

---

Procesos de evaluación en Musicoterapia. Aplicación práctica en un caso de un niño con Autismo




Assessment processes in Music Therapy. Practical application in a case of a child with Autism

Processos de avaliação em Musicoterapia. Aplicação prática num caso de uma criança com Autismo

Marsimian, Nuria Inés Alicia

---

 Nuria Inés Alicia Marsimian  
nuriamarsimian@gmail.com  
Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines  
Universidad Nacional de La Plata, Argentina  
ISSN-e: 2718-6199  
Periodicidad: Frecuencia continua  
vol. 8, 2023  
revista.ecos@presi.unlp.edu.ar

Recepción: 13 Diciembre 2022  
Aprobación: 12 Julio 2023  
Publicación: 28 Agosto 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/459/4593712015/>

DOI: <https://doi.org/10.24215/27186199e033>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

**Resumen:** En el presente artículo se describirán tres etapas iniciales del proceso de musicoterapia en base a un caso de un niño con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. Se hará foco en las instancias de indicación y aceptación, la evaluación inicial y el establecimiento del plan de tratamiento, caracterizando los procesos, las herramientas y los métodos de evaluación utilizados así como las metas principales llevadas adelante en cada una de las etapas mencionadas. Se resumirán y discutirán las informaciones obtenidas en cada una de las etapas. Se concluye que los distintos procesos de evaluación permiten obtener una valoración amplia y compleja del perfil del paciente y su condición así como plantear un tratamiento de musicoterapia más ajustado a sus necesidades.

**Palabras clave:** musicoterapia, evaluación, autismo.

**Abstract:** In this article, three initial stages of the music therapy process will be described based on a case of a child diagnosed with Autism Spectrum Disorder. Focus will be on the stages of indication and acceptance, the initial assessment and the definition of the treatment plan, characterizing the processes, tools and assessment methods used, as well as the main goals carried out in each of the mentioned stages. The information collected at each of the stages will be summarized and discussed. It is concluded that the different assessment processes allow obtaining a broad and complex valuation of the client's profile and their condition, as well as proposing a music therapy treatment more adjusted to their needs.

**Keywords:** music therapy, assessment, autism.

**Resumo:** Neste artigo, serão descritas três etapas iniciais do processo musicoterapêutico a partir de um caso de uma criança com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista. O foco será nas instâncias de indicação e aceitação, na avaliação inicial e a definição do plano de tratamento, caracterizando os processos, ferramentas e métodos de avaliação utilizados, bem como as principais metas realizadas em cada uma das etapas mencionadas. As informações obtidas em cada uma das etapas serão resumidas e discutidas. Conclui-se que os diferentes processos de avaliação permitem obter uma avaliação ampla e complexa do perfil do paciente e do seu estado, bem como propor um tratamento musicoterapêutico mais adequado às suas necessidades.

Palavras-chave: musicoterapia, avaliação, autismo.

## INTRODUCCIÓN

La evaluación en musicoterapia es un tema esencial que los musicoterapeutas deberían conocer y profundizar. Existen autores de referencia que han escrito sobre este tema con el ánimo de organizar y sistematizar la práctica de musicoterapia en todos sus campos de aplicación. Según el autor Gattino (2021), la evaluación en musicoterapia es comprendida como:

“Un proceso estructurado de (1) preparación, (2) recopilación de datos, (3) análisis, interpretación y conclusiones sobre la información, así como la (4) documentación y la comunicación de datos musicales y no musicales sobre el proceso de musicoterapia con el fin de proporcionar información para tomar decisiones, plantear hipótesis, llegar a conocer mejor a los usuarios y lograr una mejor comprensión del proceso de musicoterapia” (Gattino, 2021, p. 15)..

Seguendo con el modelo propuesto por la Asociación Americana de Musicoterapia (AMTA; 2013), el proceso de musicoterapia se compone de cinco etapas. Las mismas son: (1) la indicación y la aceptación, (2) la evaluación inicial, (3) el establecimiento del plan del tratamiento, (4) la implementación del tratamiento y (5) la finalización/ alta.

Goldfinger y Pomerantz (2014) proponen la existencia de cuatro etapas en el proceso de evaluación: (1) la preparación, (2) la recolección de datos, (3) el análisis e interpretación de los datos y (4) la documentación y comunicación de los resultados. Tomando este modelo, Gattino (2021) postula que el proceso de evaluación y el proceso de musicoterapia están interrelacionados, y mantienen un vínculo cíclico; independientemente del método, enfoque, momento, meta del musicoterapeuta, foco del análisis y/o contexto de la evaluación. En este sentido, al finalizar la comunicación de los resultados de un proceso de evaluación, como, por ejemplo, la evaluación inicial, una nueva etapa del proceso de musicoterapia comienza, en este caso la del establecimiento del plan de tratamiento, que implicará un nuevo proceso de preparación, recolección de datos, análisis e interpretación de los datos y comunicación de los resultados.

Según Waldon et al. (2018), un método de evaluación es una forma específica de realizar una evaluación, utilizando distintos procedimientos y técnicas. Considerando sus características, Waldon y Gattino (2018) definen cuatro métodos de evaluación: la documentación y la revisión de registros, la observación, el testeo y las medidas; y las entrevistas. Asimismo, las herramientas de evaluación son aquellos instrumentos que permiten recolectar información sobre el paciente, siendo los documentos escritos, las herramientas de observación, los tests (escalas, cuestionarios, listas de verificación), las herramientas de análisis musical y los formularios de entrevista los más comúnmente utilizados (Waldon y Gattino, 2018).

Por su parte, las metas de la evaluación, es decir, lo que los musicoterapeutas buscan lograr con ella de manera general o específica (Jacobsen et al., 2019), no debería confundirse con los objetivos de tratamiento de musicoterapia (Gattino, 2021). Estos últimos refieren a lo que se pretende que el paciente alcance o logre durante la etapa de implementación del tratamiento.

Según Marsimian (2022), el modelo integrador planteado por Gattino ayuda a comprender que el proceso de evaluación en musicoterapia es permanente, aunque en ocasiones los musicoterapeutas no sean conscientes de ello. En cada instancia del proceso de musicoterapia se evalúa de muchas maneras.

Seguendo con este planteo y tal como fue presentado en el artículo de Marsimian (2022), en la Tabla 1 se visualiza el proceso continuo de evaluación considerando las herramientas, los métodos y las metas de evaluación en cada etapa del proceso de musicoterapia realizados en el contexto de la atención clínica a niños y jóvenes con autismo. Dicha Tabla se considerará como organizador para describir las herramientas, los

métodos y las metas de evaluación utilizados a lo largo de las tres primeras etapas del proceso para el caso clínico presentado.

**TABLA 1**  
**Procesos de evaluación durante el proceso de musicoterapia en el contexto de la atención clínica a niños y jóvenes con autismo**

ETAPA DEL PROCESO DE MUSICOTERAPIA	HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN	MÉTODOS DE EVALUACIÓN	METAS DE LA EVALUACIÓN
INDICACIÓN/ ACEPTACIÓN	Entrevista semi-estructurada	ENTREVISTAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer al paciente y su familia</li> <li>- Conocer los contextos y rutinas cotidianas</li> <li>- Dar pautas y directrices para el tratamiento</li> <li>- Obtener el consentimiento informado</li> <li>- Establecer la indicación a Musicoterapia (Ferrari y Marsimian, 2013; Möller et al., 2002)</li> </ul>
	Formulario de admisión	DOCUMENTAR REVISAR REGISTROS	
	Formulario de consentimiento informado	DOCUMENTAR REVISAR REGISTROS	
	Cuestionario MEL (Gottfried y Thompson, 2012)	TESTEAR	
EVALUACIÓN INICIAL	Inventario IDEA (Riviere, 1997)	TESTEAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer el vínculo terapéutico</li> <li>- Conocer al paciente en diversas experiencias musicales</li> <li>- Conocer la funcionalidad global del paciente</li> <li>- Conocer las fortalezas y dificultades</li> <li>- Conocer los intereses</li> <li>- Conocer los apoyos que necesita</li> <li>- Registrar las sesiones</li> </ul>
	Nivel de Severidad TEA (APA, 2013)	OBSERVAR	
	PFM - Perfil Funcional Musical (Marsimian, 2013, 2023)	OBSERVAR	
	AQR (Schumacher y Calvet, 2007)	TESTEAR	
	Revisión de informes (escuela, médicos, clínicos)	DOCUMENTAR REVISAR REGISTROS	
	Grilla de registro de las sesiones Escalas ERI (Ferrari, 2013) y CIM (Pavlicevic, 1997)	DOCUMENTAR REVISAR REGISTROS TESTEAR	
	Informe de Evaluación Inicial	DOCUMENTAR REVISAR REGISTROS	
ESTABLECIMIENTO DEL PLAN DE TRATAMIENTO	Entrevista a padres	ENTREVISTAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificar el tratamiento</li> <li>- Diseñar los objetivos de tratamiento y los apoyos terapéuticos</li> <li>- Comunicar el plan de tratamiento y los objetivos de tratamiento</li> </ul>
	Informe del plan de tratamiento	DOCUMENTAR REVISAR REGISTROS	
IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO	Grilla de registro de las sesiones Escalas ERI (Ferrari, 2013) y CIM (Pavlicevic, 1997)	DOCUMENTAR REVISAR REGISTROS TESTEAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar las sesiones</li> <li>- Implementar intervenciones musicoterapéuticas centradas en el paciente</li> <li>- Implementar estrategias de apoyo transversales junto al equipo interdisciplinario</li> <li>- Comunicar a la familia, equipo y escuela los avances y cambios significativos</li> <li>- Re-evaluar objetivos de tratamiento</li> <li>- Comunicar a los servicios sociales la necesidad del tratamiento</li> </ul>
	Entrevistas	ENTREVISTAR	
	Informes de seguimiento de tratamiento	DOCUMENTAR REVISAR REGISTROS	
	Informes externos	DOCUMENTAR REVISAR REGISTROS	
FINALIZACIÓN/ ALTA	Entrevista de finalización	ENTREVISTAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicar objetivos de tratamiento alcanzados</li> <li>- Brindar sugerencias para tratamiento futuro</li> <li>- Dar el alta o realizar derivación a otro profesional</li> </ul>

Revisión del Libro Fundamentos de la Evaluación en Musicoterapia por Marsimian, N. (2022). *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 22(1).

