conducta sí se le puede retirar uno de los que haya conseguido pero nunca llegar a puntuaciones negativas. Por ejemplo, todos los niños que no se han peleado reciben al final de la jornada un punto.

En niños pequeños o de educación especial es aconsejable utilizar el refuerzo inmediato, es decir, la entrega inmediata del premio o reforzador tras la conducta deseada. No funcionará si demoramos demasiado la entrega del premio final.

3) Crear un registro donde los niños vean el estado de sus puntos: Estos puntos se van colocando en el registro y al llegar a un determinado número son canjeables, por ejemplo, por dulces o golosinas. Puede hacerse coincidir la entrega de premios con el final de la semana, es decir, el viernes, para todos los niños que hayan tenido puntos positivos toda la semana (5 puntos = premio). Los niños que no hayan alcanzado su premio en una semana determinada pueden

ir acumulando puntos para canjearlos el siguiente viernes si han conseguido sumar 5. Lo que nos interesa es que los niños no pierdan la motivación. Recordar que en niños de Educación Especial necesitaremos tiempos de entrega más cortos si no inmediatos

ANEXO 5

La voz del sonido

La música es la voz del Universo.

F. CHALIAPINE



¿Qué suena?

¿Cómo se mueve el sonido?

Cantando y tocando

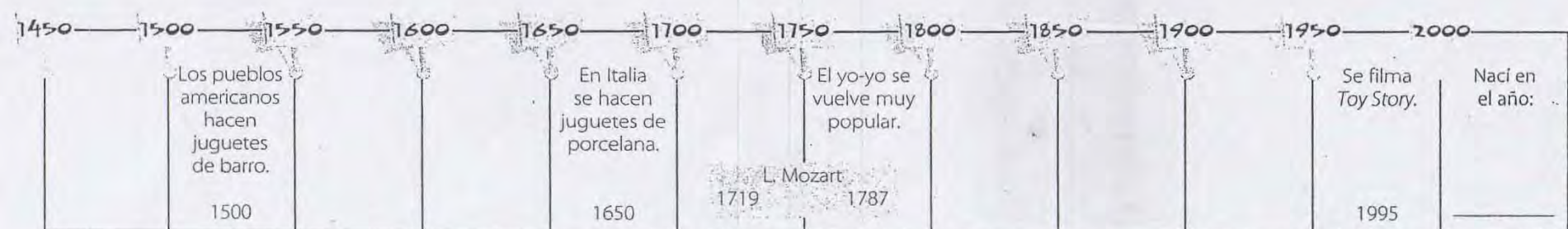
Leopoldo Mozart (1719-1787)

Leopoldo Mozart nació en Austria.

Le gustaba mucho enseñar, por eso compuso un método para aprender a tocar el violín.

En esta unidad escucharás su *Sinfonía de los juguetes*. En ella oirás el sonido de los juguetes con los que seguramente se divirtió su hijo, el famoso compositor Wolfgang Amadeus Mozart.

Recorta y pega aquí el retrato de Leopoldo Mozart (página 103).



PROPÓSITOS:



al escuchar

- Identifica sonidos y ruidos diversos.
- Identifica y escribe la figura de J.



al ejecutar

- Palmea siguiendo el ritmo del lenguaje.



al componer

- Inventa ritmos y sonidos con su cuerpo.

Materiales

- Reproductor de CD.
- Instrumentos y objetos para producir sonidos.
- Lámina con la figura de f.

Discografía

- Sonidos diversos. **(Pista 2)**
- *Sinfonía de los juguetes* primer movimiento. *Allegro non molto* de Leopoldo Mozart. **(Pista 3)**

ESTRATEGIAS DIDACTICAS

PRIMERA CLASE: ¿Qué suena?

Anímalos a examinar su libro y a platicar sobre sus experiencias con la música. Háblales de Leopoldo Mozart y de la *Sinfonía de los juguetes*. Lean la frase de la portada de esta unidad y enséñales a interpretar la línea del tiempo; que anoten su año de nacimiento en el último recuadro.

1 Actividad: Muéstrales cómo hacerlo diciendo tu nombre y palmeando en cada sílaba; por ejemplo: Jo-sé. Anota los nombres en el pizarrón, agrupados por el número de sílabas: Juan, A-na, Te-re-sa, Jo-se-fi-na, etc. Si se confunden (como Ju-a-an), aplaude con ellos. Repitan al final todos los nombres.

2 Sensibilización: Pídeles que cierren sus ojos para que identifiquen los sonidos que les rodean. Después, haz sonidos con objetos o con instrumentos para que adivinen con qué produces cada sonido. Invita a algunos niños a hacer lo mismo.

Actividad: Pista 2 Que observen primero las ilustraciones y después pon la pista para que las numeren en el orden que las escuchan.

3 Sensibilización: Háblales sobre los juguetes y la música de esa época. Que describan la ilustración antes de escuchar la música.

Actividad: Pista 3 Invítalos a cerrar los ojos para que identifiquen los juguetes por su sonido. Si el espacio lo permite podrían acostarse o cambiar de postura para escuchar mejor.

4 Sensibilización: Caminen ejecutando con las palmas figuras de f.

Actividad: Coloca la lámina de la f en un lugar visible y toca con un instrumento de percusión esta figura en compás de 2/4 (dos tiempos). Dibuja en el pizarrón las dos partes que forman las notas, para que las completen mientras tocas.

5 Actividad: Invítalos a participar haciendo sonidos variados con su cuerpo. Después haz con el grupo los sonidos que están ilustrados e invítalos a imaginar qué onomatopeya podrá usarse para cada sonido, como en el ejemplo: clap para los aplausos.

Al finalizar la clase, pide a tus alumnos que marquen sus logros con una ✓ en cada recuadro.

Rítmica	Audición	Entonación	Movimiento	Ejecución	Apreciación	Teoría	Composición
Imito los ritmos y distingo la figura de f.	Reconozco los ruidos y los sonidos.	Hago ruidos y sonidos diversos.	Doy una palmada en cada sílaba.	Marco el ritmo.	Escucho con atención la <i>Sinfonía de los juguetes</i> .	Conozco el nombre del autor de la <i>Sinfonía de los juguetes</i> .	Invento ruidos y sonidos usando mi cuerpo.

¿Qué suena?

Escucharás y distinguirás sonidos.



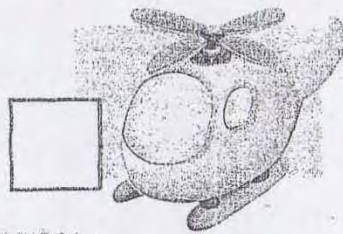
1 Escribe tu nombre y el de tu mejor amigo. Cuenta las sílabas de cada uno.

Mi nombre es:

Mi mejor amiga o amigo se llama:



2 Numera las ilustraciones en el orden en que escuches su sonido. Pista 2





Escucha en silencio la *Sinfonía de los juguetes* de Leopoldo Mozart. Encierra los juguetes que oigas. Pista 3



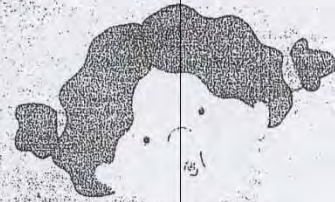
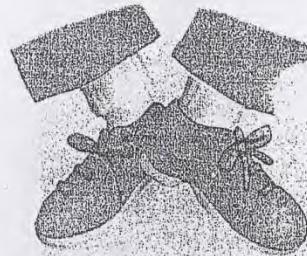
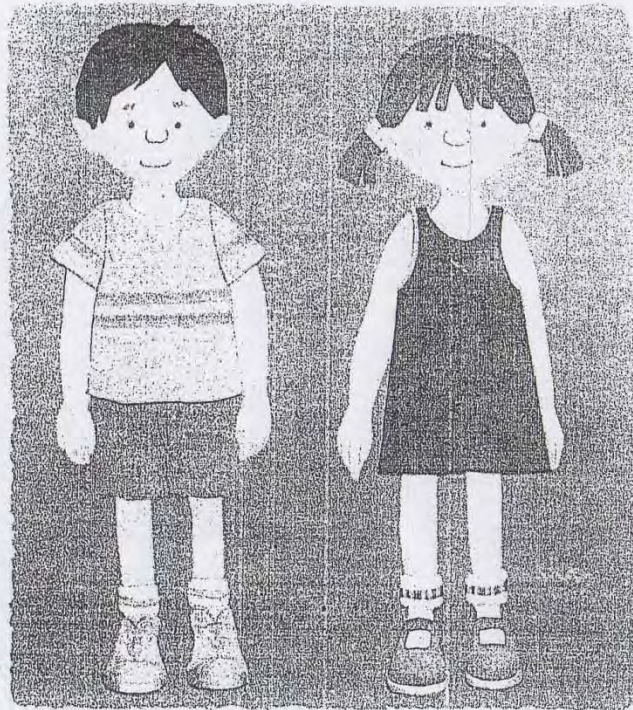


4 Completa las notas como la primera, mientras dices **voy** en cada una.



¿Cómo suena tu cuerpo? Haz con él todos los sonidos que quieras: aplaudir, chiflar, zapatear... y escribe cómo podrían sonar.

Marca en el dibujo la parte de tu cuerpo con la que harás un sonido frente a tu grupo.



clap

PROPÓSITOS:



al escuchar

- Identifica el movimiento ascendente y descendente.



al imitar

- Imita y reproduce sonidos ascendentes y descendentes.
- Reproduce figuras de \downarrow , \uparrow y \cdot .



al componer

- Inventa una canción con sonidos ascendentes y descendentes.

Materiales

- Reproductor de CD e instrumentos de percusión.
- Láminas con las figuras de \downarrow , \uparrow y \cdot
- Láminas con escenas del ballet *El Cascanueces*.

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

SEGUNDA CLASE: ¿Cómo se mueve el sonido?

1 **Actividad: Pista 4** Copia los trazos y reproduce la grabación en el pizarrón, mientras los sigues con tu dedo. Que imiten con su voz estos sonidos, cantando como el "viento" o como los "fantasmas" (*uuu*).

Sensibilización: Reproduce la pista con pausas para que, con los dedos mojados en pintura, repasen los trazos. Apóyalos para que marquen: sonido por sonido (escalera) o *glissandos* (línea recta).

2 **Actividad:** Ejecuta escalas y *glissandos* para que los grafiquen; explícales por qué deben empezar arriba o abajo (agudo o grave).

3 **Actividad: Pista 3** Tarareen la melodía. Pídeles que sigan el movimiento musical con sus manos en el aire y sobre el papel. La finalidad de las partituras en este nivel es identificar el movimiento del sonido.

4 **Actividad:** Pon algunos ejemplos y anímalos a inventar su propia canción para el viento o los fantasmas.

5 **Actividad:** Anímalos a jugar en equipos, experimentando con sonidos ascendentes y descendentes.

Discografía

- *Sinfonía de los juguetes* de Leopoldo Mozart. (Pista 3)
- Sonidos ascendentes y descendentes. (Pista 4)

TERCERA CLASE: Cantando y tocando

1 **Sensibilización:** Muestra las láminas de las figuras y ejecútalas con ellos; explica cómo deben golpear: una vez en la \downarrow diciendo *voy* o *ta*; y dos golpes en las \uparrow diciendo *marcho* o *titi* y que separen sus manos diciendo *sh*, en el \cdot .

Actividad: Pide que observen qué le falta a cada figura y que las completen diciendo *marcho-titi*. Mientras tanto, toca figuras de \uparrow y haz notar que son dos notas. Que te acompañen tocando \uparrow , mientras tú cantas la canción de la siguiente página. Si es posible, toca la melodía.

2 **Actividad:** Observa sus trazos y anímalos a que digan las sílabas o palabras mientras copian las notas y los silencios.

3 **Actividad:** Ejecuta figuras de \downarrow y \uparrow y pide que las escriban.

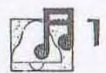
4 **Actividades:** Copia la línea melódica en el pizarrón y muéstrales cómo seguirla. Invita a algunos para que guíen a los demás y canten todos juntos. Acompáñenla con percusiones.

Al finalizar las clases, pide a tus alumnos que marquen sus logros con una \checkmark en cada recuadro.

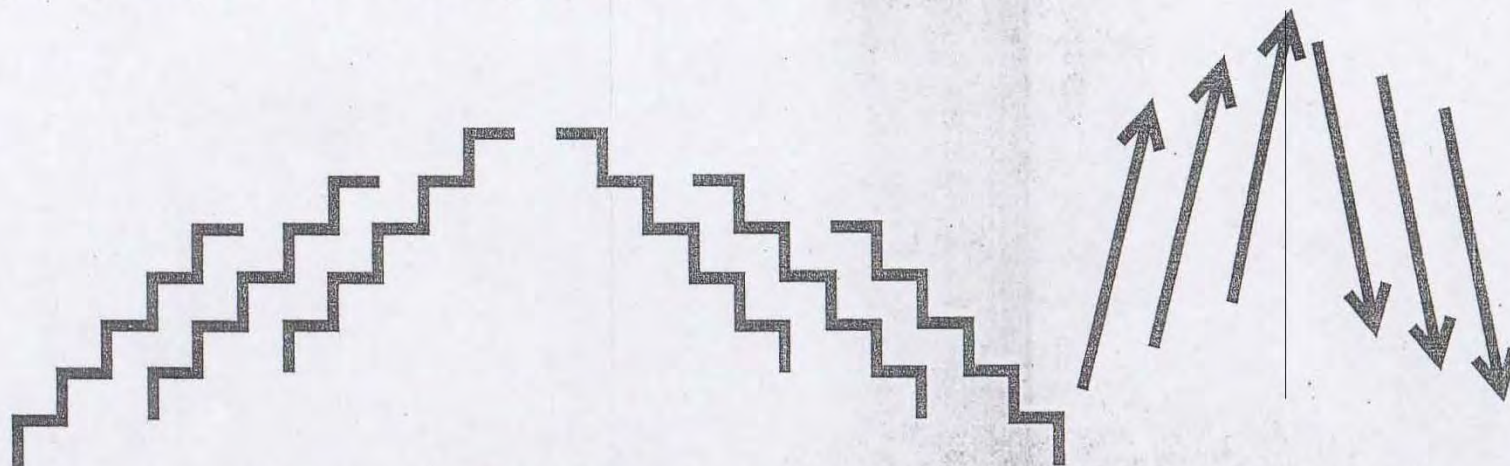
Rítmica	Audición	Entonación	Movimiento	Ejecución	Apreciación	Teoría	Composición
Identifico y marco la \downarrow y su \cdot .	Identifico los sonidos que suben y bajan.	Imito con mi voz sonidos que suben y bajan.	Realizo movimientos siguiendo la música que sube y baja.	Canto sonidos que suben y bajan.	Reconozco la <i>Sinfonía de los juguetes</i> .	Escribo correctamente las \downarrow , las \uparrow y su \cdot .	Combino sonidos ascendentes y descendentes para inventar una canción.

¿Cómo se mueve el sonido?

Cantarás y dibujarás sonidos que suben y bajan.



1 Sigue con tu dedo los sonidos que escuchas en la pista 4. Después, remarca con azul las líneas que suben y con verde las que bajan.