Para el presente escrito se seleccionó un caso de un niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) de cinco años y tres meses de edad, atendido en musicoterapia por el/la autor/a del artículo. A partir del caso se buscará una comprensión más clara y específica de los procesos de evaluación, llevados a cabo durante las tres instancias iniciales del proceso musicoterapéutico. Para ello, se solicitó a la familia el consentimiento informado para la exposición del material. Asimismo, se cambiaron datos personales de la historia clínica para proteger la identidad del paciente, no implicando ello la modificación de datos significativos a fin de obtener las informaciones para la evaluación pretendida.

### **Presentación del caso clínico**

Juan es un niño de cinco años y tres meses de edad con diagnóstico de TEA. Vive con su hermano de forma repartida entre la casa de la mamá y la casa del papá ya que los mismos están separados. Asiste a una escuela de educación común en la provincia de Buenos Aires, Argentina, y se encuentra escolarizado en una sala de 5 años. El tratamiento de musicoterapia es sugerido por el médico neurólogo del niño quien sigue el caso. Los padres son músicos y, según ellos, le gusta mucho la música, es por ello que el profesional de referencia pensó en la indicación al tratamiento de musicoterapia. Desde los 24 meses de edad la familia observa ciertas dificultades en el niño tales como escaso contacto visual, falta de lenguaje expresivo, dificultades sensoriales que afectan sus rutinas y actividades, algunas dificultades de conducta y la adaptación a los cambios.

El tratamiento de musicoterapia para Juan se desarrolla en atención individual, en un consultorio privado equipado con instrumentos musicales rítmicos, melódicos y armónicos, un dispositivo de reproducción de música y otro dispositivo para el registro audiovisual. El espacio cuenta con algunos juguetes y juegos, libros y materiales de diversas características. También cuenta con materiales y elementos específicos para brindar apoyos de diversa índole.

### **Desarrollo**

A continuación se centrará el escrito en cada una de las fases del proceso en musicoterapia explicando los procesos de evaluación en el contexto del caso del paciente Juan. A su vez, en el anexo se expondrán y ampliarán las informaciones recabadas a partir de las herramientas de evaluación aplicadas en el caso.

### **Indicación y Aceptación**

La primera fase de indicación y aceptación permitirá realizar diversas acciones para recabar la mayor cantidad de informaciones del paciente, establecer un primer encuentro con la familia, conocer su historia de vida, intereses, gustos musicales y no musicales, contextos de la vida diaria, vínculos significativos, etcétera.

Para este primer encuentro con la familia se propone una entrevista inicial de tipo semi-estructurada (Ver Anexo 1). Este formato permite por un lado seguir una serie de ítems pre establecidos para evaluar aspectos de importancia para el tratamiento, así como tener un espacio de preguntas, consultas y comentarios por parte de la familia y/o cuidadores que no se ciñan a una estructura específica, con cierta flexibilidad para cambiar, incorporar o profundizar en aspectos de relevancia surgidos durante el intercambio (Grills-Taquechel et al., 2009). Además es importante contar con tiempo suficiente para explicar de qué se trata el tratamiento de musicoterapia y ahondar en las expectativas en torno a ello. Durante dicho encuentro se utiliza un formulario de admisión creado y basado en distintos formatos (Baxter et al., 2007; Gattino, 2021) (Ver Anexo 2). El formulario utilizado se fue ajustando a lo largo de la experiencia de la autora, mejorando su estructura en base a las necesidades clínicas observadas para el campo de la infancia y la discapacidad.

Respecto al caso de Juan, ambos padres asisten a la entrevista inicial. Por expreso pedido de la musicoterapeuta se solicita la asistencia sin el niño. Los padres tienen la oportunidad de conocer el lugar de trabajo y los elementos que componen el encuadre. A partir de la entrevista inicial y el formulario de admisión, se destacan las siguientes informaciones obtenidas. El niño presenta el diagnóstico de TEA confirmado por evaluaciones y consultas médicas a los tres años y cuatro meses de edad del paciente, y se encuentra tramitando el certificado único de discapacidad. Presenta muy pocas palabras, dice algunos números y varios fonemas

aparecen sólo cuando canta de forma espontánea. Asiste a natación, le gusta mucho la actividad física y los circuitos motores. Recibe tratamiento de psicología en su domicilio y tratamientos de terapia ocupacional y fonoaudiología en consultorio. En el hogar hay elementos y juegos a la mano, sin embargo Juan no muestra signos de comunicar lo que quiere, sino que agarra los elementos por sí sólo, en ocasiones trepándose a alacenas y muebles. Con su hermano comparte el espacio de juego en el living de la casa, aunque la mamá refiere muy poca interacción entre ambos.

Asimismo, durante dicha entrevista se administra el Cuestionario Música en la Vida Cotidiana (MEL; Gottfried y Thompson, 2012) en su versión en castellano el cual indaga acerca de la frecuencia e intensidad del uso de la música en sus distintas formas (cantada, ejecutada, escuchada) en las rutinas de la vida cotidiana (Ver Anexo 3). Específicamente, dicho cuestionario evalúa el nivel de vinculación entre padres e hijos a partir de una experiencia musical compartida en el hogar o en la comunidad, a diferencia de evaluar el uso de la música por el propio niño (Gottfried y Thompson, 2012). A partir de su administración con los padres de Juan se obtienen las siguientes informaciones de relevancia. Se observa una mayor conexión con la mamá a partir del uso de la voz cantada y se observa mayor vinculación con el papá a partir del uso de instrumentos de percusión disponibles en el hogar. Las canciones son utilizadas por la mamá en la mayoría de las ocasiones como apoyo para las rutinas de la vida cotidiana, tales como la hora de la comida y el baño. Dichas canciones son de marcado interés para Juan. Por su parte, la mamá refiere que la música que escucha Juan pareciera ser de forma “automática” y que desearía que su hijo tuviera otro tipo de relación con la música, que pueda ser “más desde el disfrute”. Ambos padres acuerdan y solicitan a la musicoterapeuta utilizar la tecnología sólo para escuchar videos que le gustan y de forma acotada, ya que notan en su hijo un uso estereotipado de los dispositivos electrónicos. Es interesante remarcar que la herramienta MEL no informa cuáles son las canciones que al niño le gustan o que se escuchan en el hogar sino que focaliza en los estilos y géneros musicales, la frecuencia y el uso de las canciones. Por ello es fundamental indagar sobre este aspecto durante la entrevista además de conocer las versiones de cada canción mencionada como interés para el niño, ya que muchas veces se observa que el cambio de versión puede resultar en un impacto distinto y significativo para el paciente.

Por otro lado, y a partir de formularios específicos, se solicita el consentimiento informado del tratamiento y del registro audiovisual de las sesiones con fines clínicos. Además se conversa con la familia sobre los acuerdos para el tratamiento, que implica la puesta en común de diversas pautas para llevar a cabo el proceso terapéutico de forma adecuada. Se solicitan informes de otros profesionales de la salud que hayan atendido al niño, así como informes de evaluación diagnóstica. A su vez, se solicita el último informe escolar a fin de conocer la funcionalidad de niño en el contexto educativo. Resulta beneficioso revisar estos documentos al finalizar la etapa de evaluación inicial y luego de conocer al niño en musicoterapia, ya que dichas informaciones podrían sesgar y/o condicionar la escucha y las observaciones del musicoterapeuta.

Como conclusión de esta etapa, y en base a lo propuesto por Møller et al., (2002), se establecen los siguientes criterios de indicación para el paciente Juan considerando las diversas áreas de necesidad observadas: (1) dificultades en la interacción social a nivel verbal y no verbal, (2) falta de comprensión o motivación para la comunicación y para compartir experiencias de intercambio social, (3) presencia de patrones rígidos y repetitivos de actividad y juego, (4) presencia de intereses sensoriales inusuales, (5) dificultades significativas para afrontar las transiciones y los cambios en las rutinas. Estas áreas a trabajar brindan un panorama general de las dificultades presentes en Juan y funcionan a modo de orientación del trabajo terapéutico. A su vez, brindan un marco de referencia para explicar y justificar a la familia la intervención desde musicoterapia. Luego de establecer la indicación, será necesario realizar una evaluación inicial exhaustiva para conocer de manera específica cuáles son las necesidades del paciente.

### **Evaluación Inicial**

Durante el período de evaluación inicial se trabaja en establecer un vínculo terapéutico con el paciente y una alianza terapéutica con él y su familia. Según Ferrari (2013), en lo que la autora denomina valoración inicial, se busca conocer al paciente en diversas experiencias musicales y su singularidad musical, así como

comenzar a registrar las primeras sesiones de valoración para conocer cómo el paciente se vincula desde aspectos intra e intermusicales. Además de lo expuesto por Ferrari (2013), el propósito principal es conocer las fortalezas y dificultades, los intereses y los apoyos que el paciente necesita. Según Gattino (2021) la evaluación inicial tiene una característica esencialmente prescriptiva, ya que busca información para colaborar en la preparación del plan de tratamiento y en la definición de los objetivos terapéuticos.

Como parte de la evaluación inicial se realizan diversos procesos de evaluación. En el caso del paciente Juan se utilizan algunas herramientas de observación y testeo, tales como el Inventario del Espectro Autista (IDEA; Riviere, 1997), el Nivel de Severidad TEA planteado por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª Ed.) (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría) y el Perfil Funcional Musical (PFM; Marsimian, 2019; 2023). A su vez, se revisan registros de sesiones correspondientes a esta etapa y diversos documentos, tales como el informe de evaluación diagnóstica de la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS; Lord et al., 2015) y un informe escolar. Por último, y como conclusión de esta etapa, se confecciona un informe de evaluación inicial que describe el perfil del paciente a partir de las herramientas aplicadas.

El IDEA tiene como objetivo evaluar doce dimensiones características, organizadas en cuatro grandes escalas. La primera escala de trastorno del desarrollo social comprende las dimensiones de (1) relaciones sociales, (2) capacidad de referencia conjunta y (3) capacidades intersubjetivas y mentalistas. La segunda escala de trastorno de la comunicación y el lenguaje comprende las dimensiones de (4) funciones comunicativas, (5) lenguaje expresivo y (6) lenguaje receptivo. La tercera escala de trastorno de la anticipación y flexibilidad comprende las dimensiones de (7) anticipación, (8) flexibilidad y (9) sentido de la actividad. La cuarta escala de trastorno de la simbolización comprende las dimensiones de (10) ficción e imaginación, (11) imitación y (12) suspensión.

Las doce dimensiones evalúan los aspectos centrales del autismo tal como se presentan en mayor o menor medida en la persona. Cada una de las dimensiones se evalúa según cuatro niveles de afectación con puntuaciones pares (8, 6, 4 ó 2) siendo la puntuación 0 (cero) correspondiente a ausencia de trastorno, y la puntuación máxima de 8 (ocho) correspondiente a la máxima afectación. Las puntuaciones impares se asignan en aquellos casos que se sitúan entre dos de las puntuaciones pares. Luego de evaluar cada dimensión se llega a un puntaje global. En el caso de Juan, se le administró dicho inventario, el cual puede observarse en la Tabla 2, arrojando como puntaje total sesenta y seis (66) (Ver Anexo 4 para ampliar información). Considerando la edad cronológica de Juan de 5 años y tres meses, dicho puntaje se interpreta como de una severidad muy significativa, ya que presenta gran afectación en todas las dimensiones, siendo la dimensión del lenguaje y la comunicación una de las más significativamente comprometidas.

TABLA 2  
Puntaje del IDEA de Juan

INVENTARIO DEL ESPECTRO AUTISTA (IDEA)	
ESCALA DE DESARROLLO SOCIAL	
1. Relaciones sociales	5
2. Capacidad de referencia conjunta	4
3. Capacidades intersubjetivas y mentalistas	6
SUBTOTAL	15
ESCALA DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE	
4. Funciones comunicativas	5
5. Lenguaje expresivo	7
6. Lenguaje receptivo	6
SUBTOTAL	18
ESCALA DE LA FLEXIBILIDAD Y LA ANTICIPACIÓN	
7. Anticipación	6
8. Flexibilidad	5
9. Sentido de la actividad	6
SUBTOTAL	17
ESCALA DE LA SIMBOLIZACIÓN	
10. Ficción e imaginación	6
11. Imitación	6
12. Suspensión	4
SUBTOTAL	16
TOTAL	66

Tabla adaptada del Inventario del Espectro Autista (IDEA) por Riviere, A. (1997).

Según la clasificación del Nivel de Severidad TEA, en el caso de Juan se observa un “Nivel 3: Requiere un apoyo muy substancial” (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría) (Ver Anexo 5), dado que presenta déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, iniciando muy pocas interacciones y respondiendo mínimamente a los intentos de interacción de otros. Además Juan presenta inflexibilidad en el comportamiento y el afrontamiento de cambios, y la presencia de comportamientos restringidos y repetitivos, lo cual interfiere marcadamente en su funcionamiento.

Tanto el IDEA como el Nivel de Severidad TEA, son herramientas complementarias que se puntúan a partir de la observación de la conducta del niño y luego de algunas sesiones iniciales con él. Respecto a su implementación, ambas se basan en la observación cualitativa y requieren un conocimiento clínico, terapéutico o familiar suficiente para evaluar a la persona de forma adecuada. En el caso del paciente Juan ambas herramientas se implementaron una vez finalizada la evaluación inicial y habiendo observado al niño en diversas experiencias musicales, tanto de improvisación, recreación, composición y receptivas, las cuales ponen de manifiesto distintas funciones y conductas que pueden ser evaluadas.

Por su parte, el PFM es una herramienta de evaluación observacional de musicoterapia que proporciona información cualitativa y descriptiva sobre la funcionalidad del niño con autismo. Permite evaluar siete funciones del desarrollo: interacción social, comunicación y lenguaje, flexibilidad y anticipación, simbolización, funciones de memoria, funciones motoras y funciones sensoriales valorando las fortalezas, los desafíos, las dificultades y los apoyos brindados, considerando los criterios actuales de diagnóstico y tratamiento del autismo vistos desde la perspectiva de la neurodiversidad. La creación del PFM se forjó a partir del uso del IDEA y de otras herramientas de evaluación, estableciendo ítems relevantes que se



observan en musicoterapia. El resto de los dominios se crearon a partir de consideraciones diagnósticas más actuales para el autismo como es el caso de las funciones de memoria, las funciones motoras y las funciones sensoriales (Marsimian, 2023). A partir de su aplicación se podrían establecer los objetivos de tratamiento de musicoterapia y la planificación de la intervención relacionada con un enfoque centrado en la persona y basado en la fortaleza. El PFM se implementa durante la etapa de evaluación inicial y consiste en un procedimiento con diversas pautas musicales y una guía de ítems para evaluar las siete funciones mencionadas. Dichos ítems se puntúan según una escala integrada de cinco niveles. Estos niveles hacen referencia a si se observan o no las distintas funciones, qué cantidad y qué tipo de apoyo (verbal, visual y/o físico), requirió el paciente para llevar a cabo las tareas musicales durante el procedimiento. La puntuación 5 (cinco) refiere a cuando aparece la respuesta en un 75 a 100% durante el procedimiento y no se requirió ningún apoyo. En el otro extremo, la puntuación 0 (cero), refiere a que no se pudo llevar a cabo la tarea y que ningún apoyo fue suficiente.

En cuanto a la evaluación del PFM de Juan, se observan dificultades significativas en los ítems correspondientes a los dominios de interacción social (Ver Anexo 6), comunicación y lenguaje, flexibilidad y anticipación, simbolización y funciones sensoriales. En cambio, se observa fortaleza y mayor posibilidad de respuesta a las pautas musicales correspondientes a los dominios de funciones de memoria y funciones motrices.

En relación a los apoyos brindados, durante el procedimiento se observa que Juan se beneficia del modelado verbal para estimular el lenguaje expresivo, y del apoyo físico y visual para realizar las actividades musicales con distintas consignas sencillas. A su vez, diversos apoyos visuales, tales como un cronograma de sesión y pictogramas funcionan para anticipar rutinas y promover la flexibilidad para distintas actividades.

En la Figura 1 se observa las puntuaciones de los dominios del PFM.

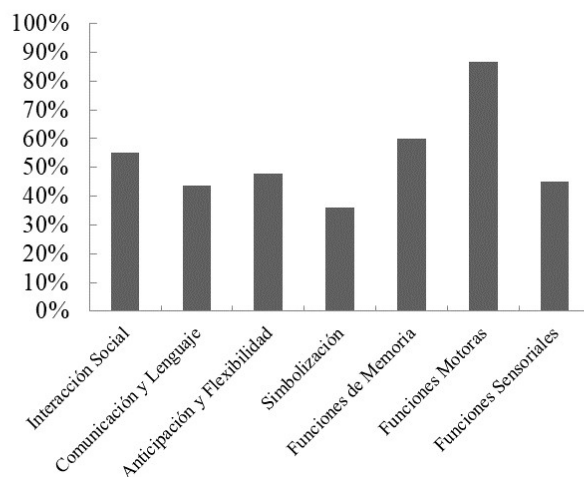


FIGURA 1  
Puntuaciones del PFM de Juan

Figura de elaboración propia

Como se mencionó más arriba, se sugiere realizar la revisión de documentos al finalizar la etapa de evaluación inicial. El informe de la evaluación ADOS, realizado por una fonoaudióloga a los tres años y cuatro meses de edad del paciente, arroja los resultados transcritos a continuación: El resultado de la prueba ADOS da una puntuación total de 16 puntos, lo cual es compatible con diagnóstico de autismo. Respecto a las informaciones cualitativas de relevancia se observa que durante la prueba Juan no realiza sonidos ni palabras, no comparte la atención con la terapeuta, juega con el mobiliario de la sala y gira sobre la silla. En cuanto a lo sensorial, se observa interés en el input visual, ya que prende y apaga la llave de la luz además de

que le gustan las burbujas. Se observa hipo respuesta en la zona oral, ya que lleva cosas a la boca, bruxa la mandíbula y muerde objetos.

En cuanto al informe escolar, la mamá del paciente proporciona a la musicoterapeuta un informe correspondiente a ese año de atención, es decir de la sala de cinco años. El mismo brinda las informaciones que se transcriben a continuación: El niño demuestra afectuosidad, da besos y abrazos a sus maestras, reconoce elementos de la sala y los busca. En cuanto al lenguaje hablado y cantado, repite los sonidos de las vocales que hace la docente y responde de forma atenta e interesada al canto de canciones. En cuanto a las actividades que más le gustan se destacan jugar en el parque con rodados y triciclos, jugar con burbujas, tocar y salpicar agua, tener el agua en la boca y escupirla, meterse en cajas y escondites, jugar a las escondidas tapando su cabeza así como las actividades grafo-plásticas. En cuanto al aspecto sensorial se tapa los oídos ante sonidos fuertes y suele tocar todos los elementos en la sala de sentidos del jardín.