2 Dibuja líneas como las de arriba, según escuches los sonidos que toca tu maestra o maestro.





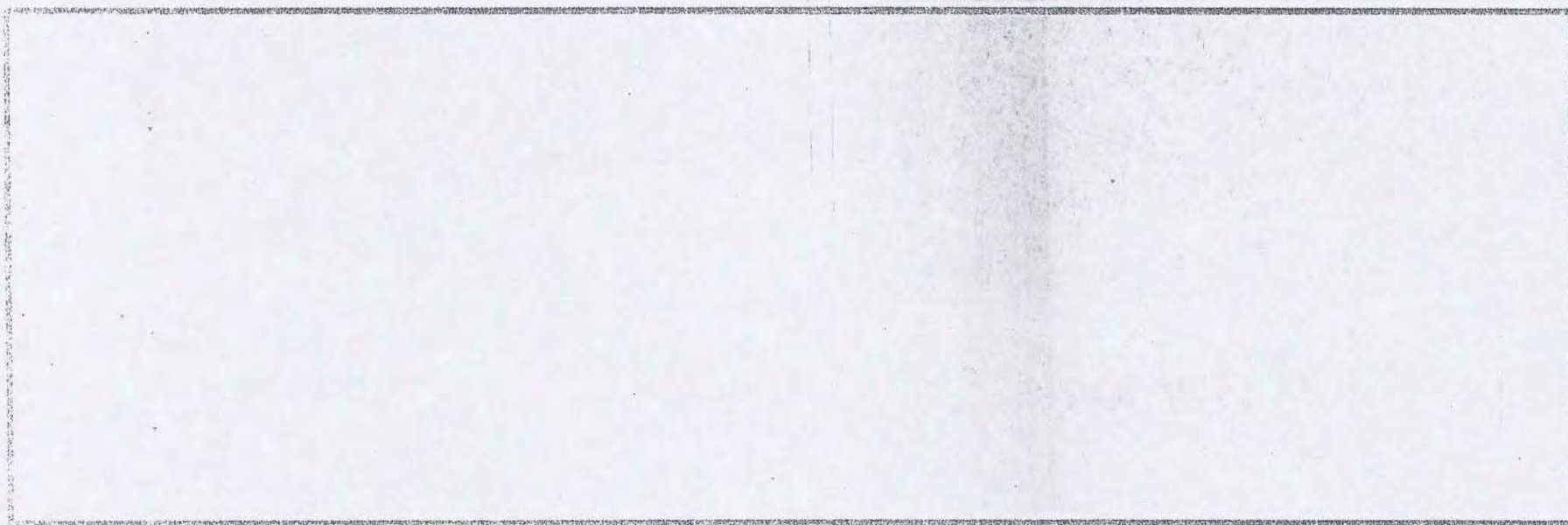
Escucha, en la pista 3, la *Sinfonía de los juguetes* y sigue con tu dedo la melodía.



4 Con sonidos que suben y bajan, inventa una canción para los fantasmas o el viento.

• Mi canción será para _____ Su título es _____

Haz un dibujo para ilustrar tu canción. Después, cántala a tus compañeros.



5 Juega con tus compañeros a hacer sonidos con la voz. ¿Quién la baja más? ¿Quién la sube más?

Cantando y tocando


Leerás música con notas y silencios.

 **1** Completa las  y di *mar-cho* o *ti-ti* mientras tu maestra o maestro las toca en el tambor.

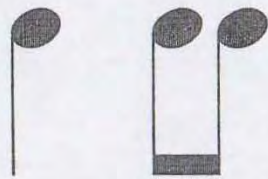


mar cho ti ti



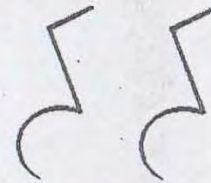
 **2** Con tu color preferido, copia las notas y los silencios. Márcalos con tu cuerpo.

Cuando queremos tocar, escribimos notas:




ti mar cho

Cuando queremos callar, escribimos silencios:



sh

 **3** Escucha atentamente y escribe sobre la línea las figuras que toca tu maestra o maestro.



ANEXO 6

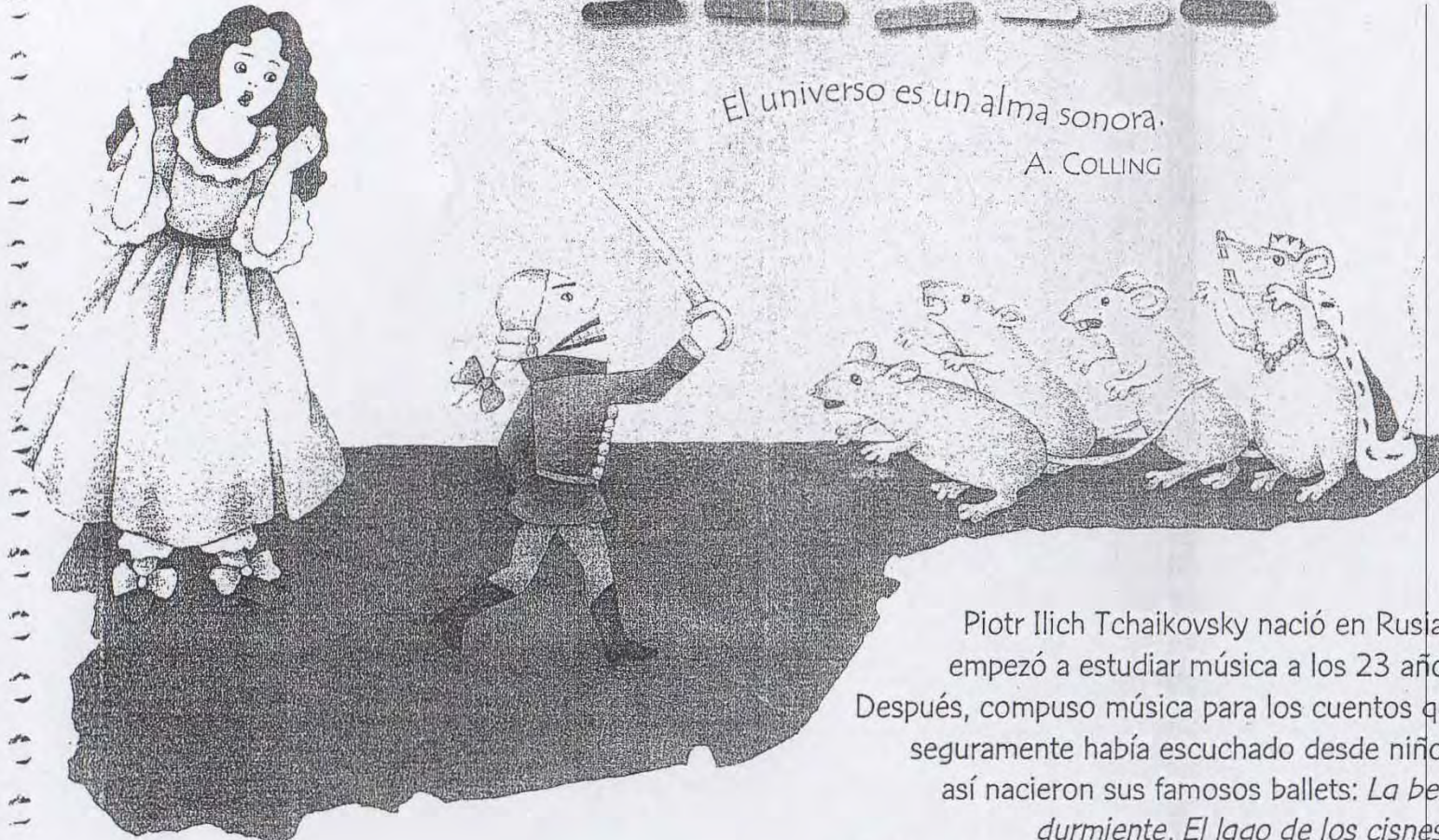
El ritmo por todas partes

El ritmo de mi cuerpo

El ritmo a mi alrededor

Cuento y bailo

El universo es un alma sonora.
A. COLLING



**Piotr Ilich
Tchaikovsky**
(1840-1893)

Piotr Ilich Tchaikovsky nació en Rusia y empezó a estudiar música a los 23 años. Después, compuso música para los cuentos que seguramente había escuchado desde niño y así nacieron sus famosos ballets: *La bella durmiente*, *El lago de los cisnes* y *El Cascanueces*, que escucharás en esta unidad.

Recorta y pega aquí el retrato de Tchaikovsky (página 103).

1450	1500	1550	1600	1650	1700	1750	1800	1850	1900	1950	2000
Se imprime el primer libro en Europa.			Se vuelven populares los conjuntos de cuerdas.			Se inventa en Suiza la caja de música.		Se inventa la máquina de escribir.			Entré a la escuela en el año:
1450			1600			1700		Tchaikovsky 1840 1893			_____

PROPÓSITOS:

al escuchar

- Sigue una línea rítmica.
- Reconoce las figuras de y .

al ejecutar

- Marca con precisión la figura de .
- Sigue el ritmo de la obertura.

al controlar

- Combina figuras de y en compases de $\frac{2}{4}$.