A lo largo del proceso de musicoterapia es fundamental revisar los registros de las sesiones (Gattino, 2021). Para ello se sugiere realizar estos registros de forma periódica para que los datos recabados sean actuales y brinden un panorama profundo sobre las características de la funcionalidad del paciente. En cuanto al caso de Juan se realizan registros escritos y audiovisuales de todas las sesiones de evaluación inicial. Además, se consigna el nivel de dos escalas de musicoterapia utilizadas para distintos fines. Se evalúa a partir de la Escala de Relaciones Intramusicales (ERI; Ferrari, 2013) y la Escala de la Clasificación de la Relación Intermusical (CIM; Pavlicevic, 1997). La escala ERI evalúa el tipo de uso y las relaciones intramusicales que establece el paciente con los instrumentos musicales en el contexto de musicoterapia. Presenta nueve niveles que van desde un Nivel 1 (uno), en el cual el paciente no registra los instrumentos musicales, hasta un Nivel 9 (nueve), en el cual el paciente presenta un uso musical con intención musical sostenida. Juan se ubica en un “Nivel 2: Los registra” y un “Nivel 3: Los manipula” (Ferrari, 2013). Esto indica que registra los instrumentos musicales, los mira, los agarra, y focaliza la atención cuando la musicoterapeuta se los proporciona. En otros momentos los manipula es decir, comienza a utilizarlos descubriendo formas, colores y tamaños manteniendo esta conducta durante escasos momentos. En dichos niveles se destaca que no hay un uso funcional de los objetos sonoros y por lo tanto no presenta una intencionalidad musical. Por otro lado, la escala CIM, evalúa el nivel de interacción musical que establece el paciente con el musicoterapeuta a partir de plantear nueve niveles que van desde un “Nivel 1: Sin comunicación” hasta un “Nivel 9: Asociación Musical” (Pavlicevic, 1997). Juan se ubica en un “Nivel 3: Contacto de un solo lado. No hay respuesta musical del paciente” (Pavlicevic, 1997). Juan y la musicoterapeuta comparten algunos rasgos en la improvisación musical, y Juan muestra alerta a algunas de sus intervenciones pero muchas veces sus expresiones están por fuera de la interacción musical, por ejemplo realiza contacto visual o alguna vocalización. Respecto al procedimiento de evaluación, ambas escalas son puntuadas al final de cada sesión de evaluación inicial, a partir de la observación de la conducta del paciente según los aspectos que cada escala focaliza, considerando en qué nivel el paciente se mantuvo por mayor tiempo durante la sesión. En la Figura 2 se observan las puntuaciones de las Escalas ERI y CIM, evaluadas a lo largo de las siete sesiones de evaluación inicial. La fluctuación de las puntuaciones de dichas escalas se produce a partir del método de revisión de registros, que implica revisar los registros escritos de dichas sesiones en los cuales se consignaron las puntuaciones.

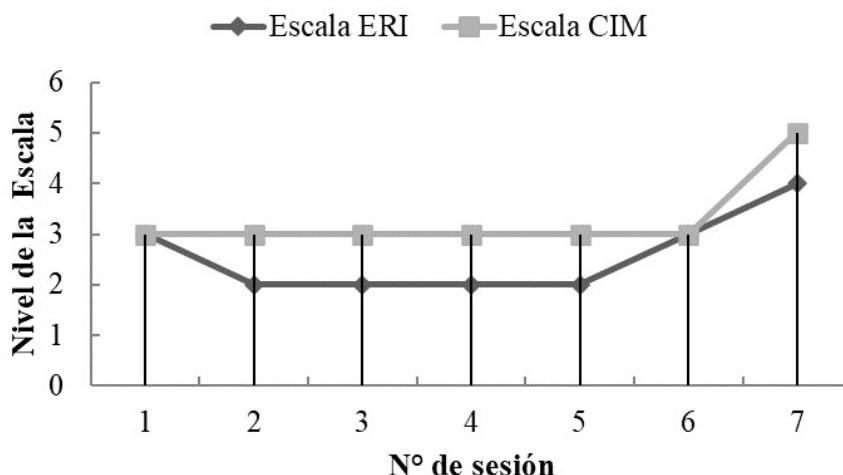


FIGURA 2

Puntuaciones de las escalas ERI y CIM a lo largo de las sesiones de evaluación inicial con el paciente Juan  
 Figura de elaboración propia

Como conclusión de la etapa de evaluación inicial se confecciona un informe de evaluación inicial (Ver Anexo 7) que consta de un resumen exhaustivo del análisis e integración de todas las evaluaciones realizadas para describir el perfil del paciente. En el escrito se describen los dominios y funciones evaluadas, las fortalezas y dificultades observadas, los intereses y las motivaciones que aparecen, así como los apoyos que se implementan y funcionan para las distintas experiencias musicales a lo largo del procedimiento de evaluación.

**Establecimiento del plan de tratamiento**

Como parte de la etapa de establecimiento del plan de tratamiento se utilizan dos métodos de evaluación: la documentación y la entrevista. La documentación se realiza a partir de la confección de un informe que describe el plan de tratamiento, sus objetivos y los apoyos terapéuticos. Por otro lado, la entrevista consiste en un encuentro con la familia a fin de comunicar el plan de tratamiento y los objetivos de tratamiento pensados para el paciente e intercambiar acerca de su pertinencia. En la Tabla 3, se visualizan los objetivos establecidos para el tratamiento de musicoterapia de Juan considerando cada área del desarrollo que se corresponde con un dominio evaluado. Dichos objetivos serán llevados a cabo a partir de la integración de apoyos y las motivaciones e intereses observados durante la evaluación inicial.

**TABLA 3**  
Objetivos de tratamiento de musicoterapia del paciente Juan

Area del Desarrollo	Objetivos de Tratamiento	Apoyos	Intereses
INTERACCIÓN SOCIAL	Que el paciente permanezca en el espacio terapéutico. Que el paciente disfrute de las experiencias musicales. Que el paciente aumente la interacción con la musicoterapeuta a partir de actividades musicales de interés. Que el paciente amplie la atención conjunta en la interacción musical. Que el paciente triangule la mirada para pedir y/o señalar objetos sonoros e instrumentos musicales.	Acciones contingentes del musicoterapeuta en interacción. Canciones de interés y otros intereses.	Canciones infantiles comentadas por los padres. Canciones presentadas por la musicoterapeuta. Instrumentos musicales: guitarra, xilofón, pandero. Balancearse, girar, saltar, moverse. Masa Pelotas. Burbujas. Molino de viento.
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	Que el paciente pida objetos de interés. Que el paciente aumente el lenguaje expresivo a través de canciones y músicas con distintos contenidos semánticos. Que el paciente comprenda el lenguaje receptivo a partir de dar orden simples y complejas en la experiencia musical.	Apoyos visuales.	
ANTICIPACIÓN Y FLEXIBILIDAD	Que el paciente anticipe acciones durante la sesión. Que el paciente aumente la memoria de trabajo a partir del paso a paso.	Cronograma de sesión. Agenda visual (actividades y fotos de personas). Explicitación de tareas con apoyo visual.	
SIMBOLIZACIÓN	Que el paciente fortalezca el uso funcional de los instrumentos musicales. Que el paciente aumente el juego funcional y simbólico.	Canciones con rutinas cotidianas. Modelos y guiones de juego.	
FUNCIONES DE MEMORIA	Que el paciente amplie y desarrolle la memoria musical. Que el paciente amplie y desarrolle la memoria semántica a partir de presentar canciones e historias musicales sencillas. Que el paciente desarrolle la memoria episódica y autobiográfica.	Fortaleza. La memoria musical puede apoyar otras funciones en dificultad tales como el lenguaje expresivo. Apoyos visuales para la memoria episódica y autobiográfica (fotos, narrativas con imágenes, cuaderno narrativo).	
FUNCIONES MOTRICES	Que el paciente amplie y desarrolle la motricidad fina y gruesa y la planificación motriz.	Fortaleza. La motricidad puede apoyar otras funciones en dificultad tales como la atención, la planificación y las funciones sensoriales.	
FUNCIONES SENSORIALES	Que el paciente module su sensorialidad a partir de diferentes estímulos sonoros y musicales.	Apoyo físico. Apoyos visuales.	

Tabla de elaboración propia

## Discusión

La evaluación en musicoterapia implica procesos muy variados, desde entrevistas, pasando por la revisión de registros de sesiones o de documentos hasta la aplicación de herramientas específicas de observación o de testeo. La riqueza de aplicar variadas herramientas y métodos de evaluación ocurre cuando se obtienen informaciones tanto cuantitativas como cualitativas, las cuales enriquecen el conocimiento del paciente.

Considerando que el autismo es una problemática compleja y muy heterogénea aún más se justifica la importancia y la pertinencia de una variedad de procesos de evaluación que se implementen en la práctica musicoterapéutica en pos de acrecentar el conocimiento y la comprensión del paciente y su condición, y así ofrecer un servicio de calidad más ajustado a sus necesidades. Esto implica un conocimiento más especializado del musicoterapeuta acerca de este campo de intervención, quien podrá implementar métodos y herramientas que no pertenecen al campo de la musicoterapia estrictamente sino que son pertinentes para el autismo, como ser la aplicación del inventario IDEA o el establecimiento del Nivel de Severidad TEA.

Respecto al caso presentado se observa que a partir de las herramientas y métodos implementados durante las distintas etapas del proceso de musicoterapia, se obtienen diversas informaciones significativas que permiten delinear un plan de tratamiento de forma más clara e integral. A partir de las informaciones obtenidas durante la etapa de indicación y aceptación, se obtienen datos significativos de la historia de vida del paciente, las características de su diagnóstico, sus condiciones actuales y las particularidades de su contexto, tanto del hogar, la escuela y la red de apoyos. Por ejemplo, el Cuestionario MEL permite obtener informaciones sobre las experiencias musicales compartidas en el hogar para a futuro brindar indicaciones y sugerencias a la familia como parte del tratamiento, para implementar en las rutinas y contextos cotidianos. En el caso de Juan, y dado que ambos padres son músicos, conocer estas informaciones resulta significativo, para que ellos puedan implementar las indicaciones brindadas a lo largo del proceso y profundizar y ampliar estas experiencias compartidas.

Respecto a las informaciones obtenidas durante la etapa de evaluación inicial, las informaciones del IDEA se integran con el Nivel de Severidad TEA, dado que ambos presentan niveles de afectación en el autismo. La escala CIM aporta información respecto a la interacción musical entre musicoterapeuta y paciente lo cual suma información importante a las funciones de interacción social observadas en contexto de la experiencia musical. La escala ERI, por su parte, aporta información respecto al uso de los instrumentos musicales, lo que se relaciona con el uso de los objetos en general y el nivel de simbolización que presenta el paciente. Por su parte, el PFM aporta informaciones relevantes respecto a otras funciones que no están incluidas en el IDEA, tales como las funciones de memoria, las funciones motoras y las funciones sensoriales, lo cual acrecienta la evaluación en áreas también relevantes para el autismo. En el caso del paciente Juan al implementar esta herramienta se observa que presenta fortalezas en las funciones de memoria y las funciones motrices. Estas observaciones son relevantes, tanto para el establecimiento de los objetivos de tratamiento de musicoterapia, así como son informaciones significativas para el resto del equipo tratante y la familia. Conociendo esto, se podrían implementar a futuro intervenciones más ajustadas al perfil de Juan y planificar un abordaje centrado en las fortalezas, en concordancia con los postulados de la literatura actual (Lord et al., 2022; Mottron, 2017).

Por su parte, el PFM brinda información sobre los apoyos brindados durante la evaluación que funcionan para el paciente, pudiendo ser información relevante para el desarrollo posterior del tratamiento de musicoterapia así como para otros profesionales y personas involucradas. En el caso de Juan, durante la etapa de implementación del tratamiento, se comunican estas informaciones a la familia y la escuela para implementar los apoyos en los ambientes naturales del niño, colaborando así con un abordaje de “contexto ajustado a la persona” (Lai et al., 2020).

Respecto a los procesos de evaluación durante la etapa de establecimiento del plan de tratamiento y de acuerdo con los lineamientos actuales en torno a la atención en autismo (Geretsegger et al., 2022; Leadbitter et al., 2021), los objetivos de tratamiento deben ser establecidos de forma colaborativa con la familia y/o el

paciente. También se destaca que los mismos sean planteados en base a las fortalezas, necesidades e intereses del paciente (Motttron, 2017). La entrevista con los padres se torna fundamental entonces para comunicar y explicar a la familia las razones por las cuales se han establecido determinados objetivos de tratamiento para el paciente y que la familia tenga la oportunidad de comentar sobre la relevancia de los mismos.

### Conclusión

La implementación e integración de distintos procesos de evaluación en la práctica musicoterapéutica en el contexto del autismo puede enriquecer el conocimiento del perfil del paciente y su condición, así como plantear un abordaje más ajustado a sus necesidades y por ende revalorizar el aporte específico e integral que un musicoterapeuta puede realizar para la atención de dicha población.

### Notas

<sup>(1)</sup> Definición original en idioma inglés, traducida al castellano por el autor del artículo.

## REFERENCIAS

- American Music Therapy Association (AMTA) (2013). *Standards of clinical practice*. Recuperado de <http://musictherapy.org/about/standards>.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª Ed.)*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Baxter, H., Berghofer, J., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K. y Roberts, P. (2007). *The individualized music therapy assessment profile*. Jessica Kingsley Publishers.
- Ferrari, K. (2013). *Musicoterapia. Aspectos de la sistematización y evaluación de la práctica clínica*. Ediciones MTD.
- Ferrari, K. y Marsimian, N. (2013). Criterios de indicación y derivación a musicoterapia. En K. Ferrari (Ed.). *Musicoterapia. Aspectos de la sistematización y evaluación de la práctica clínica* (pp. 139-152). Ediciones MTD.
- Gattino, G. S. (2021). *Essentials of music therapy assessment*. Forma e Conteúdo Comunicação Integrada.
- Geretsegger, M., Fusar-Poli, L., Elefant, C., Mössler, K.A., Vitale, G. y Gold, C. (2022). Music therapy for autistic people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD004381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub4>
- Goldfinger, K. y Pomerantz, A. M. (2014). *Psychological assessment and report writing*. Sage.
- Gottfried, T. y Thompson, G. (2012). *Music in Everyday Life Assessment (MEL)*. Recuperado de <http://mel-assessment.com/wp-content/uploads/2018/11/MEL-assessment-Spanish-Version.pdf>
- Grills-Taquechel, A. E., Polifroni, R. y Fletcher, J. M. (2009). Interview and report writing. En J. L. Matson, F. Andrasik, y M. L. Matson (Eds.). *Assessing childhood psychopathology and developmental disabilities* (pp. 55-88). Springer.
- Jacobsen, S. L., Wigram, T. y Rasmussen, A. M. (2019). Assessment and clinical evaluation in music therapy. En S.L. Jacobsen, L. O. Bonde, y I. N. Pedersen (Eds.). *A Comprehensive Guide to Music Therapy* (2º Ed., pp. 410-428). Jessica Kingsley Publishers.
- Lai, M., Anagnostou, E., Wiznitzer, M., Allison, C. y Baron-Cohen, S. (2020). Evidence-based support for autistic people across the lifespan: Maximising potential, minimising barriers and optimising the person–environment fit. *The Lancet*, 19(5), 434-451. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30034-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30034-X)
- Leadbitter, K., Buckle, KL, Ellis, C. y Dekker, M. (2021). Autistic self-advocacy and the neurodiversity movement: Implications for autism early intervention research and practice. *Frontiers in Psychology*, 12, 635690, 1-7. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635690>
- Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., Carr, T., de Vries, PJ., Dissanayake, C., Divan, G., Freitag, CM., Gotelli, MM., Kasari, C., Knapp, M., Mundy, P., Plank, A., Scahill, L., Servili, C., Shattuck, P., Simonoff, E.,... (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet*, 399(10321), 271-334. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01541-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01541-5)

- Lord, C., Rutter, M. DiLavore, P., Risi, S., Gotham, K. y Bishop, S. (2015). Manual de la Escala de observación para el diagnóstico de autismo- 2. TEA Ediciones.
- Marsimian, N. (2019). Protocolo de evaluación de funciones musicales en Trastorno del Espectro del Autismo. *Revista Digital Red Latinoamericana y del Caribe de Musicoterapia para la Primera Infancia* 4(1), 29-33. Recuperado de [https://issuu.com/redlatinoamericanademusicoterapiapa/docs/revista\\_digital\\_n\\_4\\_2019/29](https://issuu.com/redlatinoamericanademusicoterapiapa/docs/revista_digital_n_4_2019/29)
- Marsimian, N. (2022). Revisión del Libro Fundamentos de la Evaluación en Musicoterapia. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 22(1). <https://doi.org/10.15845/voices.v22i1.3381>
- Marsimian, N. (2023). The development and design of musical functional assessment profile in autism (MFAP). [El desarrollo y el diseño del perfil de evaluación funcional musical en autismo (PFM)]. *Approaches. An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*. <https://approaches.gr/marsimian-a20230710>
- Møller, AS., Odell-Miller, H. y Wigram, T. (2002). Indications in music therapy. Evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for autistic spectrum disorder (ASD). Meeting the challenge of evidence based practice. *British Journal of Music Therapy*, 16(1), 11-28. <https://doi.org/10.1177%2F135945750201600104>
- Mottron, L. (2017). Should we change targets and methods of early intervention in autism, in favor of a strengths-based education?. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(7), 815-825. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0955-5>
- Pavlicevic, M. (2007). The music interaction rating scale (Schizophrenia) (MIR (S)). Microanalysis of co-improvisation in music therapy with adults suffering from chronic schizophrenia. En T. Wigram y T. Wosch (Eds.). *Microanalysis in music therapy. Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students* (pp.174-185). Jessica Kingsley Publishers.
- Riviere, A. (1997). Inventario del Espectro Autista (IDEA). En J. Martos y A. Riviere (Eds.). *El tratamiento del Autismo. Nuevas perspectivas*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. España.
- Schumacher, K. y Calvet, C. (2007). Assessment of the quality of relationship. En T. Wigram y T. Wosch (Eds.). *Microanalysis in music therapy. Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students* (pp.79-91). Jessica Kingsley Publishers.
- Waldon, E. y Gattino, G. (2018). Assessment in music therapy: Introductory considerations. En S. L. Jacobsen, E. Waldon y G. Gattino (Eds). *Music therapy assessment: Theory, research and application* (pp. 19-41). Jessica Kingsley Publishers.
- Waldon, E., Jacobsen, S. L., y Gattino, G. (2018). *Music Therapy Assessment: Theory, Research, and Application*. Jessica Kingsley Publishers.