Materiales

- Reproductor de CD.
- Instrumentos de percusión.
- Láminas con las figuras de .
- Láminas con escenas del ballet *El Cascanueces*.

Discografía

- *Obertura* de la suite *El Cascanueces* de Piotr Ilich Tchaikovsky. **(Pista 5)**

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

PRIMERA CLASE: El ritmo de mi cuerpo

Ejecuten este ritmo: **Pista 31**

- 1 Sensibilización:** Narra el cuento de *El Cascanueces*, para que se interesen en la música.
Actividad: Pista 5 Reproduce una vez la pieza para que colorean a los personajes. Comienza a tararear la melodía e invítalos a que lo hagan contigo.
- 2 Actividad:** Muestra la lámina de la nueva figura mientras la percutes diciendo simultáneamente *ligerito* (acentuando la primera sílaba). Invítalos a imitarte y a completar el ejercicio cuando se hayan familiarizado con ella. Observa si identifican las figuras con el movimiento corporal: caminata , carrera . Para reforzar esta asociación, utiliza las palabras *voy (ta)* y *ligerito (tiritiri)*. Toca en un tambor cada figura, para que caminen y corran.

- 3 Actividad: Pista 5** Reproduce la *Obertura* y marca el ritmo con un instrumento de percusión, para que te sigan. Procura que las percusiones no opaquen la música, pues la idea es seguirla.
- 4 Actividad:** Explica que un compás es el fragmento musical que se encuentra entre dos líneas divisorias. Indica cuántos tiempos tiene cada uno. Este ejercicio no es teórico, sino visual.
- 5 Actividad:** Inventa y dicta dos compases. Pide que repasen las líneas divisorias de compás y comienza a llamarlas de esta manera.
- 6 Actividad:** Los ejercicios de "composición" se rigen por el principio de que la creatividad no llega sola, sino que es necesario fomentarla y ejercitarla; uno de los caminos más adecuados es identificar, combinar, inventar y crear. Fomenta el interés por construir algo propio y diferente.

Al finalizar la clase, pide a tus alumnos que marquen sus logros con una en cada recuadro.

Rítmica	Audición	Entonación	Movimiento	Ejecución	Apreciación	Teoría	Composición
Distingo las figuras de y	Reconozco las figuras de y al escucharlos.	Tarareo la melodía.	Camino cuando escucho las y corro cuando oigo las .	Marco correctamente el ritmo de la <i>Obertura</i> .	Permanezco en silencio mientras escucho la música.	Sé que es un compás y un tiempo.	Combino las figuras de y para hacer mi composición.

la clase

El ritmo de mi cuerpo


Escucharás un cuento
lleno de música.

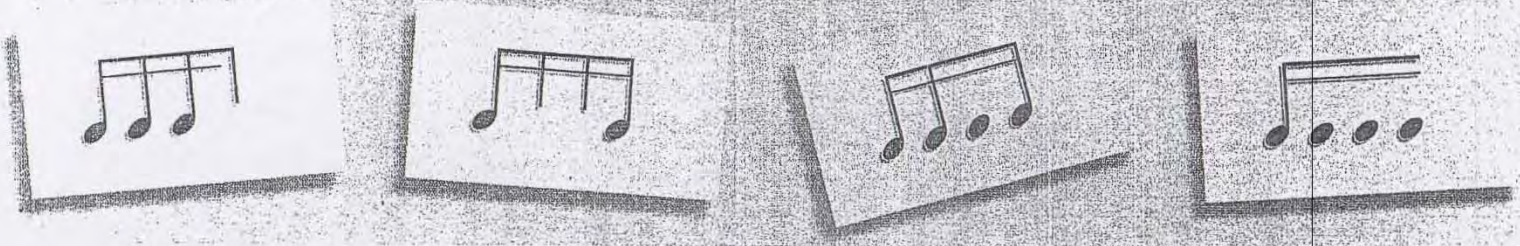


1 Colorea a los personajes de *El Cascanueces*, mientras escuchas y tarareas la música de la pista 5





Con tus claves, marca la figura de cuatro notas  mientras dices *li-ge-ri-to*. ¿Qué le falta a cada figura? Complétalas diciendo *li-ge-ri-to* o *ti-ri-ti-ri*.

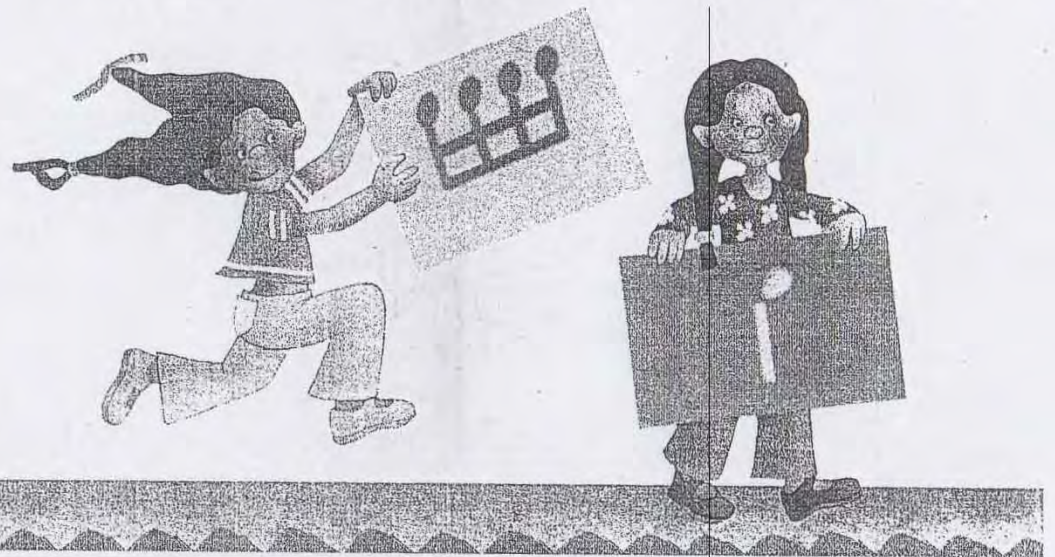
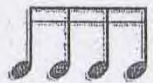


Marca con una ✓ tu respuesta.

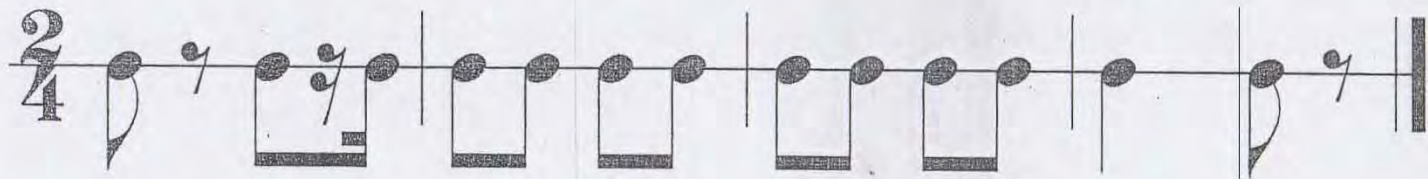
¿Qué marcas cuando caminas?



¿Qué marcas cuando corres?



Escucha de nuevo la *Obertura* en la pista 5 y marca el ritmo con un instrumento.

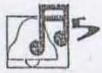




4 Colorea las palabras *tiempos* y *compases*. Remarca con color la línea que separa los compases.

Tiempos

Compases



5 Escribe en cada compás dos figuras de ♪ o ♪♪♪ , según las toque tu maestra o maestro. Remarca la línea que divide los dos compases.

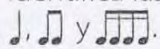


6 Inventa dos compases de dos tiempos. Utiliza figuras de ♪ y ♪♪♪ . Al terminar, toca tu composición frente al grupo.

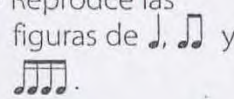


PROPÓSITOS:

al escuchar

- Identifica las figuras:



al tocar

- Reproduce las figuras de 

al componer

- Combina movimientos corporales y percusiones siguiendo la *Danza*.