## Anexo

### *Anexo 1. Entrevista Inicial de Musicoterapia*

- Motivo de consulta
  - Contexto y datos significativos del embarazo, parto y nacimiento
  - Contexto en el que se llega al diagnóstico
  - Características que observó la familia que llamaron la atención
  - Características del lenguaje y la comunicación
  - Aspectos sensoriales
  - Ambiente sonoro del hogar
  - Historia Sonoro- Musical
  - Gustos y preferencias sonoro- musicales actuales
  - Gustos, preferencias e intereses no musicales
  - Utilización de dispositivos electrónicos

- Expectativas y conocimiento en torno a Musicoterapia y sus alcances

## *Anexo 2. Formulario de Admisión a Musicoterapia*

TABLA 1  
Formulario de Admisión a Musicoterapia del niño Juan

Datos personales Nombre: Juan Fecha de Nacimiento: xxxxx Edad actual: 5 años y 3 meses
Composición familiar
Convivientes en el hogar
Redes de apoyo (parientes, amigos, vecinos)
Datos escolares
Rutinas de la vida cotidiana
Actividades extra- escolares
Medicación
Sueño
Alimentación
Control de esfínteres
Diagnóstico
Motivo de consulta
Profesional que deriva/ sugiere Musicoterapia
Tratamientos actuales y pasados
Contacto de los profesionales de referencia

Tabla de elaboración propia



Anexo 3. Cuestionario Música en la Vida Cotidiana (MEL; Gottfried y Thompson, 2012)

TABLA 2A  
Cuestionario Música en la Vida Cotidiana completado por los padres de Juan

Nombre: M (Madre) y P (Padre)	Fecha: xxxxx	Nombre niño/niña: Juan			
Relación con niño/niña: Hijo	Fecha de nacimiento niño/a: xxxxxxx	Edad actual: 5 años y 3 meses			
Instrucciones: Marque en cada pregunta la opción que describa mejor el comportamiento del niño/de la niña tomando como referencia la semana pasada. También le invitamos a hacer comentarios adicionales en cada sección.					
Dominio 1. Cantando juntos					
Item 1A ¿Con qué frecuencia cantó con su hijo o hija?					
Cada día de la semana canté con mi hijo/hija					
Casi todos los días de la semana canté con mi hijo/hija		X (M)			
Un par de días de la semana canté con mi hijo/hija					
Un día de la semana canté con mi hijo/hija		X (F)			
Ningún día de la semana canté con mi hijo/hija					
Item 1B ¿Cómo cree que en general su hijo/hija respondió a su canto? (Marque solo una opción)					
Fue una experiencia muy positiva para mi hijo/hija		X (M)			
Fue una experiencia algo positiva para mi hijo/hija					
No fue una experiencia positiva ni negativa para mi hijo/hija (ej. mi hijo continuó con sus actividades, su respuesta fue difícil de entender)		X (F)			
Fue una experiencia negativa para mi hijo/hija. Describa: No refieren					
¿Fue una experiencia positiva o negativa para usted? Describa: La mamá refiere: "Fue una experiencia muy positiva para mí, percibí que me podía conectar más con Juan"					
Dominio 2. Tocando juntos instrumentos musicales					
Item 2A ¿Con qué frecuencia tocó instrumentos musicales con su hijo/hija? (no incluya juguetes que reproduzcan melodías musicales grabadas)					
Todos los días de la semana toqué instrumentos musicales con mi hijo/hija					
Casi todos los días de la semana toqué instrumentos musicales con mi hijo/hija		X (F)			
Un par de días de la semana toqué instrumentos musicales con mi hijo/hija					
Un día de la semana toqué instrumentos musicales con mi hijo/hija		X (M)			
Item 2B ¿Cómo cree que en general su hijo/hija respondió a tocar instrumentos con usted? (marque solo una opción)					
Fue una experiencia muy positiva para mi hijo/hija		X (F)			
Fue una experiencia algo positiva para mi hijo/hija		X (M)			
No fue una experiencia positiva ni negativa para mi hijo/hija (por ejemplo, mi hijo continuó con sus actividades, su respuesta fue difícil de entender)					
Fue una experiencia negativa para mi hijo/hija. Describa: No refieren					
¿Fue una experiencia positiva o negativa para usted? Describa: El papá refiere: "Senti que me acercó más al tocar junto con él las congas"					
Dominio 3. Escuchar música juntos					
Item 3A ¿Con qué frecuencia escuchó música con su hijo/hija?					
Todos los días de la semana escuché música con mi hijo/hija					
Casi todos los días de la semana escuché música con mi hijo/hija		X (M) (F)			
Un par de días de la semana escuché música con mi hijo/hija					
Un día de la semana escuché música con mi hijo/hija					
Ningún día de la semana escuché música con mi hijo/hija					
Item 3B ¿Cómo cree que en general su hijo/hija respondió a escuchar música con usted? (marque solo una opción)					
Fue una experiencia muy positiva para mi hijo/hija					
Fue una experiencia algo positiva para mi hijo/hija		X (M) (F)			
No fue una experiencia positiva ni negativa para mi hijo/hija (ej. mi hijo continuó con sus actividades, su respuesta fue difícil de entender)					
Fue una experiencia negativa para mi hijo/hija. Describa: La mamá refiere que su escucha es "automática", que se asía mucho y que desearía que pudiera conectarse con la música de forma más "saludable". Ambos padres refieren que no desean que su hijo escuche videos musicales durante mucho tiempo en el día ni durante la sesión de Musicoterapia					
¿Fue una experiencia positiva o negativa para usted? Describa: La mamá refiere: "No me gusta verlo aislado escuchando música, siento que podría hacer otras cosas más interactivas con otras personas"					
Dominio 4. Jugando juntos con las aplicaciones musicales					
Item 4A ¿Con qué frecuencia jugó con su hijo/hija con aplicaciones de música en un teléfono inteligente o tableta electrónica? (por favor, tenga en cuenta aplicaciones para reproducir y componer música original)					
Todos los días de la semana jugué con aplicaciones de música con mi hijo/hija					
Casi todos los días de la semana jugué con aplicaciones de música con mi hijo/hija					
Un par de días de la semana jugué con aplicaciones de música con mi hijo/hija					
Un día de la semana jugué con aplicaciones de música con mi hijo/hija		X (M) (F)			
Ningún día de la semana jugué con aplicaciones de música con mi hijo/hija					
Item 4B ¿Cómo cree que su hijo en general respondió al juego con aplicaciones de música con usted? (marque solo una opción)					
Fue una experiencia muy positiva para mi hijo/hija					
Fue una experiencia algo positiva para mi hijo/hija					
No fue una experiencia positiva ni negativa para mi hijo/hija (ej. mi hijo continuó con sus actividades, su respuesta fue difícil de entender)					
Fue una experiencia negativa para mi hijo/hija. Describa: Ambos padres refieren que la experiencia de utilizar tecnologías es negativa para Juan.		X (M) (F)			
¿Fue una experiencia positiva o negativa para usted? Describa: Ambos padres refieren que no han jugado con aplicaciones musicales con Juan					
Dominio 5. Miembros de la familia que tocan instrumentos musicales					
Item 5A ¿Usted o algún miembro de su familia actualmente toca un instrumento musical como un pasatiempo o una profesión? (incluya todos los instrumentos aparte de los instrumentos de percusión para niños)					
Si		X			
En caso afirmativo, ¿qué instrumentos musicales tocan? Piano, percusión, guitarra, teclado, clarinete					
Item 5B ¿Con qué frecuencia tocaron usted u otros miembros de la familia su instrumento frente a o con su hijo/a?					
Todos los días de la semana se tocaron instrumentos musicales frente a o con mi hijo/hija					
Casi todos los días de la semana se tocaron instrumentos musicales frente a o con mi hijo/hija					
Un par de días de la semana se tocaron instrumentos musicales frente a o con mi hijo/hija		X (M) (F)			
Un día de la semana se tocaron instrumentos musicales frente a o con mi hijo/hija					
Ningún día de la semana se tocaron instrumentos musicales frente a o con mi hijo/hija					
Item 5C ¿Cómo cree que su hijo en general respondió a su música (marque solo una opción)					
Fue una experiencia muy positiva para mi hijo/hija		X (M) (F)			
Fue una experiencia algo positiva para mi hijo/hija					
No fue una experiencia positiva ni negativa para mi hijo/hija (ej. mi hijo continuó con sus actividades, su respuesta fue difícil de entender)					
Fue una experiencia negativa para mi hijo/hija. Describa:					
Dominio 6. Géneros de música favoritos					
Estilo o género de música escuchó la familia (marcar todas las opciones)					
	Ningún día	Un día a la semana	Un par de días a la semana	Casi todos los días de la semana	Cada día de la semana
6A. Música tradicional de su cultura				X	
6B. Música Clásica	X				
6C. Jazz	X				
6D. Canciones para niños				X	
6E. Música Pop		X			
6F. Música de relajación (New-age, sonidos de naturaleza)			X		
6G. Música Dance (música electrónica, ritmo marcado)	X				
6H. Otra música (especificar)	X				
Comentarios (opcional): No refieren					

Cuestionario Música en la Vida Cotidiana (MEL) por Gottfried y Thompson (2012).

**TABLA 2 B**  
Cuestionario Música en la Vida Cotidiana completado por los padres de Juan

Dominio 7: Frecuencia en el uso de música para apoyar actividades de la vida diaria					
Usamos música (cantar, escuchar, tocar) de diferentes maneras, para ayudar a nuestro hijo/hija:					
	Ningún día	Un día a la semana	Un par de días a la semana	Casi todos los días de la semana	Cada día de la semana
7A. Calmar				X	
7B. A la hora de las comidas				X	
7C. A la hora de acostarse					X
7D. Para entender las rutinas diarias				X	
7E. Para divertirse y disfrutar					X
7F. Transición suave entre actividades				X	
7G. Aprender cosas nuevas			X		
Comentarios (opcional): No refieren					
Dominio 8: Si tiene otros comentarios con respecto a la respuesta de su hijo/hija a la música.					
No refieren comentarios adicionales					

Cuestionario Música en la Vida Cotidiana (MEL) por Gottfried y Thompson (2012)

Anexo 4. Inventario del Espectro Autista (IDEA; Riviere, 1997)

TABLA 3  
Puntuaciones del IDEA del niño Juan

ESCALA DE TRASTORNO DE DESARROLLO SOCIAL	PUNTAJE
<b>1. RELACIONES SOCIALES</b>	
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos o iguales	8
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales	7
Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que a iniciativa propia.	6
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender reglas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	5
No hay trastorno cualitativo de la relación.	4
<b>2. CAPACIDADES DE REFERENCIA CONJUNTA</b>	
Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones.	8
Acciones conjuntas simples, sin miradas "significativas" de referencia conjunta.	7
Emplejo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	6
Fechas establecidas de atención y acción conjunta, pero no de preocupación conjunta.	5
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta.	4
<b>3. CAPACIDADES INTERSUBJETIVAS Y MENTALISTAS</b>	
Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa intersubjetiva primaria. Falta de interés por las personas.	8
Respuestas intersubjetivas primarias, pero ningún indicio de que se vive al otro como "sujeto".	7
Indicio de intersubjetividad secundaria: sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelve tareas de Teoría de la Mente.	6
Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea de Teoría de la Mente de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado.	5
No hay trastorno cualitativo de capacidades intersubjetivas y mentalistas.	4
<b>TOTAL DESARROLLO SOCIAL</b>	<b>15</b>
<b>ESCALA DE TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN Y LENGUAJE</b>	
<b>4. FUNCIONES COMUNICATIVAS</b>	
Ausencia de comunicación intencional, intencional y significativa) y de conductas instrumentales con personas.	8
Conductas extralingüísticas con personas para lograr cambios en el mundo físico (ej. para "pedir"), sin otras pautas de comunicación.	7
Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico) pero no para compartir experiencia o cambiar el mundo mental.	6
Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc. con escasas "calificaciones subjetivas de la experiencia" y declaraciones sobre el mundo interno.	5
No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas.	4
<b>5. LENGUAJE EXPRESIVO</b>	
Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	8
Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sílabas y sílabas.	7
Lenguaje ocasional. Hay oraciones que no son ecolalias, pero que no configuran discurso o conversación.	6
Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación. Flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías procedidas.	5
No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo.	4
<b>6. LENGUAJE RECEPTIVO</b>	
"Sordera central". Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamados o indicaciones.	8
Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asocian a un código.	7
Comprensión literal y poco flexible de enunciados, con alguna clase de análisis estructurales. No se comprende discurso.	6
Se comprende discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional.	5
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión.	4
<b>TOTAL COMUNICACIÓN Y LENGUAJE</b>	<b>18</b>
<b>ESCALA DE TRASTORNO DE LA ANTICIPACIÓN Y LA FLEXIBILIDAD</b>	
<b>7. ANTICIPACIÓN</b>	
Indiferencia intencional a estímulos que se repiten de forma idéntica (ej. películas de vídeo). Resistencia a cambios.	8
Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empujamiento en situaciones que implican cambios.	7
Incorporadas estructuras temporales amplias (ej. "curso" vs "raciones"). Puede haber reacciones casuales ante cambios no previstos.	6
Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	5
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de anticipación.	4
<b>8. FLEXIBILIDAD</b>	
Predominan las estereotipias motoras simples.	8
Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios rituales.	7
Rituales compulsivos. Apego excesivo a objetos.	6
Preguntas obsesivas.	5
Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento.	4
Intereses poco funcionales y flexibles. Rígido por defecto.	3
No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad.	2
<b>9. SENTIDO DE LA ACTIVIDAD</b>	
Predominio masivo de conductas sin meta.	8
Incoherencia a consignas externas que dirijan la actividad.	7
Solo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel ambiente.	6
Actividades autistas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes, y cuya intención es externa.	5
Actividades compulsivas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y desea, pero sin una estructura jerárquica de creaciones significativas que se inserten.	4
No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad.	3
<b>TOTAL ANTICIPACIÓN Y LA FLEXIBILIDAD</b>	<b>17</b>
<b>ESCALA DE TRASTORNO DE LA SIMBOLEZACIÓN</b>	
<b>10. FICCIÓN E IMAGINACIÓN</b>	
Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	8
Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados.	7
Juego simbólico, en general poco espontáneo y observo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	6
Capacidades complejas de ficción, que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles.	5
No hay trastorno de competencias de ficción e imaginación.	4
<b>11. IMITACIÓN</b>	
Ausencia completa de conductas de imitación.	8
Imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas.	7
Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	6
Imitación establecida. Ausencia de modelos internos.	5
No hay trastorno de las capacidades de imitación.	4
<b>12. SUSPENSIÓN</b>	
No se suspenden pre-acciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.	8
No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enérgicos. No hay juego funcional.	7
No se suspenden propiedades reales de cosas o situaciones para crear ficciones y juegos de ficción.	6
No se dicen en suspenso representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones.	5
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión.	4
<b>TOTAL SUSPENSIÓN</b>	<b>16</b>
<b>TOTAL PUNTAJE IDEA</b>	<b>66</b>

Tabla adaptada del Inventario del Espectro Autista (IDEA) por Riviere, A. (1997)

*Anexo 5. Niveles de severidad del Trastorno del Espectro del Autismo (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría)*

**TABLA 4**  
**Nivel de Severidad TEA del niño Juan**

Nombre: Juan      Fecha de nacimiento: xxxxx      Edad actual: 5 años y 3 meses Fecha de evaluación: xxxxx		
Nivel de Severidad	Comunicación Social	Intereses restringidos y conducta repetitiva
Nivel 3: Requiere un apoyo muy substancial	Déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales, y que cuando lo hace, realiza aproximaciones inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y sólo responde a acercamientos sociales muy directos.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad afrontando cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos, interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.
Nivel 2: Requiere un apoyo substancial	Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficit sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona que habla con frases sencillas, cuya capacidad para interactuar se limita a intereses restringidos y que manifiesta comportamientos atípicos a nivel no verbal.	El comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.
Nivel 1: Requiere apoyo	Sin apoyos, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación pero que a veces falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.

Tabla adaptada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª Ed.) (2013) por la Asociación Americana de Psiquiatría

Anexo 6. Perfil Funcional Musical (PFM; Marsimian, 2023)

TABLA 5  
Puntaje del dominio interacción social (PFM) del niño Juan

Nombre: Juan Fecha de nacimiento: xxxxx Edad actual: 5 años y 3 meses Fecha actual: xxxxxx Período de evaluación: xxxxx PERFIL FUNCIONAL MUSICAL							
DOMINIO INTERACCIÓN SOCIAL							
SUBDOMINIO	ÍTEM	PUNTAJE	Enganche Motivación	Atención al detalle Interés especial			
REFERENCIA CONJUNTA	1. Atención conjunta en canción de saludo	3	Instrumentos musicales: guitarra, silofón, maracas, pandero. Objeto sonoro (botonera con sonidos de animales).				
	2. Acciones conjuntas sobre instrumento/objeto sonoro sin mirada significativa de referencia conjunta	4					
	3. Atención conjunta hacia un instrumento musical fuera del alcance y al musicoterapeuta	3					
	4. Atención conjunta hacia el musicoterapeuta y las actividades musicales que propone	4					
	5. Preocupación conjunta	1					
	Puntaje Bruto	15					
	Puntaje Posible	25					
RELACIONES SOCIALES	6. Permanencia cercana con el musicoterapeuta por propia motivación durante la actividad musical	3	Canciones familiares. Canciones presentadas por la musicoterapeuta				
	7. Respuesta al ser nombrado (mirada, gesto)	2					
	8. Registro ante la escucha de una canción familiar	5					
	9. Interés hacia el musicoterapeuta y los objetos sonoros que brinda para el intercambio	4					
	10. Registro al imitar exageradamente sus acciones	3					
	11. Iniciación de la interacción durante una actividad musical circular	2					
	12. Toma de turnos durante interacción musical	2					
		Puntaje Bruto			21		
		Puntaje Posible			35		
	CAPACIDADES INTERSUEJETIVAS Y MENTALISTAS	13. Atención a la expresión emocional del musicoterapeuta			3	Masa Pelotas Burbujas Molino de viento Titeres de animales	
		14. De/Muestra de un objeto al musicoterapeuta mirando, sonriendo o vocalizando			1		
		15. Señalamiento de un objeto sonoro o reproductor de música fuera de su alcance			1		
16. Pedido (verbal o no verbalmente) de la repetición de una actividad musical		3					
17. Pedido de ayuda (verbal o no verbalmente)		2					
18. Respuesta a pausas en canción familiar cantada		3					
		Puntaje Bruto	13				
	Puntaje Posible	30					
HABILIDADES EMOCIONALES	19. Reacción emocional (agrado/desagrado) a la música y/o las canciones	5					
	20. Afecto compartido con el musicoterapeuta durante la experiencia musical	5					
	21. Identificación de emociones básicas (alegría, tristeza, enojo) en la música	2					
	22. Expresión verbal sobre las emociones sentidas	0					
	23. Exploración de estados emocionales con instrumentos musicales	0					
	Puntaje Bruto	12					
	Puntaje Posible	25					
TOTAL DOMINIO	PUNTAJE BRUTO	61					
	PUNTAJE POSIBLE	115					
	%DOMINIO	53%					

Tabla adaptada de El desarrollo y el diseño del Perfil de Evaluación Funcional Musical en autismo (PFM) por Marsimian, N. (en prensa). *Approaches. An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*.