Materiales

- Reproductor de CD.
- Instrumentos de percusión.
- Láminas con las figuras de 

Discografía

- Danza del Hada de azúcar* de la suite *El Cascanueces* de Piotr Ilich Tchaikovsky. **(Pista 6)**

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

SEGUNDA CLASE: El ritmo a mi alrededor

Ejecuten este ritmo:



1-2 Sensibilización: Haz una breve recapitulación sobre la música que escucharon y explica que la pieza de esta clase (la *Danza del Hada de azúcar*), es otra parte de la misma suite de *El Cascanueces*. Pregúntales si recuerdan de qué trata el cuento.

Actividades: Pista 6 Insiste en que digan las palabras y sílabas rítmicas para favorecer el reconocimiento de las figuras y apoyar el desarrollo del lenguaje. Cuando terminen de escribir, invítalos a buscar otras palabras similares. Que repitan el ejercicio en voz alta, sustituyéndolas.

Procura poner a su alcance una buena variedad de instrumentos para que realicen experimentos sonoros y permite que elijan libremente el

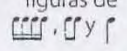
que les guste. Si hay tiempo suficiente, pueden comentar cómo se sintieron tocándolo.

3 Actividad: Elige y toca una de las opciones. Recuerda tocar siempre tres veces cada opción, para que todos puedan identificar la figura correspondiente.

4 Sensibilización: Pista 6 Pídeles que elijan alguno de los personajes para que bailen y se muevan mientras escuchan de nuevo la *Danza del Hada de azúcar*.

Actividad: Pista 6 Copia un fragmento de la partitura en el pizarrón. Explica qué deben hacer mientras escuchan la música. Haz con ellos algunos ejemplos y anímalos a trabajar en silencio mientras escuchan la música. En este ejercicio, la partitura tiene como finalidad iniciarlos en el reconocimiento del lenguaje musical escrito, en su forma y su lógica (izquierda-derecha, etcétera).

Al finalizar la clase, pide a tus alumnos que marquen sus logros con una ✓ en cada recuadro.

Rítmica	Audición	Entonación	Movimiento	Ejecución	Apreciación	Teoría	Composición
Marco el ritmo con precisión.	Reconozco las figuras de 		Sigo el ritmo de la <i>Danza</i> con mis palmas y el pulso con mis pies.	Toco correctamente las figuras que escribí.	Reconozco la <i>Danza del Hada de azúcar</i> .	Conozco el nombre del autor de la <i>Danza</i> .	Invento movimientos para bailar la <i>Danza</i> .

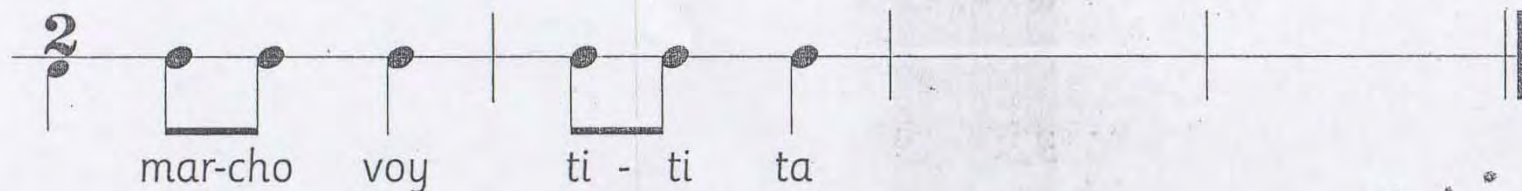
2a
clase

El ritmo a mi alrededor

Reconocerás el compás de 4 tiempos.



1 Copia las notas y las palabras mientras escuchas la *Danza del Hada de azúcar* de Tchaikovsky, en la pista 6.




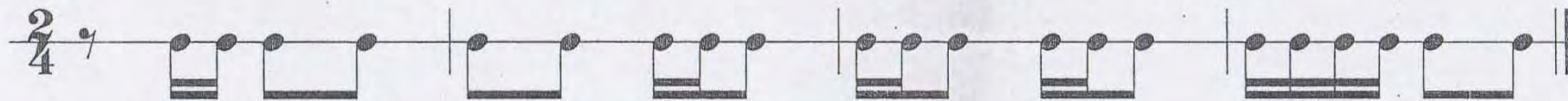
2 Escoge un instrumento para tocar lo que escribiste.



3 En cada ocasión, encierra la figura que toca tu maestro o maestra.



4 Mientras escuchas de nuevo la *Danza del Hada* (pista 6), remarca todas las  que encuentres.



PROPÓSITOS:



al escuchar

- Identifica los tiempos que hay en compases de $\frac{2}{2}$, $\frac{3}{4}$ y $\frac{4}{4}$.



al ejecutar

- Baila a ritmo de vals haciendo movimientos circulares.
- Marca el ritmo y el pulso con los pies.



al acompañar

- Combina las figuras de f , ff y decide la intensidad a la que va a tocar: f o p .

Materiales

- Reproductor de CD.
- Instrumentos de percusión.

Discografía

- Obertura, Danza del Hada de azúcar y Vals de las flores de la suite *El Cascanueces* de Piotr Ilich Tchaikovsky. (Pistas 5, 6 y 7)

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

TERCERA CLASE: Cuento y baile

1 Sensibilización: Pista 7 Recuérdales qué es un compás. Marca el pulso con la música y explícales qué es un tiempo.

Actividad: Pista 7 Cópialo en el pizarrón y muéstrales cómo numerar los tiempos (1, 2, 3). Que remarquen las líneas divisorias hasta que terminen de numerar, para que vean cómo separan grupos de tres tiempos. Reproduce la pista mientras trabajan. Al finalizar, que lean las notas y palmeen, al ritmo de la música.

2 Sensibilización: Pista 7 Invítalos a bailar moviendo sus brazos en forma circular diciendo: uno, dos, tres.

Actividad: Copia el ritmo en el pizarrón y tócalo para que lo sigan. Marca la primera nota del primer compás con un acento (>).

3 Actividad: Observa si su movimiento sigue el ritmo.

4 Actividad: Haz ejemplos con el grupo. Cuando terminen pasa a dos o tres alumnos y lleva un registro para que todos participen.

5 Sensibilización: Pistas 5, 6 y 7 Reproduce las tres pistas y pídeles que se muevan rítmicamente. Después, guíalos para que muevan sus brazos siguiendo el

pulso; para que puedan percibirlo mejor, haz énfasis en el tiempo fuerte de cada compás.

Actividad: Pistas 5, 6 y 7 Guíalos para que marquen el pulso y descubran cuántos tiempos tiene cada compás (2, 3 o 4), siguiendo este procedimiento:

1. Marcar el pulso (cada tiempo) sobre su cuerpo.
2. Cuando lo dominen, marcar el tiempo fuerte.
3. Contar los tiempos a partir el tiempo fuerte, en voz baja.
4. Identificar cuántos hay entre un tiempo fuerte y el siguiente.

6 Actividad: Pistas 5, 6 y 7 Reproduce en otro orden las tres piezas, bajo el esquema de dictado (tres veces cada una), para que puedan identificarlas. Si notas dificultades, invítalos a tararear las melodías.

Para compartir en familia: Comenten cómo pueden compartir la música con su familia y antes de empezar la siguiente clase, destina unos minutos para platicar sobre sus experiencias en casa.

Al finalizar la clase, pide a tus alumnos que marquen sus logros con una en cada recuadro.

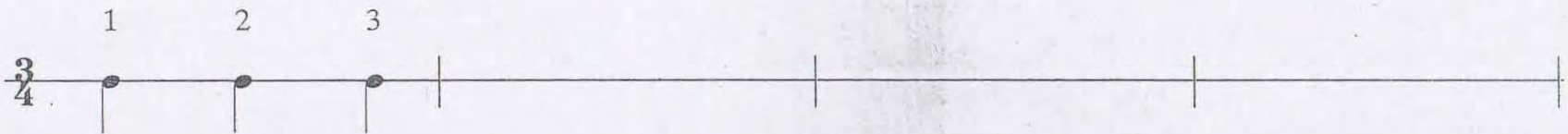
Rítmica	Audición	Entonación	Movimiento	Ejecución	Apreciación	Teoría	Composición
Leo correctamente compases con $\frac{2}{2}$ y $\frac{4}{4}$.	Reconozco los compases de 2, 3 y 4 tiempos.	Tarareo el tema de las tres piezas.	Sigo con mi cuerpo compases de 2, 3 y 4 tiempos.	Leo y ejecuto correctamente compases de 2, 3 y 4 tiempos.	Identifico las tres obras de la suite.	Sé que una <i>suite</i> está compuesta por varias piezas.	Combino las figuras correctamente en compases de 2, 3 y 4 tiempos.