### *Anexo 7.*

Informe de Evaluación Inicial en Musicoterapia. Se emite el siguiente informe de Musicoterapia del niño Juan, de 5 años y 3 meses de edad, a fin de comunicar aspectos de relevancia observados durante la evaluación inicial en Musicoterapia. Dicha evaluación consistió de siete sesiones iniciales durante el período Mayo-Junio del corriente año, en las cuales se propició el vínculo positivo con la musicoterapeuta y la adaptación al encuadre y a la propuesta. Asimismo, se propusieron distintas experiencias musicales a fin de evaluar el perfil del niño. Durante las siete sesiones iniciales la mamá de Juan estuvo presente en el consultorio y poco a poco se fue trabajando el despegue de la misma, lográndose hacia el final de dicha evaluación.

Se puntuarán los aspectos más significativos para cada área del desarrollo para describir su perfil funcional global, considerando las informaciones arrojadas a partir de la aplicación del Inventario del Espectro del Autismo (IDEA; Riviere, 1997), el Perfil Funcional Musical (PFM; Marsimian, 2019) y las escalas de la Clasificación de la Interacción Musical (CIM; Pavlicevic, 1997) y la Escala de Relaciones Intramusicales (ERI; Ferrari, 2013).

Interacción Social. Juan logra ingresar al consultorio y permanecer cerca de la terapeuta para el intercambio social. En ocasiones busca salir del mismo pero con apoyo de su mamá presente en la sala, logra volver a la actividad. Muestra interés en las actividades musicales que se le proponen sobre todo si las mismas están basadas en sus intereses, tales como sus canciones preferidas o algunos juegos como masa, burbujas o títeres de animales. Logra demostrar afecto compartido hacia la musicoterapeuta a partir de sus expresiones faciales cuando la experiencia musical resulta placentera o cuando reconoce una canción familiar, dando cuenta de la presencia de capacidades de intersubjetividad primaria.

Juan logra demostrar atención conjunta durante la canción de saludo y de despedida así como en experiencias musicales que implican la utilización de distintos instrumentos musicales. Se destaca que la atención conjunta es sostenida durante un tiempo significativo durante las sesiones y considerando que la actividad musical es una actividad dirigida. No presenta preocupación conjunta.

Juan no presenta gesto de señalar. Inicia escasas interacciones tales como pedir ayuda realizando un sonido para accionar un juguete sonoro o un molino de viento, pedir un instrumento fuera de su alcance, o pedir la repetición de una actividad de interés a partir del uso instrumental del adulto. Presenta escaso registro al ser llamado y al imitar exageradamente sus acciones espontáneas. Identifica sólo la emoción de alegría a partir del apoyo visual brindado y no logra nombrar emociones de forma verbal.

En cuanto a la escala CIM, la cual evalúa el nivel de interacción musical que establece el paciente con el musicoterapeuta, Juan se ubica en un "Nivel 3: Contacto de un solo lado. No hay respuesta musical del paciente" (Pavlicevic, 1997). Juan y la musicoterapeuta comparten algunos rasgos durante la improvisación musical. Juan muestra alerta a algunas de las intervenciones de la musicoterapeuta, pero muchas veces sus expresiones están por fuera de la interacción musical, por ejemplo realiza contacto visual esporádico o realiza alguna vocalización.

Comunicación y Lenguaje. Juan presenta funciones comunicativas tales como conductas instrumentales con personas, es decir llevar la mano del adulto hacia un objeto que desea. Presenta escasas conductas para pedir, tales como estirar su brazo acompañado de un sonido vocálico para expresar que quiere continuar una actividad de interés o un objeto o instrumento musical fuera de su alcance. No presenta lenguaje expresivo hablado (palabra simple, frase, jerga o discurso). Logra evocar y reproducir melodías (sin letra) de canciones cantadas por la musicoterapeuta acorde a la actividad realizada, a veces unos instantes posteriores a finalizada la canción. Sólo presenta escasas palabras aisladas al completar frases de canciones familiares. Respecto al lenguaje receptivo comprende órdenes simples que responden a conductas propias. Se beneficia del apoyo



verbal y visual para la evocación de palabras asiladas en contexto de canciones y para la comprensión de órdenes simples.

**Flexibilidad y Anticipación.** Logra anticipar tres momentos diferenciados de la sesión (hola/ música/ chau) en base a una estructura de actividad propuesta que se presenta al comenzar el encuentro y mediante el apoyo de un cronograma de sesión. Presenta algunas dificultades durante las transiciones de actividad de la sesión requiriendo apoyo visual. Tolerar los cambios dentro de una actividad musical a partir del apoyo visual brindado. En cuanto a la flexibilidad presenta apego a determinados objetos tales como masa o burbujas, presentando dificultades para guardar dichos elementos cuando la actividad se finaliza a pesar de las anticipaciones visuales y verbales brindadas. Presenta flexibilidad ante la escucha de distintas canciones dentro de sus intereses y tolera la escucha de canciones que no conoce. En relación a la memoria de trabajo, requiere del modelo del adulto y de la discriminación del paso a paso para llevar a cabo una tarea, por ejemplo durante una secuencia de juego de cocina con masa. Logra realizar actividades funcionales breves con consignas brindadas por la musicoterapeuta.

**Simbolización.** En cuanto a las capacidades de ficción e imaginación, Juan presenta juego funcional breve con apoyo, por ejemplo utilizando un tren donde van animales, en torno a la escena de un video que le gusta. Espontáneamente al momento no demuestra capacidades de simbolización y ficción. Juan utiliza de forma manipulativa y exploratoria los instrumentos musicales presentados como por ejemplo moviendo de forma peculiar las baquetas de madera, requiriendo apoyo para ejecutar el instrumento de forma adecuada. Logra imitación motora simple y evocada con algunos instrumentos musicales como el xilofón y la flauta melódica hacia el final de la etapa de evaluación inicial. Con ayuda, logra saludar y despedir a la guitarra de forma manipulativa, sin realizar una ejecución instrumental.

En cuanto a la escala ERI, la cual evalúa el tipo de uso y las relaciones intramusicales que establece el paciente con los instrumentos musicales en el contexto de musicoterapia, Juan se ubica en un “Nivel 2: Los registra” y un “Nivel 3: Los manipula” (Ferrari, 2013). Esto indica que registra los instrumentos musicales, los mira, los agarra y focaliza la atención cuando la musicoterapeuta se los proporciona. En otros momentos los manipula es decir, comienza a utilizarlos descubriendo formas, colores y tamaños, manteniendo esta conducta durante escasos momentos. En dichos niveles se destaca que no hay un uso funcional de los instrumentos sonoros y por lo tanto no presenta una clara intencionalidad musical.

**Funciones de Memoria.** Juan presenta muy buena memoria musical pudiendo reproducir melodías escuchadas o cantadas en sesión u otros contextos. Reconoce los instrumentos musicales y recuerda dónde se guardan o dónde buscarlos para jugar con ellos. Respecto a la memoria semántica sólo aparecen palabras sueltas ante el canto de canciones. No se pudo evaluar la memoria episódica ni autobiográfica ya que Juan no presenta lenguaje expresivo.

**Funciones Motrices.** Juan demuestra muy buenas capacidades y destreza motora en general. Presenta control postural y tono muscular adecuado a la edad y buena coordinación en movimientos gruesos. En cuanto a la motricidad gruesa, puede cruzar sus brazos por la línea media para ejecución de tambor, y logra adaptar su ejecución ante cambios en el tempo de la improvisación. Logra realizar diversas acciones tales como caminar, saltar, aplaudir y zapatear según distintas consignas. Posee buena motricidad fina y coordinación óculo- manual para la ejecución del xilofón con baqueta de madera y prensión palmar para la ejecución de maracas y panderetas. Presenta buena motricidad oral para la ejecución de la flauta melódica. En cuanto a la planificación motora, logra iniciar e inhibir el movimiento ante la consigna musical y la ejecución coordinada y sucesiva de dos o tres instrumentos musicales en una secuencia musical.

**Funciones Sensoriales.** En cuanto a la sensorialidad auditiva, Juan diferencia sonido y silencio y advierte la fuente sonora. No presenta aparente hipersensibilidad a los sonidos y/o a la música. En ocasiones se distrae con los sonidos de entorno y se tapa los oídos. No presenta conductas de búsqueda sensorial auditiva. A partir de apoyos visuales, reconoce sonidos de animales, no así sonidos de medios de transporte o de la vida cotidiana.

En cuanto a la sensorialidad táctil, Juan presenta receptividad a la información táctil de distintos instrumentos musicales (madera, metal, parche, cuerda), tolera el modelado de la musicoterapeuta y el tacto profundo. Juan denota inclinación por estímulos orales tales como llevarse la masa a la boca así como poner sus dedos sobre los labios del adulto. En cuanto a la sensorialidad propioceptiva, se observa que se balancea hacia adelante y atrás sentado en silla y se tira al piso fuera del contexto de la actividad. Logra indicación de partes del cuerpo en una canción. Controla la fuerza muscular para sostener y manipular objetos e instrumentos musicales de distinto peso y alternar estados de movimiento y reposo sin temor a caerse. En cuanto a la sensorialidad vestibular, deambula por el consultorio y da vueltas sobre sí mismo y busca realiza saltos. Disfruta de bailar, girar y balancearse y reacciona con equilibrio ante cambios de postura. En cuanto a la sensorialidad visual, logra focalizar su mirada hacia el adulto, tolera el input visual de la luz natural, no muestra búsqueda de estímulos visuales.

Conclusión. Habiendo concluido la etapa de evaluación inicial puede decirse que el espacio de Musicoterapia permitirá un trabajo significativo y placentero para Juan dando cuenta de la importancia para su tratamiento integral. Se adjuntan al informe el resumen de las evaluaciones aplicadas. Se entrega además un informe que describe el plan de tratamiento de Musicoterapia, los objetivos de tratamiento y los apoyos terapéuticos a implementar.