Cuento y bailo

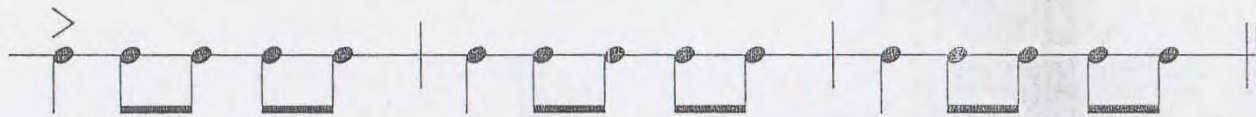
Bailarás al ritmo
de un vals.



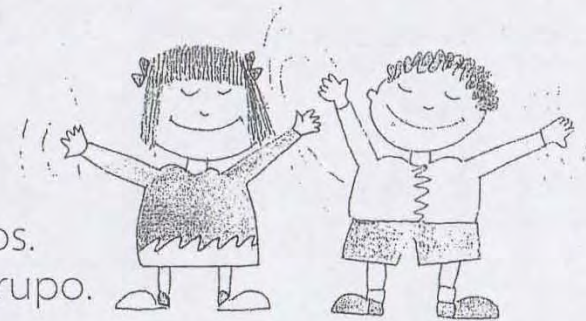
1 Sigue escribiendo las notas como en el primer compás. Después remarca con color rojo las líneas que separan los compases. Pista 7



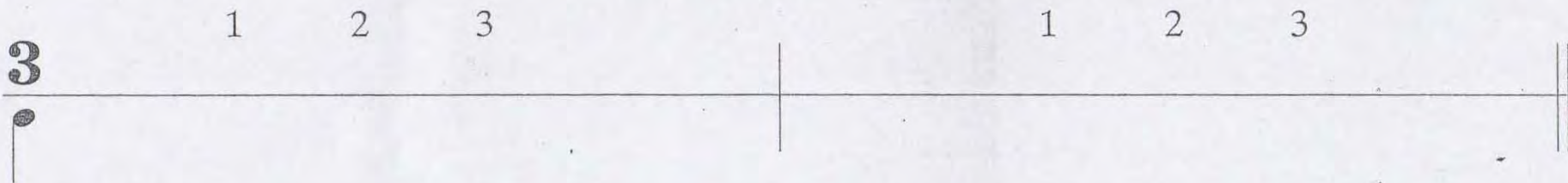
2 Escucha el ritmo que toca tu maestro o maestra y dibuja en el cuadro azul el instrumento que usa. Marca con un > el inicio de cada compás.



3 Escucha la pista 7 y baila siguiendo el ritmo del *Vals de las flores*; mueve tus brazos en forma circular.



4 Con figuras de ♪ o ♪♪ , inventa dos compases de tres tiempos. Decide si vas a tocar *f* o *p* y toca tu composición frente al grupo.



ANEXO 7

PROPÓSITOS:



al escuchar

- Asocia sonidos y notas.
- Identifica una melodía con su línea melódica.



al ejecutar

- Canta diciendo las notas.



al componer

- Inventa una letra para una melodía.

Materiales

- Reproductor de CD.
- Láminas de las notas *sol-mi-la*.

Discografía

- *El señor reloj. (Pista 9)*

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS


SEGUNDA CLASE: Las letras de la música

Ejecuten con percusiones corporales este ritmo:



1 Actividad: Pista 9 Una secuencia adecuada para el manejo de las canciones es: tarareo de la melodía, trabajo rítmico con sílabas y percusiones, entonación con las notas y canto.

Sensibilización: Invítalos a modificar algunas frases de la canción; por ejemplo: *Se calzó las botas el señor panzón...*

2 Sensibilización: Pídeles que marchen marcando  con sus pies; así podrán identificar el ritmo de marcha y lo reconocerán mediante el movimiento corporal. Cuando hayan dominado el movimiento, empieza a tararear la melodía para que te sigan.

Actividad: Pista 9 Revisen los elementos de esta línea rítmica: compás, tiempos, notas y líneas divisorias. Pídeles que sigan cada nota; después,

marca el ritmo con un instrumento de percusión mientras siguen leyendo con las palabras rítmicas.

➤ **Sensibilización:** Revisa con ellos cada uno de los elementos: pentagrama, llave de *sol*, quebrado del compás, notas y líneas divisorias. Para el manejo de la entonación utiliza esta secuencia: *sol-mi, sol-mi-la, sol-mi-la-re, sol-mi-la-re-do, sol-mi-la-re-do-fa, sol-mi-la-re-do-fa-si*. Busca canciones que contengan estos intervalos para reforzar este aprendizaje.

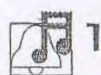
Actividad: Pista 9 Sigue la pista y canta para ellos la canción; después, pídeles que sigan con su dedo cada nota, mientras leen y cantan. Corroborra que la identificación sonido-nota sea precisa. Utiliza las láminas de las notas (*sol-mi-la*) para reforzar la identificación de cada una en el pentagrama. Inventa algunos ejercicios de mímica para que se diviertan y memoricen la canción. Para terminar ayúdalos a inventar otra letra para la misma melodía.

Al finalizar la clase, pide a tus alumnos que marquen sus logros con una ✓ en cada recuadro.

Rítmica	Audición	Entonación	Movimiento	Ejecución	Apreciación	Teoría	Composición
Identifico y marco las figuras al leerlas.	Reconozco las notas de la melodía.	Tarareo y canto <i>El señor reloj</i> .	Aplaudo al ritmo de la música.	Canto la canción completa.	Disfruto cantando las notas.	Reconozco las notas <i>sol</i> y <i>mi</i> .	Invento con mis compañeros una letra para la melodía.

Las letras de la música

Conocerás algunas notas musicales.

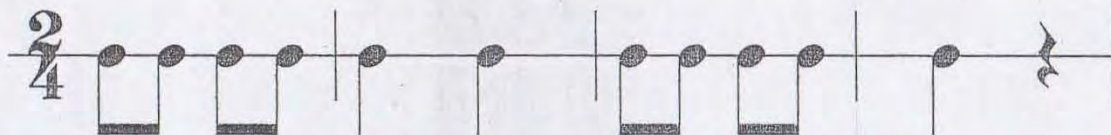


1 Escucha y aprende la canción *El señor reloj*. Pista 9

Se calzó las botas el señor reloj,
se calzó las botas para andar mejor.



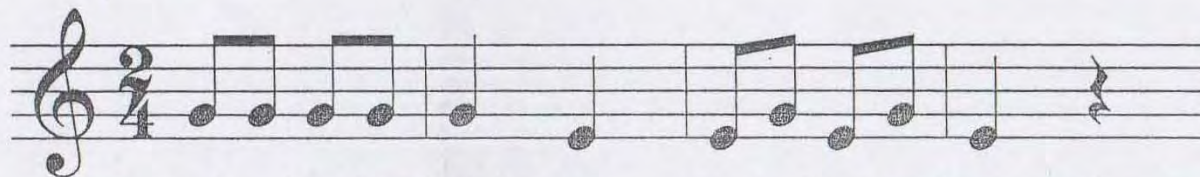
2 Aplauda y repite dos veces el ritmo de *El señor reloj*.



marcho marcho voy voy marcho marcho voy sh



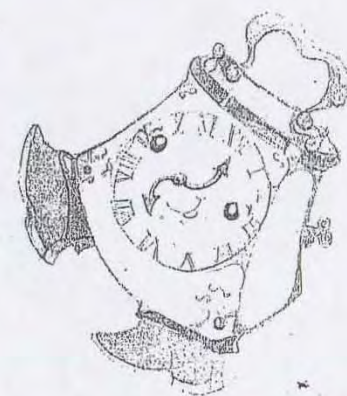
3 Canta diciendo las notas de la melodía de *El señor reloj* y síguelas en el pentagrama.



sol sol sol sol sol mi mi sol mi sol mi sh



sol sol sol sol la la sol sol sol sol mi sh



Canta conmigo

Jugarás con ritmos
y canciones.



1 Aprende esta canción y desfila con tus compañeros por el salón. Pista 10

La marcha de las letras

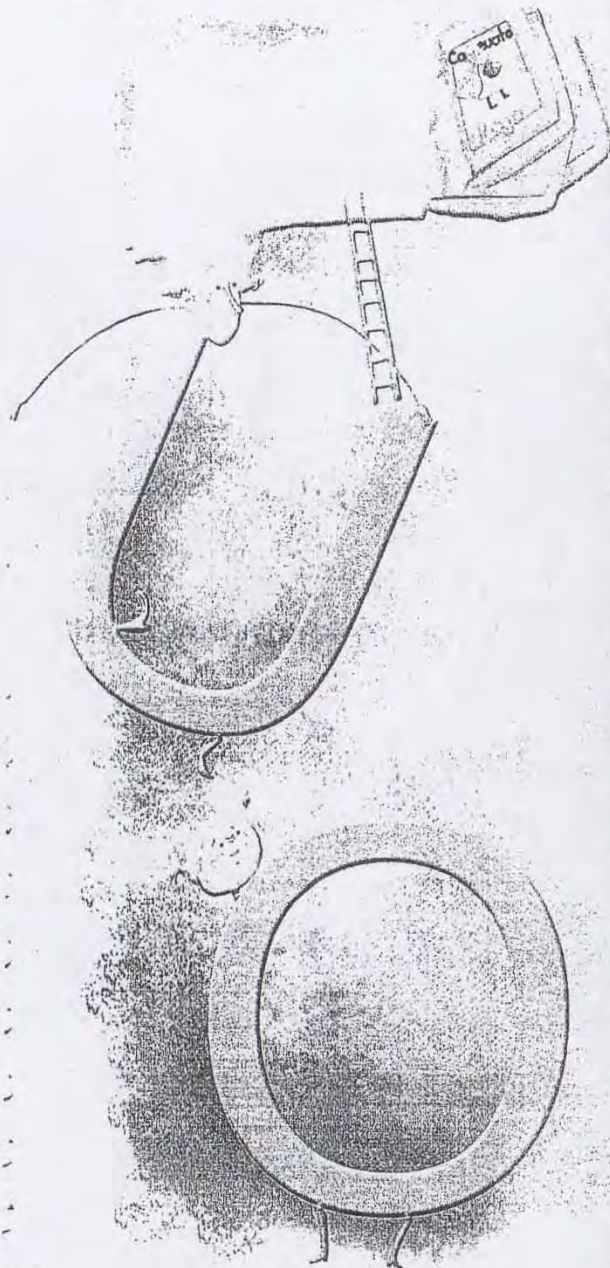
Que dejen toditos los libros abiertos,
ha sido la orden que dio el general;
que todos los niños estén muy atentos,
las cinco vocales van a desfilarse.

Primero verás que pasa la A
con sus dos patitas
muy abiertas al marchar.


Ahí viene la E
alzando los pies;
el palo de enmedio
es más chico como ves.

Aquí está la I,
le sigue la O;
una es flaca y otra gorda
porque ya comió.

Y luego hasta atrás
llegó la U,
como la cuerda
con que siempre saltas tú.



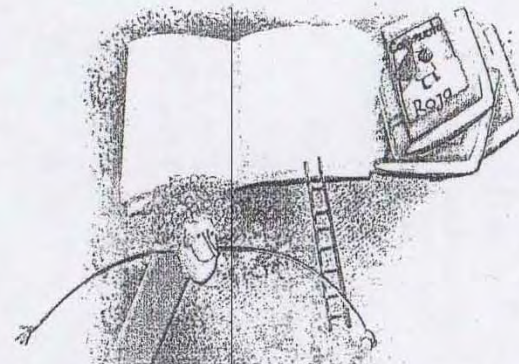
Cri-Cri

 2 Tararea y canta la melodía de *La marcha de las letras* y señala una cada vez que cantas un sonido.



Que de- jen to- di- tos los li- bros a- bier- tos, ha si- do la or- den que dio el ge- ne- ral


 Remarca las líneas del pentagrama y colorea las notas mientras escuchas de nuevo la canción. Pista 10




Pentagrama




PROPÓSITOS:



Identifica el sonido de la guitarra.



Tararea la melodía y sigue el ritmo de la música.



Combina palabras usando un patrón rítmico.

Materiales

- Reproductor de CD.
- Fotografía o ilustración de una guitarra.
- Guitarra (si es posible).

Discografía

- *Concierto de Aranjuez* de Joaquín Rodrigo. (Pista 16)

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

PRIMERA CLASE: ¿Quién es la guitarra?

Háblales sobre la vida de Joaquín Rodrigo y la música española.

- 1 **Sensibilización: Pista 16** Reproduce un fragmento de la pista y pídeles que escuchen con atención para que reconozcan el sonido de la guitarra.

Actividad: Pista 16 Reproduce la pista y muéstrales cómo deben mover sus brazos. Después, invítalos a mantener sus ojos cerrados mientras escuchan y mueven sus brazos. Ayuda a quien pierde el pulso, guiando sus brazos por un momento.

- 2 **Actividad: Pista 16** Que observen las guitarras y después dibujen las cuerdas, mientras tararean la música contigo. Al terminar lean la explicación sobre la guitarra.

Sensibilización: Pista 16 Pídeles que den vueltas por el salón moviendo sus brazos en forma circular, como si fueran una mariposa o el viento entre los árboles. Haz énfasis en el movimiento circular.

- 3 **Actividad: Pista 16** Que observen con atención la ilustración, la describan y digan qué falta. Cuando hayan identificado la ausencia de la guitarra; pídeles que la recorten y la peguen en su lugar. Comenten sobre la colocación de los instrumentos en la orquesta.

- 4 **Actividad: Pista 16** Comenten cómo se toca la guitarra e invítalos a simular que la tocan, cuando la escuchen en la grabación; también, pueden elegir otro instrumento y simular que lo tocan al escucharlo.

- 5 **Actividad:** Haz algunos ejemplos de combinaciones rítmicas en el pizarrón y anímalos a completar libremente sus compases. Cuando terminen, pasa a algunos a copiar su trabajo en el pizarrón. Entre todos, decidan si son correctos o cómo pueden corregirlos. Al finalizar, palmeen estos ritmos, diciendo palabras y sílabas rítmicas.

Al finalizar la clase, pide a tus alumnos que marquen sus logros con una ✓ en cada recuadro.

Rítmica	Audición	Entonación	Movimiento	Ejecución	Apreciación	Teoría	Composición
Identifico las ♩ y ♪ con sílabas y palabras.	Reconozco el sonido de la guitarra.	Tarareo la melodía.	Muevo mis brazos marcando el pulso.	Aplaudo correctamente en los ejercicios.	Me gusta oír música de otros países.	Conozco la figura de la guitarra.	Combino ♩ y ♪ para formar mis propios compases.

¿Quién es la guitarra?

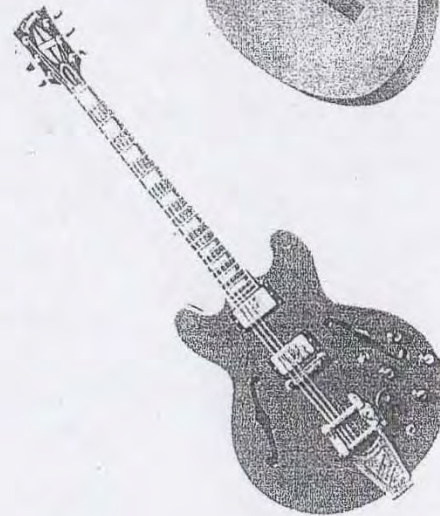
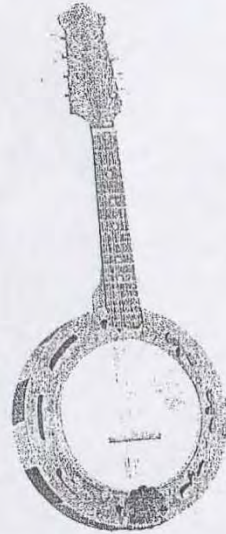
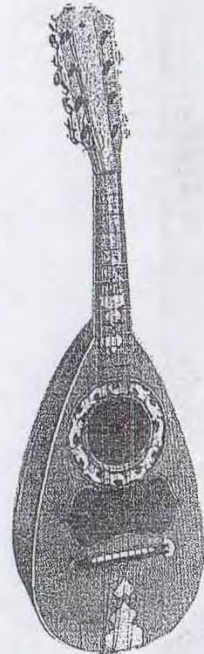
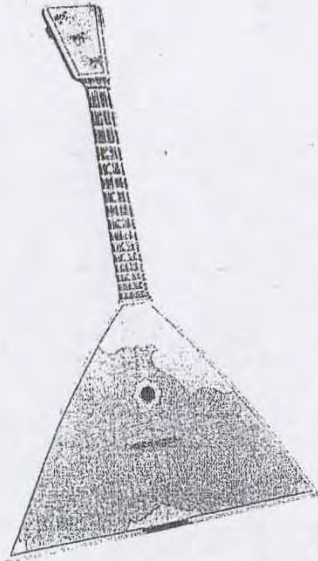
Conocerás la guitarra y su sonido.



1 Ponte de pie y cierra tus ojos. Mientras escuchas la guitarra en el *Concierto de Aranjuez*, escrito por Joaquín Rodrigo, marca el pulso subiendo y bajando tus brazos. Pista 16



2 Tararea la melodía del *Concierto de Aranjuez* y remarca las cuerdas de las guitarras. Pista 16



La **guitarra** pertenece a la familia de las cuerdas porque su sonido se produce rasgándolas o jalándolas. Probablemente se inventó en Arabia.

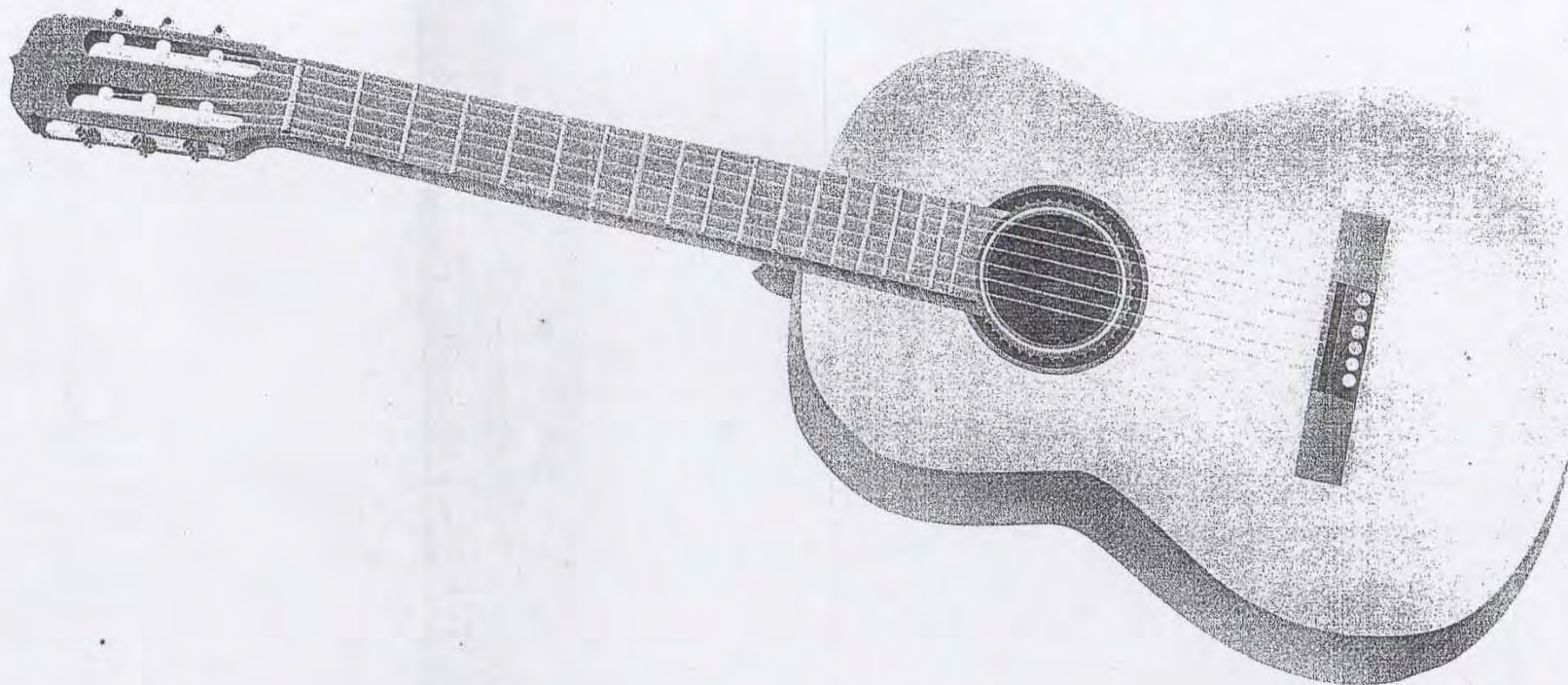


Recorta la guitarra de la página 103 y pégala en los brazos del solista que toca en esta orquesta, mientras escuchas el *Concierto de Aranjuez*. Pista 16





Escucha el *Concierto de Aranjuez* en la pista 16 y simula que tocas la guitarra.



Completa los compases con las notas que faltan. Con tu grupo, busca otras palabras parecidas, que se puedan decir con notas ♩ y ♪; escribe una sílaba bajo cada nota.

2/4

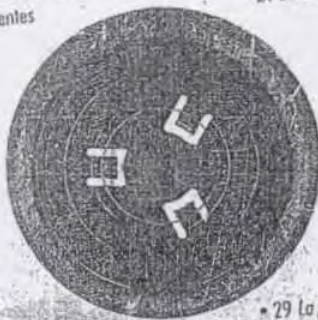
1 2 1 2 1 2 1 2 1 2

gui - tarra ta ti - ti voy marcho

1 Música

La magia de la

- 1 Presentación, Luis Herrera
- 2 Sonidos ambientales para identificar (ambulancia, perro, gallo, campana, flauta, helicóptero, piano, rana, teléfono y tambor)
- 3 Sinfonía de los juguetes, Leopoldo Mozart
- 4 Sonidos ascendentes y descendentes
- 5 Obertura de El Cascanueces, Piotr I. Tchaikovsky
- 6 Danza del hada de azúcar de El Cascanueces, P. I. Tchaikovsky
- 7 Vals de las flores de El Cascanueces, Piotr I. Tchaikovsky
- 8 Minueto en sol mayor, Juan Sebastián Bach
- 9 El señor reloj (tradición popular)
- 10 La marcha de las letras, Francisco Gabilondo Soler
- 11 Papá elefante, F. Gabilondo S.
- 12 La rielera (tradición popular)
- 13 Ritmo, La marcha de las letras, Francisco Gabilondo Soler (ritmo)
- 14 Ritmo de Papá elefante, Francisco Gabilondo S. (ritmo)
- 15 La rielera (tradición popular)
- 16 Concierto de Aranjuez, Joaquín Rodrigo (fragmento)
- 17 La flauta, Luis Herrera
- 18 Concierto de Aranjuez, Joaquín Rodrigo (fragmentos)
- 19 El violín, Luis Herrera de la Fuente
- 20 La Bamba (sin letra, trad. mexicana)
- 21 La Bamba (con letra, trad. mexicana)
- 22 Allegro de La Primavera, Antonio Vivaldi (fragmentos)
- 23 Las instrumentas de cuerda, Luis Herrera de la Fuente
- 24 Allegro de La Primavera, Antonio Vivaldi (fragmentos)
- 25 A cantar, Augusto Hernández
- 26 Danza guerrera, Augusto Hdez.
- 27 Cuando escuches este vals, Ángel Garrido
- 28 Las bicicletas, Salvador Morlet
- 29 La jota de la jota, Francisco Gabilondo S.
- 30 Danza, Mario Lavista
- 31-45 Ritmos para las clases
- 46 y 47 Ritmos para componer
- 48 Tabla de valores
- 49 Himno Nacional Mexicano



TRILLAS